

Título Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama

Tipo de Producto Informe Técnico

Autores Meo Laos, Verónica

Código del Proyecto y Título del Proyecto

C19S02 - Humanización de los servicios de salud pública: estudio de caso en el hospital de Lezama

Responsable del Proyecto

Meo Laos, Verónica

Línea

Salud

Área Temática

Administración y Recursos Humanos

Fecha

Noviembre 2019

INSOD

Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas
Proyectuales

FUNDACIÓN
UADE

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

Informe Final Respaldatorio

PROYECTO ANUAL DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (PID)

CÓDIGO DEL PROYECTO C19S02

INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y DISCIPLINAS PROYECTUALES (INSOD)

TÍTULO: Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.

INVESTIGADOR/A RESPONSABLE: Lic. Verónica G. Meo Laos (DETUR - FACO)

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN: Gilda Azzati / Roxana Cappanera (Alumnas de la Carrera de Martillero Público y Pablo Nicolás Tissone (UNLP- UNNE), investigador externo.



UADE – Sede Campus Costa Argentina - 30/11/2019

Fundamentación

Se parte de que la humanización de la salud pública debe ser entendida como un horizonte intelectual que permita indagar en construcciones de sentido cristalizadas en torno a las creencias, las rutinas diarias y a las prácticas que se llevan a cabo en una organización de la salud pública situada en la periferia. En otras palabras, determinada por la posición subordinada en la que se inserta respecto del sistema- mundo moderno/colonial y que responde a la colonialidad del poder. A partir de este trabajo se intenta indagar en las posibles materialidades que puede adoptar la subordinación periférica -incluso dentro de un contexto periférico más amplio- a la vez que indagar en las construcciones de sentido subyacentes en torno a los cuerpos hospitalizados a través de los discursos que circulan dentro de una organización de salud pública ubicada en una ciudad de 7.000 habitantes en la provincia de Buenos Aires.

Introducción

“En la enfermedad se rompen muchas conexiones. La enfermedad separa y fomenta una forma distorsionada y fragmentada de la propia identidad. Lo que hace el médico a través de su relación con el enfermo y de esa intimidad peculiar que se le permite es compensar esa ruptura de esas conexiones y reafirmar el contenido social de la identidad quebrantada del paciente”. (Berger, J.: 2008). La cita de John Berger es la punta del ovillo para desentrañar las tramas de relaciones, narrativas, relaciones de interdependencia y / o subordinación que circulan en el Hospital Municipal de Lezama, provincia de Buenos Aires que, en un principio. En un primer momento, la investigación tuvo por objeto indagar si el paradigma biomédico era una narrativa hegemónica en la relación entre los trabajadores de la salud y los pacientes pero que, con el desarrollo de la investigación, viró hacia la discusión y el intercambio sobre las políticas públicas que inciden en el campo de la salud, la territorialización y cooperación institucional entre efectores (públicos y/o privados) y la trama de relaciones entre los actores, los lugares y las culturas en el marco del proceso de salud- enfermedad-atención-cuidado (PSEAC).

Se parte de que la categoría de periferia alude a la posición subordinada respecto del sistema- mundo moderno/colonial y que responde a la colonialidad del poder (Quijano, A.:

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

1999). Este trabajo se pensó como un aporte desde la subalternidad a la elaboración de respuestas individuales y colectivas frente a la enfermedad, el padecimiento y la muerte y, en segundo término, en tanto reflexión teórica acerca de la construcción subjetiva de Lezama y de su hospital municipal en tanto paisaje complejo, o sea, como parte de ambientes compuestos por varias dimensiones sensoriales (auditivas, táctiles, olfativas, visuales) que interactúan y en los que los cuerpos se hayan inmersos.

A partir de aquí se plantearon varios interrogantes. En principio instó a despejar los conceptos de humanización, salud pública y de periferia en términos de geopolíticas que reproducen el sistema mundo vigente respecto de la salud global.

Vale puntualizar que el trabajo de campo se desarrolló en el Hospital Municipal de Lezama en virtud de la negativa de las autoridades de los hospitales de Dolores y de Tordillo a permitir ingresar al equipo de investigación para realizar entrevistas al personal de salud. Por eso, se agradece al administrador y a la directora del centro de atención de la salud pública lezamense por permitir el desenvolvimiento de la investigación en ese lugar y por su colaboración y predisposición en todo momento.

Al tener como punto de partida la humanización de la salud pública el presupuesto implícito es que esta última carece de humanización o, por lo menos, la que posee es insuficiente. Aun cuando, si bien se trató de una investigación cualitativa donde las hipótesis de partida fueron planteadas lo largo del proceso investigativo, tal postulado plantó la necesidad de realizar un recorte epistemológico en virtud de que, por debajo de la humanización de la salud pública, se hallan otros temas subyacentes que, aun cuando son concomitantes, no fueron abordados porque excedían los objetivos de este trabajo. Entre ellos: los cuidados paliativos, los debates en torno a la eutanasia, el encarnizamiento terapéutico, la medicalización o patologización de la vida, entre otros.

Objetivo General

Identificar las huellas del paradigma biomédico en los discursos que circulan entre los actores que intervienen en el hospital de Lezama en tanto organización de salud pública de la periferia.

Objetivos Específicos

- Indagar en las marcas de las biopolíticas en los cuerpos hospitalizados dentro del hospital de Lezama.
- Sustituir la hegemonía del paradigma biomédico por una perspectiva alternativa que aborde la salud y enfermedad en tanto procesos sociales.
- Comparar la presencia del paradigma biomédico en los discursos de los médicos, personal de maestranza y otros trabajadores de la salud dentro del hospital.
- Indagar de qué manera impacta el discurso biomédico en los familiares de los pacientes hospitalizados.
- Adentrar en los procesos de medicalización y control social que delimitan los fenómenos de la normalidad y la anormalidad, desviación y diferencia

Desarrollo

En el hospital municipal de Lezama, provincia de Buenos Aires, se desarrolló la investigación financiada por el Instituto de Ciencias Sociales y Disciplinas Proyectuales (INSOD) de la Universidad Argentina de la Empresa (UADE) cuyo objeto fue indagar en la construcción social de las narrativas en torno a los procesos de salud- enfermedad- atención- cuidado (PSEAC). El equipo de investigación estuvo integrado por Verónica G. Meo Laos (investigadora responsable) junto a Gilda Azzati, Roxana Cappanera (alumnas de la carrera de Martillero Público, UADE Sede Campus Costa Argentina) y el odontólogo Pablo Nicolás Tissone (UNLP / UNNE) como investigador externo.

Enmarcado en el paradigma cualitativo, desde el enfoque interpretativo, se empleó la metodología de la historia oral para indagar en el horizonte de creencias sobre la atención de la salud y el cuidado, la incidencia del paradigma biomédico en los discursos que se establecen entre los profesionales de la salud y los pacientes, así como las tramas de relaciones simétricas y /o asimétricas en las que se ubica el hospital municipal de Lezama respecto de otros centros de salud de la región.

A partir de la realización de una serie de entrevistas abiertas se localizó a los informantes clave para, a partir de allí, se eligieran los entrevistados de acuerdo con la aparición de esos nombres en los relatos de los informantes. Se buscó comprender el sentido que cada persona que trabaja o se atiende en ese centro de salud periférico ubicado fuera de los centros urbanos, le otorga a las rutinas de atención y cuidado. El trabajo de campo se llevó a cabo en el Hospital Municipal “Dr. Francisco Quijano” de Lezama (ex Pueblo y Colonia de Manuel J. Cobo), ciudad cabecera del partido homónimo, situada en la provincia de Buenos Aires, a 157 km al sur del centro de la ciudad autónoma de Buenos Aires. Lezama, perteneció al partido de Chascomús hasta fines de 2009, cuando la Cámara de Diputados le otorgó su autonomía.

Marco teórico y encuadre metodológico

1. Marco teórico

Indagar en las perspectivas acerca del cuerpo hospitalizado presentes en los discursos de los trabajadores de la salud en un hospital público situado en la zona rural de la provincia de Buenos Aires implica un posicionamiento teórico respecto del cuerpo y su relación con el paisaje. El cuerpo es entendido aquí como lugar de intersección tanto del orden individual y psicológico pero también social y actuante y su vínculo estrecho con la experiencia paisajística. Es que el cuerpo vivido es a la vez el centro y la condición de posibilidad de las experiencias del paisaje (Besse, J.M.: 2014). Esta perspectiva fenomenológica permite abordar el campo de estudio del cuerpo desde la antropología pero también las geografías culturales con especial énfasis en la geografía del paisaje y la geografía humanista.

Toda acción humana es cultural y se territorializa de allí que los aportes de las geografías culturales acerca de la definición de paisaje sean importantes para arrojar luz en torno a las relaciones entre el espacio -en nuestro caso, el espacio hospitalario- y la cultura entendida esta última como la totalidad de las prácticas cotidianas¹. Indagar en lo político implícito en las prácticas culturales junto con la urdimbre de vínculos que establecen los lugares y que los entraman desde diversas escalas de poder e interdependencia permitirá delimitar la noción de periferia y situarla en una trama de relaciones discursivas y simbólicas donde los lugares se intersectan como campos de poder y disputas. Y, a partir de allí, vincularlos -en tanto paisajes con imaginario o paisajes culturales- con la noción de cuerpos vividos e indagar en las articulaciones implícitas entre la antropología y la geografía.

2. Encuadre metodológico

En primer lugar, se indagó en el estado del arte de la cuestión a través de la recopilación bibliográfica en fuentes primarias y secundarias para relevar de manera exhaustiva los trabajos existentes hasta el momento y plantear conjeturas de trabajo que fueron trasladadas al lugar donde se desarrollo la investigación. Se buscaron antecedentes y se

dialogó con expertos a través de entrevistas exploratorias para seleccionar informantes clave.

En el segundo paso, durante la etapa de operacionalización, se emprendió un relevamiento empírico para realizar el trabajo de campo en el hospital de Lezama. En este campo empírico se aplicaron técnicas de recolección de datos a través de la observación a partir de entrevistas en profundidad con el propósito de obtener evidencia exhaustiva y pertinente que permitió construir las matrices de datos necesarias para la generación de conocimientos científicos.

En una tercera etapa se ordenaron los los datos recopilados en la etapa anterior. En ésta se implementaron estrategias metodológicas que pusieron en relación los datos obtenidos en función de las hipótesis que fueron planteándose en el transcurso de la investigación con arreglo a marcos teóricos pertinentes. Aquí se analizaron los datos obtenidos para obtener un panorama significativo que permitió comprender el horizonte de creencias en el cual se articulan las representaciones simbólicas y esquemas de conocimientos inscriptos en las narrativas de los actores sociales intervinientes en una organización de salud pública (profesionales médicos, enfermeras, trabajadores de la sanidad, chófer de la ambulancia, personal administrativo, pacientes).

En virtud de que se trató de una investigación de campo que se encuadra dentro del paradigma cualitativo, desde el enfoque interpretativo, en relación con los informantes, se eligieron informantes clave (10 mujeres y 7 varones) involucrados en la organización (administrador, enfermeros, chofer de ambulancia, médicos, historiador, periodista, administrativa, técnica radióloga, pacientes) habitantes de Lezama y uno (una médica) de La Plata que trabajó en el hospital municipal. La selección se hizo a través de una consulta al azar a habitantes de la comunidad. Se escogieron a las personas que aparecían de manera reiterada en las respuestas. La recopilación del *corpus* se realizó a través de una entrevista semiestructurada que se registró en grabaciones de audio. Tras haberse realizado las entrevistas se transcribieron siguiendo los criterios sugeridos por la ética periodística (Mendelevich, P.: 2005). Para el análisis se tomaron los enunciados significativos analizados en contexto y, a partir de allí, se desprendieron las categorías

estudiadas. Se puntualiza que la totalidad del *corpus* ha sido transcripto¹. Cada enunciado compuesto por preguntas y respuestas es escrito en orden cronológico y su organización dentro de la composición del texto definitivo ha sido estructurada de acuerdo a criterios temáticos.

Finalmente, el trabajo de campo de esta investigación empírica se llevó a cabo en el Hospital Municipal “Dr. Francisco Quijano” de Lezama. La autonomía de Lezama fue un factor clave para indagar en las categorías: identidad de lugar, topofilia y paisaje con imaginario y su relación con el cuerpo vivido y la experiencia paisajística.

Historia del Hospital “Dr. Francisco Quijano”

El hospital de esta ciudad ubicada en la llanura pampeana lleva el nombre del médico que tuvo a cargo la puesta en marcha de la Sala de Primeros Auxilios que dio origen al centro de salud pública que hoy lo recuerda. Cabe señalar la crónica que, en la voz del enunciador en primera persona, narra las peripecias por las que tuvo que atravesar un médico recién recibido al arribar a este pueblo de provincias, en 1946:

Llegaba el que esto escribe, médico recibido hace un año en la Universidad de La Plata, acompañado de su padre, compañero inseparable en todos sus avatares, para instalarse en ese pueblo de campaña, el que recientemente conocía, para ejercer la profesión y además con la misión de poner en funcionamiento una sala de primeros auxilios, a escasos metros de las vías del ferrocarril y sobre la ruta a Mar del Plata, junto al destacamento de la Policía Caminera. (citado por Rodríguez, W.: 2015)

Continúa el narrador su crónica implicada con recuerdos teñidos de melancolía, en particular los días de lluvia donde, a través del desplazamiento metonímico, se perfila un campo de significación donde lo rural, lo inhóspito, la adversidad y la soledad van de la mano:

¹ Los textos completos de las entrevistas, el análisis de los resultados y el anexo con imágenes y cuadros integrará el libro que será el resultado de la investigación tal cual lo previsto en el proyecto.

Los primeros días en Lezama fueron bastante tristes. Lluvia y barro y para transitar las calles y veredas me compré un par de botas de goma altas, además me invadía la soledad, ya que nadie llegaba a la casa del nuevo médico, como me llamaron durante mucho tiempo. (citado por Rodríguez, W.: 2015)

Lo cierto es que la Sala de Primeros Auxilios nace con el aporte de los vecinos de Lezama para la construcción de un centro asistencial que, por sus características edilicias y su ubicación geográfica, no se ajustaba a la arquitectura sanitaria. Emplazado el edificio entre la actual Autovía 2 y las vías del ferrocarril, la fundación del hospital fue por iniciativa de un policía que vio “con alarma cómo el caos más intenso tráfico turístico generaba continuos accidentes y cómo éstos no podían ser así por la ausencia de un centro asistencial” (Rodríguez, W.: 2015). Así pues, el primigenio Hospital de Emergencias de Lezama tuvo por objeto atender las emergencias durante la temporada estival (emergencias, operaciones de cirugía mayor y ortopedia, banco de sangre y atención permanente por medio de ambulancias y helicópteros). Se trataba de que estuviera comunicado por radio policial con todos los puestos de la ruta a Mar del Plata y la sede central, instalada en el Ministerio de Salud Pública (Rodríguez, W.: 2015). Pero este objetivo no se cumplió, de hecho, el hospital fue desguasado en 1967. La sala de cirugía y la maternidad fueron desmanteladas. Algunos materiales fueron trasladados a Chascomús, de otros no se tuvo noticias. Lo cierto es que, a pesar de las movilizaciones populares para evitarlo, el hospital se convirtió en Especializado en crónicos y mantiene su atención a los agudos. De haber sido un centro de atención regional pasa a ser un hospital de atención y derivación.

Se supone que la puerta del hospital la abrieron los cuidadores. Era la época de los militares, para trabajar era una buena época, no nos hacían faltar nada. Se reacomodaron los espacios de hospital ante el desmantelamiento y los lugares que quedaron vacíos. Al poco tiempo empiezan a llegar los abuelos de Chascomús y algunos también venían de La Plata. Algunos venían de la clínica cuando se les terminaba IOMA y cuando ésta se arreglaba los trasladaban de nuevo a la clínica. La gente que vivía en Chascomús fueron (sic) trasladadas para allí. (Eva Píccolo y Elida Roldán: 2014 citada por Rodríguez, W.: 2015)

Este acontecimiento funciona como un parteaguas en la trayectoria del hospital y, a la vez, se establece como significativo alrededor del cual se amalgaman narrativas en torno a resistencias y luchas cuyo punto de llegada es la separación de Lezama del partido de Chascomús y su posterior independencia. En ese proceso que involucró a la comunidad de Lezama, el hospital tuvo un significativo valor simbólico con profundas implicancias en la construcción de la identidad local.

1. El hospital hoy

Con el fin de problematizar y tematizar estos procesos, además de interrogar desde las ciencias sociales con el objeto de analizar los múltiples significados y representaciones que atraviesan el mundo de lo simbólico y que elaboran y recrean la realidad material se han realizado una serie de entrevistas *in situ* a fin de indagar en las creencias y representaciones presentes en los discursos de los actores sociales intervinientes dentro de esta organización de salud pública. Al respecto, el administrador del hospital municipal, Daniel Luciano, subraya el valor de lo comunitario en la constitución de ese centro de salud pública en un pueblo del interior de menos de 7 mil habitantes. En el hospital trabajan 157 personas y, para llegar a su lugar de trabajo, Luciano va pedaleando en su bicicleta, rutina que repite a diario desde hace 32 años:

Nos conocemos todos porque nuestros padres se conocen de antes y, porque al ser pocos, obviamente el contacto es más asiduo. El pueblo no sabe las calles pero si uno dice dónde vive Daniel Luciano, ahí le dicen: ‘vive de la estación de servicio o del club a tres cuadras’. Entonces esa idiosincrasia hace que la gente se conozca y, al conocerse, se nos generan vínculos de solidaridad que tal vez en las grandes urbes quedan más perdidos.

(Daniel Luciano, 11/10/2018)

¿De qué manera esos lazos comunitarios construyen el imaginario de los lezamenses? Para Luciano, desde la infancia en la escuela, le enseñaron el valor de la identidad. Así, en el instituto Cristo Rey una de las primeras palabras que aprendió en edad escolar fue: “autonomía”:

En principio nos parecía una palabra dura o rara pero ya en tercer grado sabíamos que esa palabra significaba el futuro nuestro. Porque los profesores nos fueron de a poco explicando que nosotros en algún momento debíamos dejar de pertenecer al Municipio de Chascomús, no ponernos en contra del Municipio de Chascomús (...).

Aun cuando Luciano puntualiza que él mismo tiene parientes en aquella ciudad, de todos modos:

Pero política e institucionalmente nosotros sabíamos que esa palabra representaba la única posibilidad de futuro.

(Daniel Luciano, 11/10/2018)

En esa construcción identitaria, el hospital se constituirá como un paisaje cultural, o sea, la expresión de las vivencias cotidianas de los sujetos o -para decirlo en términos geográficos- de topofilia, es decir, el sentimiento de apego, de apropiación del espacio que liga a las personas a los lugares con los que se sienten identificados.

De la humanización de la salud pública a la identidad de lugar

El geógrafo humanista Yi Fu Tuan considera que el paisaje trasciende lo personal para devenir en símbolo y, en este sentido, el vínculo que se establece entre el hospital y los sujetos puede ser visto a la luz de esta categoría de análisis.

Recordemos que todo paisaje es una creación cultural del ser humano y se vincula a la noción de texto, entendido éste en tanto unidad comunicativa formada por un enunciado o un conjunto de enunciados que transmite un mensaje con sentido completo. El texto excede a los enunciados escritos y puede ser representado a través de pinturas, mapas, formas urbanas e incluso instituciones sociales. Todos ellos pueden ser entendidos en términos de prácticas de significación que se van construyendo al tiempo se van leyendo. A partir de ello se identifican narraciones, discursos y metáforas que serán leídas por

comunidades textuales; es decir, grupos de personas que tienen bases de entendimiento semejantes para la interpretación. El análisis del paisaje cultural como sistema signifiante se apoya en la teoría estructuralista de base saussureana.

Siguiendo esta perspectiva todo paisaje es un texto cargado de mensajes que le confieren un sentido. Quienes lo modelan, intentan plasmar en la realidad sus perspectivas, sus sueños y esperanzas (Claval, P.: 2002). También intentan justificar su dominio a través de las huellas fijadas en el suelo y de las palabras a través de las cuales nombran y transforman así los lugares en territorios. Los territorios con discurso equivalen a paisajes con imaginario con una identidad paisajística propia que les confiere un sentido de pertenencia de lugar. El mundo mismo es un dato de la percepción que está estructurado por discursos. Por eso, para desentrañar el sentido, es necesario realizar un análisis minucioso de los testimonios y experiencias de aquellos que viven y sienten el paisaje, de la trama de actores que construyen y reconstruyen la idiosincrasia territorial local.

Desde nuestra perspectiva el paisaje es el resultado de la transformación colectiva de la naturaleza o sea la proyección cultural de una sociedad en un momento determinado, de allí su carácter dinámico. A través de sus culturas, las sociedades humanas transforman los paisajes naturales en paisajes culturales, caracterizados no solo por una determinada materialidad sino por la transposición de los valores personales y sentimientos al paisaje. Por ende se trata de algo dinámico, en continua mutación, en producción y reproducción intersubjetiva de sentidos. Dicho de otro modo, el paisaje tiene y ha tenido un rol clave en la conformación de identidades culturales porque él mismo es cultura.

Pero, asimismo, las sociedades nacen de la fusión, del enredo y la imbricación de lo que Anthony Giddens denomina locales es decir, de grupos más o menos localizados que forman la unidad de base de la vida social y de la realidad cultural. Aquellas personas que viven y han vivido en los mismos lugares y participaron de similares mundos de la vida, se comunican, entablan relaciones intersubjetivas de construcción del sentido. De allí que identidad y sentido coincidan en tanto procesos de subjetivación de las significaciones que atribuimos a las cosas del mundo.

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

En consonancia con ello la geografía humanista de Yi Fu Tuan sostiene que el lugar está definido por la perspectiva empírica que las personas tienen del espacio, es decir por las experiencias de quienes lo ocupan que hacen que ese lugar sea significativo para ellos. Introduce el concepto de topofilia al que define como el sentimiento de apego que liga a los seres humanos a aquellos lugares con los que, por una u otra razón, se sienten identificados y generan un significativo apego o pertenencia al mundo.

Asimismo la experiencia o conocimiento del espacio no solo involucra el sentido de la vista que provee la percepción tridimensional y es el que tiene preeminencia en términos de percepción del espacio sino que también participan el gusto, el olfato, el oído y la sensibilidad de la piel que, si bien no permiten una experiencia espacial directa, en combinación con la vista y el tacto enriquecen la aprehensión del carácter espacial y geométrico del mundo. Así lo óptico y lo háptico o táctil cooperan en la percepción de los espacios vividos. En otras palabras, el paisaje es producto tanto de la percepción de los sentidos como del sentimiento intelectual y pasional.

Indagar en el devenir de la construcción del hospital de Lezama como paisaje con imaginario constituye uno de nuestros ejes de análisis. El siguiente es el estudio acerca de la constitución de la monoculturalidad de la salud -retomando el concepto de Gonzalo Basile- y su hegemonía frente a otras narrativas en torno a los procesos de salud – enfermedad - atención a la vez que indagar acerca de las posiciones de resistencia, dominación o hibridación que pudieron producirse como contrapartida. Un ejemplo de ello se encuentra en el oxímoron presente en los versos del poema Dr. Gaucho de Juan Manuel Morales:

Fue Don Vicente Arcondo / Aquel doctor lezamense / Ahora pido me dispensen /
Por mi humilde narración / Verdades que al paso hayo / Yo no vine a dar un
fayo / Solo dije en evidencia / Que hubo un tiempo en que la ciencia / Solía llegar a
caballo.

En efecto, se presupone desde la concepción moderna, que la ciencia se asocia al progreso y a la urbanización. A través de la estrategia de la sinécdoque, en la palabra ciencia se condensa la figura del médico de a caballo que visitaba a los pacientes recorriendo la

planicie rural y con ello se establece una metáfora que anuda las representaciones de lo rural cristalizadas en el imaginario local.

Los paisajes son cultura y toda cultura tiene una naturaleza política. Dicho de otro modo, existen relaciones estrechas entre cultura y política que se manifiestan de modo material e inmaterial. Así pues los códigos, las normas y las leyes son ejemplos del último modo, mientras que el paisaje cultural se constituye en la manifestación más corriente del primero. Todo paisaje cultural está impregnado de sentido político (Lobato Correa, R.: 2011) . Es que -como apunta Lobato Correa siguiendo a Cosgrove (1998)- los múltiples paisajes de la cultura dominante exhiben, por medio de las formas simbólicas, el poder que tiene la clase dominante. La monocultura de la salud es un ejemplo elocuente al respecto pero también lo son dispositivos de control presentes en toda organización para perpetuar el *statu quo*.

De acuerdo con Basile, el panamericanismo de la salud internacional y la salud global del complejo político liberal no son metáforas geográficas sino instrumentos de geopolítica, dispositivos que cristalizan relaciones de poder globales: poder en los conocimientos, poder en cosmovisiones, poder en políticas nacidos de un engranaje que muchos autores de la teoría crítica latinoamericana imbrican con el engranaje modernidad- capitalismo- patriarcado- colonialismo, donde el eurocentrismo tiene un rol preponderante. En tales enclaves se entrelazan y conjugan una forma de cimentar y establecer en nuestras sociedades y también en nuestras universidades un campo de conocimiento, de prácticas, de lógicas de reproducción en lo que podríamos llamar “el panamericanismo de la salud internacional y la salud global del complejo político liberal” (Basile, 2018).

Por otra parte, sabiendo de antemano que no es posible separar lo social de lo espacial, el hospital de Lezama puede ser analizado en tanto materialidad concreta desde la noción espacio público dado que, por el hecho de ser tal, permite hacer consciente la presencia del otro, un espacio sensible a la alteridad, donde se despliega la escenificación de sí mismo y de los otros (Joseph, 1984; Sennet, 1992; Plan Urbain, 1991; Quéré y Brezger, 1993 citado por Lobato Correa, R.: 2011). Las formas de sociabilidad, los modos de copresencia, las maneras de abordar u observar al prójimo o de hacer como si no se los observara, son también objeto de estudio. En este sentido la observación del paisaje cotidiano en la sala de

espera permite arrojar conjeturas acerca de rituales y prácticas cotidianas que conforman la identidad de ese lugar en particular.

Mediante la técnica de la observación participante en la cual se puso en juego la interacción social entre el sujeto investigador y los sujetos observados con el propósito de recoger datos de manera sistemática y no intrusiva, se pudo constatar una práctica que permitió delinear el paisaje cultural de lo cotidiano en la trama de relaciones que ocurren a diario en el centro de salud pública analizado. Recordemos que, a través de la observación participante, el/ la investigador/a se adentra en la realidad que será estudiada junto al individuo o colectivo que constituyen el objeto de estudio. El personal del hospital y el administrador suelen llamar por su nombre de pila a las personas que están sentados en la sala de espera aguardando ser atendidos. Asimismo, las personas que aguardan ser atendido en el pasillo de los consultorios preguntan por la presencia de la técnica radióloga y también se refieren a ella por su nombre.

Dado la particularidad de que en el hospital municipal convive la atención de la salud con el hogar de ancianos, la presencia de estos últimos en el *hall* de entrada junto con las personas que circulan para ser atendidas -excepto en ocasiones excepcionales²- configuran el paisaje cultural habitual objeto de la investigación.

Es menester señalar que el Hospital Municipal “Dr. Francisco Quijano” está categorizado como nivel 1, o sea que se trata de un establecimiento de salud pública de bajo riesgo. Recordemos que el nivel de categorización, o categoría, se asigna por el cumplimiento de requisitos o condiciones preestablecidos de recursos humanos, planta física, equipamiento y normas de funcionamiento. No evalúa desempeño, proceso o resultados: esta valoración la realizarán las Juntas de Evaluación en forma periódica.

Todo hospital categorizado como bajo riesgo: “Desarrolla acciones básicas de salud y de atención médica. Constituye preferentemente la puerta de entrada a la red local de servicios o al sistema de salud. Realiza acciones de protección y promoción de la salud, así

2 El 28/11/2019 volcó un micro que llevaba alumnos de una escuela de Benavídez hacia San Clemente del Tuyú. El accidente ocurrió en una curva en el Km. 141 de la ruta nacional 2 alrededor de las 6.30 de la mañana en cercanías de la localidad de Lezama, a 160 kilómetros de la Ciudad de Buenos Aires. Fuente: <https://www.perfil.com/noticias/actualidad/tragedia-en-la-ruta-2-todo-sobre-el-gravisimo-accidente-que-dejo-2-nenas-muertas.phtml>

como el diagnóstico temprano de daños, atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, la búsqueda de demanda oculta, programas de control de salud de la población, de internación de pacientes con mecanismos explícitos de referencia y contra referencia. El programa médico del establecimiento se basa, fundamentalmente, en la estrategia de atención primaria de la salud”³.

Asimismo, la Provincia de Buenos Aires presenta una superficie de 307.571 km² (11.06% del total del país), una población de 15.625.084 habitantes (censo 2010) y una densidad poblacional: 50.8 habitantes/ km² (censo 2010). El Sistema de Salud provincial está compuesto por tres subsistemas: el público, el privado, el de la Seguridad Social. El Sistema Sanitario Provincial y Municipal se encuentra constituido por: 12 Regiones sanitarias, 135 Municipios, 77 Hospitales Públicos Provinciales, 272 Hospitales Públicos Municipales, 1795 CAPS (Centros de Atención Primaria para la Salud) y cinco UPA (Unidades de Pronto Atención)⁴. Lezama forma parte de la Región Sanitaria XI perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Esta región está ubicada al noreste de la provincia de Buenos Aires y comprende, además de Lezama, los siguientes municipios: Pila, Dolores, Tordillo, Castelli, General Belgrano, Chascomús, Punta Indio, Monte, General Paz, Brandsen, Berisso, La Plata, Ensenada, San Vicente, Cañuelas, Presidente Perón y Magdalena. En La Región XI funcionan aproximadamente 184 Centros del Primer Nivel de la Salud.

Hemos puntualizado más arriba que se propone un abordaje desde diversas escalas, a la vez que indagar en de qué manera el hospital municipal de Lezama se articula dentro de un sistema de salud regional y, éste a su vez, se imbrica con procesos de atención más amplios en la escala provincial, nacional y global. Esta mirada en escalas permitió plantear hipótesis acerca de las formas en que se entrelazan lógicas de interdependencia, reproducción o resistencia y autonomía. El Hospital “Dr. Francisco Quijano” articula la atención de salud con el Centro de Atención Primaria (CAP) del barrio “El Tero” y con la

³ La Resolución Ministerial 282/94 estableció los criterios básicos para diferenciar los establecimientos con internación y de esa manera orientar el proceso de categorización. Fuente: “PROYECTO DE LEY MARCO DE HABILITACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD”. Disponible en: <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/proyectos/proyectos%20de%20ley/HabCatAcrServiciosSalud.pdf>

⁴ Fuente: https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/45207/mod_resource/content/0/sistema_unico_de_registro_Nacion.pdf

Unidad de Pronta Atención⁵ (UPA TRAUMA, km 157 – Lezama). Este último para casos de emergencias en la Autovía 2⁶. Asimismo, dada la característica de baja complejidad, se derivan los pacientes a otros centros de salud provincial de acuerdo con las particularidades de cada cuadro. Según los testimonios recogidos en las entrevistas, las derivaciones se realizan con mayor frecuencia hacia el Hospital Municipal “San Roque” de Dolores, el Hospital Municipal de Chascomús y el Hospital Municipal “Dr. Ramón Castillo” de Castelli, dependiendo del grado de complejidad de cada caso en particular.

Geograficidad y antropología de los cuerpos hospitalizados

Abordar a la salud pública desde el cuerpo no como objeto sino como *embodiment*, sujeto y a la vez agente, intérprete y protagonista de itinerarios corporales tiene por finalidad aportar a una ciencia social que no sólo explique sino que comprenda, que esté atenta a reflejar el sentido de la vida para las personas de carne y hueso inmersas en distintos procesos de pequeño y gran alcance (Esteban, M. L.: 2013).

Se trata de una propuesta metodológica que realice un doble movimiento: de los procesos a los actores y viceversa; cuyo foco esté puesto en la periferia en tanto ubicación geopolítica que organiza la diferencia colonial y sitúa a aquella en la posición de la dependencia. No obstante, también sostenemos que la periferia es el lugar desde donde el sujeto subalterno tiene voz y se expresa, un sujeto histórico desborda la categoría de clase para enmarcarse en las categorías de género y etnicidad y que refiere, en particular, a los grupos oprimidos y sin voz: el proletariado, las mujeres y los campesinos. En consonancia con lo propuesto por Spivak (2003), se trata del análisis del problema de la relación de la persona individual o sujeto, y la dominación, especialmente en lo que atañe a la conciencia, la subjetividad, la intencionalidad y la identidad que emergen de esta relación.

5 Tras la tragedia del micro es interesante destacar la cobertura periodística en torno al hecho y la trama de relaciones políticas concomitantes que, si bien no estaban previstas dentro del encuadre de la investigación, permiten analizar en una escala mayor, las relaciones de interdependencia entre los diferentes dispositivos de salud provinciales y de la región. Cfr.:

https://eleditorplatense.com.ar/nota/11984/el_helicoptero_de_la_provincia_que_nunca_llego_a_lezama/

<https://www.eldia.com/nota/2019-11-29-3-24-17-el-viaje-escolar-que-termino-en-tragedia-2-nenas-muertas-y-mas-de-30-heridos-informacion-general>

Asimismo, desde la mirada de la subalternidad también se abordaron los itinerarios corporales de las personas reales como agentes de sus propias vidas y no exclusivamente como víctimas de un determinado sistema de salud y de una corporalidad hegemónica occidental que hace del cuerpo un terreno privilegiado para la subordinación social. Así pues, antes que lineales y planos, los itinerarios corporales son atravesados por exigencias y sufrimientos a los que los sujetos están sometidos a diario por ser parte de una cultura que podríamos denominar *hospitalaria*, no en términos de hospitalidad sino de acuerdo a criterios establecidos por el Modelo Médico Hegemónico (MMH). La cultura hospitalaria es interiorizada y asumida por parte de una sociedad que genera desigualdades sociales de diferente tipo. De este modo, el encuadre metodológico se ocupó tanto el estudio de la clínica y el discurso biomédico como procesos políticos y económicos macro como de las formas de dominación que la aculturación corporal comporta pero, al mismo tiempo, de las posibles estrategias de resistencia y transformación que los sujetos activan de manera consciente o no respecto a ellas.

¿Qué es el Modelo Médico Hegemónico (MMH)? Se denomina MMH al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, E. L.: 1988). Siguiendo a Menéndez, los principales rasgos estructurales del MMH son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

De todos ellos el biologismo es el factor que garantiza no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos y, en este sentido, es la perspectiva hegemónica en el abordaje de la salud y la enfermedad. Para el biologismo, lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo

casual, omitiendo la red de relaciones sociales que intervienen y determinan lo fenoménico de aquélla.

Una alternativa a la hegemonía del MMH puede ser entender al hospital como un paisaje cultural complejo, en primer lugar, desde la antropología del cuerpo y, en segundo, desde la geograficidad. Así pues, desde la antropología del cuerpo demostrar de manera empírica que, en medio de una trama compleja de discursos, procesos e instituciones, están viviendo e (inter) actuando cuerpos múltiples y diversos en los términos de una experiencia corporal reflexiva (Connell citado por Esteban, M. L.: 2013). De qué manera se producen estos intercambios de sentido en el seno de la reproducción social en un espacio concreto como es un hospital público situado en la periferia y cómo aquellos intercambios de sentido se articulan a su vez con procesos más amplios equivale a reparar en los discursos y las prácticas corporales, a indagar en las acciones que realizan los hombres y mujeres que participan de una organización de salud pública -sean trabajadores de la salud o pacientes- para estudiarlos con arreglo a una reflexión corporal que guía las acciones de los sujetos y que les permite en situaciones concretas, reconducir sus itinerarios y resistir y contestar a las estructuras sociales que se les imponen.

Respecto de la geograficidad es importante distinguir las dos acepciones de esta categoría. Una primera acepción designa lo que en un objeto se vincula de manera particular con la geografía o que atañe a la actividad del geógrafo; la segunda, en cambio, se ocupa de la relación existencial que se establece entre el hombre y su hábitat. En esta investigación se utilizó la segunda acepción donde ésta equivale a hablar de espacio paisajístico desde un enfoque fenomenológico y de la dimensión polisensorial presente en todas las experiencias del paisaje.

El espacio paisajístico adopta la perspectiva de una antropología del cuerpo vivido donde el paisaje no es el del observador externo sino un paisaje de la proximidad ((Besse, J.M.: 2014)). Todo paisaje corresponde a la experiencia humana sensorial, o mejor dicho polisensorial, de nuestro estar y ser en el mundo. De allí que el paisaje es lo que ratifica el papel central de las experiencias sensibles en la creación de identidades territoriales.

¿Cómo se articulan los cuerpos en toda experiencia paisajística? Por supuesto, desde la polisensorialidad, no sólo desde lo óptico sino desde lo háptico o táctil y los sentidos del olfato y el gusto. De este modo el cuerpo vivo, sentido, vivido, experimentado desde el interior, el propio cuerpo, el cuerpo vivo ((Besse, J.M.: 2014),) es el que nos permite analizar una geografía del paisaje vivido no como intrasubjetiva sino como parte fundamental en una experiencia geográfica vivida *en* el paisaje.

¿Cómo se expresan los cuerpos en la geografía vivida del hospital de Lezama? El hospital de Lezama, como todo paisaje, cuenta la historia de aquellas personas que habitaron en él, no sólo manera permanente, sino de los que pasaron y que, en su experiencia de movilidad, dejaron su huella para hacer de él un territorio con imaginario portador de una identidad paisajística particular.

Si todo paisaje es portador de sentido, todo paisaje es cultural, donde la espacialidad que se construye intersubjetivamente es una trama compleja de relaciones constituidas desde varias dimensiones sensoriales (auditivo, táctil, olfativo, visual, gustativo) que interactúan en la realidad y en el que los cuerpos está como "sumergidos" ((Besse, J.M.: 2014),).

Gente que va y viene, que ingresa por la puerta principal, algunas personas sentadas aguardan ser atendidas, otras están esperando frente a la ventanilla de Admisiones a que les den un turno, mientras el personal entra y sale por los pasillos llevando recados, trasladando objetos sanitarios para los pacientes crónicos internados en el geriátrico, y un par de ancianos están sentados al lado de la puerta adormilados, aprovechando el rayo de sol que se cuele por los vidrios. Todos ellos son portadores de historias de vida, de dolor, alegría, nacimiento y muerte. Hombres y mujeres que, en sus trayectorias de movilidad cotidiana, producen y reproducen prácticas de sentido que dinamizan y concretan la dinámica del territorio y configuran un paisaje con imaginario. Dinámica que integra y pone en relación a la desigual distribución de recursos y población según características socioeconómicas y culturales diversas. (Gutiérrez, A. I. y Reyes, M.: 2017)

Dado que las entrevistas en su totalidad serán transcritas en el libro que se prevé como resultado de la investigación, en esta instancia tan solo se mencionará que, a través de los relatos recogidos durante el período del trabajo de campo se pudo constatar la repetición

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

del siguiente enunciado: los lezamenses no nacen en su lugar porque en su hospital no hay sala de Maternidad pero sí pueden morir allí. Esto planteó interrogantes a la vez que reorientó la investigación hacia otros rumbos donde no sólo la sociología y la antropología, sino la geografía cultural y la geografía humanista constituyeron marcos teóricos pertinentes que cooperaron para iluminar nuevos caminos investigativos.

Recordemos la importancia de la noción de eficacia simbólica donde el significante de la palabra es lo que entra en juego para otorgar sentido o significado. En consonancia con lo que sostiene Pablo Pozzi, lo importante de cada testimonio recogido durante las entrevistas, no fue la veracidad de los mismos, sino más bien la posibilidad de rastrear sentimientos a través del tiempo (Pozzi, P.: 2008). Dado que en toda memoria y en todo mito podemos hallar elementos de hechos y de sentimientos de la época, a lo largo de esta investigación nos ocupamos de encontrar regularidades que permitieran vislumbrar valoraciones comunes acerca de las experiencias vividas por cada uno de los protagonistas de los relatos en particular.

Así fue como el eje de la investigación viró desde la presencia del discurso biomédico en la relación médico – paciente hacia la construcción de una identidad de lugar particular que está sometido por debajo la cultura hospitalaria común a las prácticas científicas del Modelo Médico Hegemónico.

Como se ha puntualizado con anterioridad, la totalidad de las entrevistas serán transcritas en el libro previsto, no obstante, aquí señalaremos cómo, a partir de la imposibilidad de nacer en el hospital local, se elaboran y reelaboran narrativas en torno a la identidad lezamense, la vida, la muerte y la autonomía. En definitiva, cómo se construye el sentido intersubjetivamente.

Recordemos que el hospital municipal atravesó diversos episodios a lo largo de su historia que delinearon un horizonte de creencias en torno a la función de éste dentro de la sociedad pero, en particular, en torno a nacer y morir en esa ciudad del SE bonaerense. Ese centro de salud pública, fundado en 1961 como hospital provincial de emergencias dedicado a la atención de accidentes en la ruta 2, fue literalmente vaciado en 1967, su instrumental saqueado y su categorización pasó de ser un centro de salud provincial a

municipal con atención a crónicos. Por cuestiones presupuestarias el -a partir de entonces Hospital Municipal “Dr. Francisco Quijano”- pierde su sala de maternidad por lo que las personas de Lezama deben nacer en otras ciudades, principalmente en Chascomús. Por lo que los lezamenses pueden ir a morir a su hospital pero no pueden nacer allí. Esa situación cristalizó narrativas en torno a las corporalidades la dependencia, la periferia y la subalternidad en el sentido común.

Parte de esas narrativas, trianguladas con datos estadísticos, son materia de análisis en esta investigación empírica.

Conclusión

Hasta aquí se ha desarrollado, a través de una narrativa de experiencias, los pormenores de la investigación empírica realizada en el Hospital Municipal de Lezama encuadrada en el paradigma cualitativo que, en un primer momento, tuvo por objeto identificar las huellas del paradigma biomédico en los discursos que circulan entre los actores que intervienen en el hospital de Lezama en tanto organización de salud pública de la periferia. Pero que, a medida que fue desarrollándose la investigación, planteó nuevas hipótesis de trabajo orientadas a analizar a la organización hospitalaria como una trama compleja de interrelaciones que, al ser abordada desde diversas escalas, permitió observar redes de cooperación e interdependencia pero también de subordinación con respecto a otros espacios o efectores públicos y / o privados vinculados a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC).

Si bien la periferia es la contracara de una lógica del sistema- mundo donde la polaridad centro- periferia genera una lógica desigual, reproduce el colonialismo y la aceleración deshumanizante en los mismos procesos inherentes a ella y que, retomando a Basile, deja pocos espacios para la salud y la vida. Por otra parte, la periferia puede ser también el lugar de la producción y reproducción de saberes y prácticas donde los sujetos cobren voz desde la subalternidad (Spivak, G. C.: 2003) que desafíen la deshumanización del campo de la salud y generen lógicas alternativas, quizás , en un principio poco visibles -por ubicarse en

la periferia- pero no por ello menos eficaces e, inclusive, emancipadoras y transformadoras a largo plazo.

A lo largo de estas páginas se ha intentado exponer que paisajes, lugares, regiones y territorios participan en las dinámicas que configuran las identidades. Del mismo modo que las dinámicas espaciales, las identidades están siempre en proceso de definición, son múltiples, ambivalentes y potencialmente conflictivas (Zusman, P. y Haesbaert, R.: 2011). Al mismo tiempo, entre los pliegues de las dinámicas espaciales se intersectan los cuerpos vivos, sus anhelos, sus miedos, sus emociones configurando así la experiencia geográfica vivida en el paisaje cultural hospitalario.

Con el propósito de visibilizar y problematizar los procesos subyacentes, esta investigación ha pretendido indagar en la multiplicidad de significados y representaciones que atraviesan el mundo de lo simbólico y que elaboran y recrean la realidad material y para ello -siguiendo la metodología empleada por la historia oral- se recopilaron relatos y testimonios de los protagonistas de este lugar con imaginario atravesado por múltiples experiencias y culturas desde el momento de su fundación.

A propósito de la historia oral, como afirma el historiador costarricense Víctor Hugo Acuña Ortega, la historia oral nos ha sometido a la dura prueba de establecer una relación más flexible y más productiva entre conceptos abstractos y vidas concretas porque la fuente oral nos plantea el grave desafío de conjugar la ‘no uniformidad de la experiencia humana’ con la pretensión de generalidad y de explicación global propia de las ciencias sociales (Acuña Ortega, V. H.: 2008). Puede que la serie de relatos que conforman el *corpus* y su análisis posterior permitan abrir al menos una hendidura en la hegemonía del paradigma biomédico del MMH e ilumine nuevas perspectivas y nuevas miradas que contemplen un enfoque intercultural en la salud donde se incluya la diversidad de aspectos culturales implicados en la práctica sanitaria.

La investigación en el hospital de Lezama desde la periferia permite habilitar las voces de la subalternidad a la vez que pensar a los hospitales o centros de salud pública en general como espacios de intersección de culturas donde se ponen en juego relaciones sociales de cooperación y conflicto, de dominación y resistencia, de explotación pero también de

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

negociación. Paisajes vividos, territorios habitados por memorias y narrativas de vida concretas, donde el paradigma biomédico debe negociar su hegemonía con otras epistemologías porque, aun cuando ha demostrado su eficacia, hoy parece insuficiente para dar cuenta de los procesos históricos y sociales inherentes a la salud, la enfermedad, el cuidado y la cura.

Finalmente, ésta ha sido una propuesta teórica y metodológica que en el futuro podría ser implementada como una política pública sanitaria que permita incorporar a las ciencias sociales en el desarrollo de un enfoque que contemple la interculturalidad en la atención de la salud.

Porque estar sano es mucho más que no estar enfermo.

Bibliografía

- Almaguer González, J. A.; Vargas Vite, V. y otro (coord.) (2014). *Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Programa Editorial del Gobierno de la República. Biblioteca Mexicana del Conocimiento, Ciudad de México.
- Ariés, P. (1984). *El hombre ante la muerte*. Taurus, Madrid.
- Auyé, M. (1996). *El sentido de los otros. Actualidad de la antropología*. Paidós, Buenos Aires.
- Behar, Daniel (2003). *Un buen morir. Encontrando sentido al proceso de la muerte*. Pax, México.
- Besse, J. M. “L’espace du paysage. Considérations théoriques”. En: Puigbert, L., Losantos, A. y Bretcha - Olot, G. (2014) *Teoría y paisaje: reflexiones desde miradas interdisciplinarias = Theory and Landscape: Reflections from Interdisciplinary Perspectives = Théorie et paysage: réflexions provenant de regards interdisciplinaires* : Observatorio del Paisaje de Cataluña; Barcelona: Universidad Pompeu Fabra
- Bordelois, Ivonne (2009). *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Libros del Zorzal, Buenos Aires.
- Bourdieu, P. y Wacquant, Lóic J. D. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. Grijalbo. México.
- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Paidós, Buenos Aires.

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

- _____(1997). *Lenguaje, poder e identidad*. Síntesis, España

- Citro, S. (coord.) (2010). *Cuerpos plurales: antropologías de y desde los cuerpos*. Biblos, Buenos Aires.

- De Certeau, M.(2000). *La invención de lo cotidiano I. Artes de hacer*. Universidad Iberoamericana, México.

- De Sousa Santos, B.(2008). “1 Foro Social Mundial y la Izquierda Global”. El Viejo Topo. No. 240 . P. 39-62.

- _____2012). *De las dualidades a la ecología*. Red Boliviana de Mujeres Transformando la Economía, La Paz.

- _____(2003): *Crítica de la razón indolente. Contra el desperdicio de la experiencia. Para un nuevo sentido común: la ciencia, el derecho y la política en la transición paradigmática*. Descleé de Brouwer, España.

- Esteban, M. L. (2013). *Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Edicions bellaterra, Barcelona.

- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI, Buenos Aires.

- _____(2000). *Las redes del poder*. Almagesto, Buenos Aires.

- _____(2004). *El nacimiento de la biopolítica*. FCE, Buenos Aires.

- Giddens, A. (1995). *La transformación de la intimidad*. Cátedra, Madrid.

- Goffman, E (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires.

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

- Guber, R. (1991). *El salvaje metropolitano: A la vuelta de la antropología postmoderna, reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Legasa, Buenos Aires.

- Harvey, D. (1998). *La condición de la posmodernidad. Investigación sobre los orígenes del cambio cultural*. Amorrortu, Buenos Aires.

- Lander, E. (comp) (2000). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Colección Sur- Sur. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100708034410/lander.pdf>

- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión, Buenos Aires.

- _____(2007). *El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos*. Nueva Visión, Buenos Aires.

- Maglio, Paco (2011). *La dignidad del otro. Puentes entre la biología y la biografía*. Libros del Zorzal, Buenos Aires.

- Mendelevich, P. (2005). *Ética periodística en la Argentina y el mundo. Estudio comparado con miras a la acción*. Konrad Adenauer Stiftung. Disponible en: <https://www.fopea.org/wp-content/uploads/2019/01/240844622-Etica-Periodistica.pdf>
Fecha de consulta: 4/10/2019

- Nancy, J. L. (2006). *El intruso*. Amorrortu

- Necochea Gracia, G. y Pozzi, P (2008). *Cuéntame cómo fue. Introducción a la historia oral*. Imago Mundi, Buenos Aires.

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

- Nogué, J. (2010): “El retorno al paisaje”. Universitat de Girona. Departament de Geografia. Paisaje cultural. Recuperado de: itpack31.itarget.com.br/uploads/anp/.../paisaje2010-Joan-Nogue.pdf . Fecha de consulta: 01/03/2018

- Spivak, G. C. (2003). ¿Puede hablar el subalterno? Revista colombiana de antropología. Volumen 39, enero-diciembre 2003, pp.297-364

- TUAN, YI FU (2007). Topofilia. Un estudio de las percepciones, actitudes y valores sobre el entorno. Melusina, Barcelona.

- Zusman, P.; Haesbaert, R.; Castro, H. y Adamo, S. (eds.) (2011). Geografías culturales: aproximaciones, intersecciones y desafíos. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Publicaciones:

- Aréchaga, A. “El cuerpo y las desigualdades sociales: el espiral de la reproducción social”. Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. No 2, Año 2, Abril 2010.

- Bonet, O. “Saber y sentir. Una Etnografía del Aprendizaje de la Biomedicina”. Disponible en: biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/anpocs/bonet.rtf. Fecha de consulta 22/01/2018

- Gutiérrez, A. I. y Reyes, M. L. (2017). “Mujeres entre la libertad y la obligación. Prácticas de movilidad cotidiana en el Gran Buenos Aires”. *Revista Transporte y Territorio* /16 (2017) ISSN 1852-7175

- Martínez Barreiro, A. “La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas”. Universidad de A Coruña. Departamento de Sociología y Ciencia Política y de la Administración. Papers 73, 2004 127-152.

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

- Menéndez, E. L. “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores”. Salud Colectiva, vol. 1, núm. 1, enero-abril, 2005, pp. 9-32, Universidad Nacional de Lanús. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>

- Menéndez E. L. “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464. Disponible en: https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

- Quijano, A. (2000): “Qué tal raza!” *Revista del CESLA. International Latin American Studies Review*. Nro 1. 132/11/2000. Disponible en: <https://www.revistadelcesla.com/index.php/revistadelcesla/article/view/379>

- Rodríguez, W. “Diga 33. Lo importante es la salud”. Cooperativa de Electricidad y Otros Servicios Públicos. Consumo y Vivienda de Lezama Ltda. Taller de historia: Hacer memoria. Agosto 2015.

- Wagner de Sousa Santos, G. (1996). “La clínica del sujeto: por una clínica reformulada y ampliada”.

Vídeos:

- CLACSO TV. Gonzalo Basile (23/08/2018). Clase 3. Primera parte. <https://www.youtube.com/watch?v=GqnKjcnKbmA>

Acerca de la legislación y normativas vigentes:

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Obligatoriedad.
DECRETO 178/2017 PODER EJECUTIVO NACIONAL (P.E.N.). Disponible en:
<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=28605&word>

Resolución 47/2001 Normas de Categorización de Establecimientos y Servicios de Rehabilitación e incorporan las mismas al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Ministerio de Salud, Salud Pública. Disponible en:
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/65879/norma.htm>

Anexo de imágenes

Mapa de Lezama



*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

Estación de tren de Lezama, Buenos Aires.



*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

Hospital Municipal de Lezama, “Dr. Francisco Quijano”



Especialidades médicas que brinda el Hospital de Lezama:

Cardiología.

Dr. Zabala - Jueves 11Hs.

Dr. Sanchez - Viamonte Lunes 11Hs. (Solo estudios).

- Ecodoppler cardíaco. (ni venosos, ni extremidades)
- Ergometría (venir c/ ropa cómoda)

Cirugía.

Dr. Bonavita - Miércoles 16Hs.

Clínica Médica.

Dr. Oyhenart - Martes a Viernes 9Hs.

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

Dr. Rossica Valdez – martes 13Hs y Sábados 8Hs.

Dr. Flores – Lunes 8.30Hs.

Dr. Celeste Lunes 10 HS. Martes 8 HS.

Dr. Payes Martes , Jueves y viernes 8 y 30 Hs.

Dermatología.

Dra. Michelenia – Sábados a confirmar 9Hs.

Ecografías.

Dr. Sena – Miércoles 11.30Hs.

- Ginecológicas (1 litro de agua 1 Hora antes).
- Mamarias (traer últimos estudios)
- Obstétricas. (hasta 24 semanas tomar 1 litro de Agua)

Dr. Vázquez – Lunes 13.30Hs.

- Ginecológicas (1 litro de agua 1 hora antes).
- Vesico prostáticas (1 litro de agua 1 hora antes).
- Abdominal (8hs de ayuno)
- Tiroideas y renales (S/P)

Dr. Giacobone – Viernes 8Hs.

- Abdominal (8hs de ayuno).
- Partes blandas (S/P)
- Tiroideas y renales (S/P)

Estimulación temprana.

Miércoles de 8 a 12 hs.

Jueves de 13 a 17 hs.

Fisiatría.

Dr. Galuzzi – 2º y 4º jueves del mes.

Fonoaudiología.

Lic. Del Re – Lunes 8Hs. (Estudios).

- Audiometría.

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

• Logo audiometría.

Lic. Cano – Lunes 14 Hs. Martes y Miércoles 8 Hs.

Gastroenterología.

Dr. Mene – Lunes 10 Hs.

Ginecología.

Dra. Soler – Lunes 8.30Hs.

Dr. Morales – Viernes 7,30 Hs.

Hematología.

Dra. Perdiguero- Jueves 14Hs.

Kinesiología.

Lic. Francese – Martes y Jueves 8Hs.

Lic. Aversa – Martes y Jueves 16Hs.

Neumonología.

Dr. Rossica Valdez – Martes 13Hs y Sábados 8 y 30 Hs.

Neurología.

Dr. Cerda – Jueves 16.30Hs.

Nutrición

Lic. Lara – Miércoles 15Hs.

Obstetricia.

Lic. Bordeu Dutto – Lunes 16 Hs.

Odontología.

Dra. Lazarte. Martes 15 hs. Miércoles y Viernes 8 hs.

Dr. Del Campo Lunes 7 hs.

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

Oftalmología.

Dra. Curci - Lunes 14Hs.

Dr. Tocci - Miércoles 9 Hs.

Otorrinolaringología.

Dr. Tedesco – Viernes 12Hs.

Pediatría.

Dr. Macchi – Lunes, Martes y Jueves 8.30Hs.

Dr. Palaoro – Lunes 15.30Hs y Miércoles 13Hs.

Dra. Mauri – Martes, Jueves 15Hs. y Viernes 14Hs.

Dra. Perdigueros Sábados a las 9Hs.

Podólogo.

Lic. Blanco – Martes y Jueves 17 a 19hs

Psicología.

Lic. Rellstab – Martes 8.30Hs. (Adultos)

Lic. Ibarra – Martes 11.30Hs y Jueves 15Hs. (infantiles y adolescentes)

Psiquiatría.

Dr. Larsen – Lunes 7 y 30 Hs.

Traumatología.

Dr. Navillat - Lunes 9 Hs.

Dr. Telez - Jueves 9 Hs..

Urología.

Dr. Botta – Miércoles 8Hs.

Laboratorio de Análisis Clínicos y Radiología: Atención diaria y guardia permanente.

Guardia de Emergencias: Permanente las 24 horas.-

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

Ante cualquier consulta se puede llamar telefónicamente al (02242) 432149 o en el caso de una emergencia al 107.

Cabe consignar que anexo al Hospital funciona el Hogar "San Miguel" como también un sector destinado a la atención de enfermos crónicos.

Con respecto a este último sector, el Municipio ejecuta la construcción de una nueva ala que dispondrá de 8 habitaciones con capacidad para 4 camas cada una y se destinará al mismo, posibilitando de tal modo la ampliación del sector de consultorios externos.

Fuente: INFOZONA, Portal de noticias. 25/06/2014. Disponible en:
<https://www.infozona.com.ar/especialidades-medicas-que-brinda-el-hospital-municipal-de-lezama/>

*Proyecto de Investigación:
Humanización de los servicios de salud pública: Estudio de caso en el hospital de Lezama.
Lic. Verónica G. Meo Laos – UADE, Sede Campus Costa Argentina.*

Mapa de la Región Sanitaria XI

