

GT N° 9 (MÉTODOS Y TÉCNICAS EN ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD)

## **SOBRE LOS PADECIMIENTOS Y SUS CAUSAS. ETNOGRAFÍA EN UN ASENTAMIENTO DE LA CIUDAD DE POSADAS-MISIONES.**

*Autor: Miguel Alejandro Avalos\**

### **Resumen:**

En esta ponencia presento algunos resultados de una investigación etnográfica y a partir de allí pretendo someter a discusión ciertas cuestiones en torno a un proyecto de investigación actual. En una primera parte, retomando unos resultados de una investigación anterior, comienzo por responder dos interrogantes: ¿Cuáles son los padecimientos más comunes entre los habitantes del asentamiento El Trigal de Posadas? Y ¿Cuáles son, según mis informantes, sus causas? A continuación propongo algunos aspectos teórico-metodológicos que considero de utilidad para una mejor comprensión de los procesos de salud-enfermedad-atención, estos son: “epidemiología sociocultural” y “mosaico epidemiológico”. Finalmente planteo algunas preguntas de investigación, en las cuales estoy pensando actualmente, relacionando hábitat y salud.

**Palabras Clave:** Etnografía, Asentamiento Informal, Hábitat, Epidemiología Sociocultural.

### **Introducción:**

En la búsqueda de ampliar el horizonte de comprensión de ese “otro cultural” en términos de salud/enfermedad se han desarrollado numerosos estudios e investigaciones sociales desde los inicios de la antropología como disciplina. A partir de los estudios etnográficos que analizaron la relación entre estructura social y las ideas en torno a la salud entre los zulú de Sudáfrica (Loudon, 1957), o las investigaciones desarrolladas entre los indios navajo en los Estados Unidos y sus

---

\* Antropólogo Social. Maestrando en Antropología Social PPAS. FHyCS UNaM. Investigador de la Secretaría de Investigación y Postgrado, FHyCS UNaM. Becario del Comité Ejecutivo de Desarrollo e Innovación Tecnológica de la Provincia de Misiones –CEDIT. Email: miguelavalos.012@gmail.com



formas de curar tradicionales (Adair, 1963), por señalar unos ejemplos, se han multiplicado los esfuerzos por dar cuenta del “punto de vista del nativo” en lo que concierne al proceso que integra salud-enfermedad-atención.

En este proceso de comprensión de la salud y la enfermedad se entremezclan múltiples factores a ser considerados: el daño en su materialidad orgánica, la percepción subjetiva por parte de los sujetos, y las providencias que, tanto el sujeto como el grupo social, establecen para diagnosticar, establecer las causas de dichos daños y proponer acciones.

Cuando nos preguntábamos al comienzo de nuestra investigación acerca de cuáles eran los padecimientos más comunes entre los pobladores de “El Trigal” debimos correrlos, como estrategia epistemológica, de las categorías biomédicas. Pensar a los daños a la salud en términos de enfermedades, con etiologías definidas, sintomatologías específicas, y demás esquemas propuestos por el modelo de las ciencias médicas (Avalos, 2016). Cabe destacar en este sentido, que la antropología médica ha logrado ir más allá de la idea de enfermedad (con base puramente biológica) amplificando su mirada, incorporando al análisis los conceptos de *illness*, *disease* y *sickness* (Helman, 1981; Kleinman, Eisenberg y Good, 1978). Esto nos permite entrar en los siguientes interrogantes: ¿Cuáles son los padecimientos más comunes? y ¿Cuáles son, según ellos, sus causas?

## Sobre El Trigal

La provincia de Misiones, ubicada en el extremo noreste de la Argentina, limita al oeste con la República del Paraguay, al norte este y sur con la República Federativa del Brasil; y al sudoeste con la provincia de Corrientes. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2010) la provincia cuenta con 1.101.593 habitantes. Presenta condiciones de desarrollo atrasado; con escasa industrialización y con una economía basada principalmente en el sector servicios, el comercio (al por mayor y menor) y la producción agraria (en la cual predominan las producciones del tipo familiar) (Instituto Provincial de Estadísticas y Censos, IPEC, 2016).

La capital provincial es la ciudad de Posadas, ubicada al margen izquierdo del Río Paraná, en el departamento Capital, al sudoeste provincial. Ciudad intermedia de 350.000 habitantes, ha reestructurado su morfología urbana a consecuencia de la subida del embalse del río Paraná, uno de los efectos del proyecto hidroeléctrico Yacretá. Dicha reestructuración generó cambios en el territorio y en los patrones de ocupación del espacio urbano, con el anegamiento de amplias zonas

urbanas, relocalización de miles de familias, construcción de conjuntos habitacionales y de obras complementarias de gran envergadura en el nuevo frente fluvial, etc. (Brites, 2014).

En este contexto, a pesar de que muchos asentamientos han sido relocalizados (removidos) hacia una nueva periferia, otros han permanecido en los intersticios de la renovación urbana y nuevos han emergidos en distintos puntos de la trama urbana. En otras palabras, la situación de los asentamientos informales presenta una complejidad y variabilidad, que actualmente definen una nueva cuestión urbana.

El Oeste posadeño comenzó su poblamiento a mediados de la década del 60 (según datos de la Municipalidad de Posadas), aunque vio un notable proceso de expansión luego de la construcción y entrega de los monoblok a comienzo de los 80. Este movimiento migratorio se corresponde con el período de mayor crecimiento poblacional de Posadas, donde su población casi se duplica entre los años 1960 y 1980, adquiriendo así “un cinturón de asentamientos espontáneos” (Díaz Orueta et al., 2000:70).

La zona, conocida como Villa Cabello, debe gran parte de su desarrollo a las obras ejecutadas por el estado provincial en conjunto con organizaciones de la iglesia católica (ProSoCri, Asociación Familia Kolping y luego Fundación Villa Cabello), donde se construyeron una serie de complejos habitacionales: las chacras 150, 149 y 148.

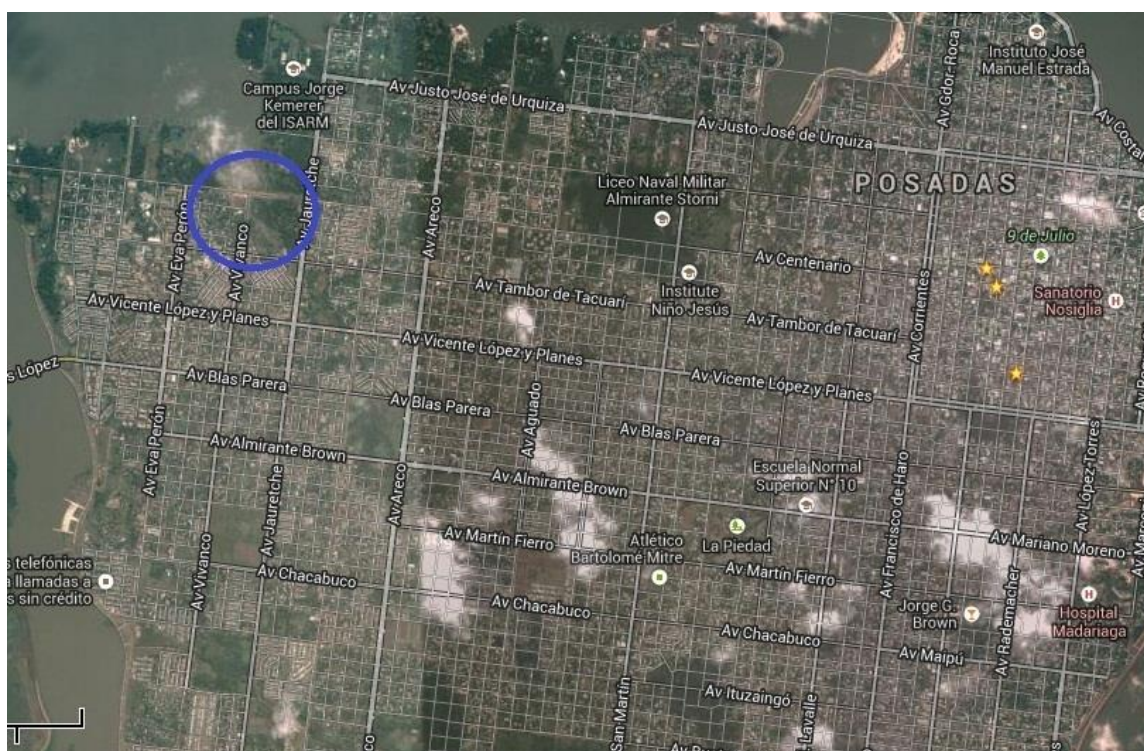
Dichas obras a su vez fueron acompañadas por infraestructura y servicios, lo cual significó una valorización de las tierras, con una expansión de los sectores medios y una segregación de los bolsones de pobreza que antes ocupaban estos espacios, y que luego se ubicaron en lugares más desfavorecidos en términos de acceso a los servicios, infraestructura y valor de la tierra. González Villar, Sintés y Báez bien describen esta dinámica que incluye: expansión de la ciudad, construcción de los complejos habitacionales y el incremento en el valor de la tierra en la zona oeste de Posadas:

“Este proceso implicó la expansión de los sectores medios, generando un cierto corrimiento y/o arrinconamiento de los barrios pobres, existentes a principios de los ochenta. En los alrededores de los planes de desarrollo habitacional se articulan algunos conglomerados carenciados, que aportan fundamentalmente trabajadores para la rama de la construcción y mujeres que se ocupan en servicio doméstico” (2004: 246).

De acuerdo al más reciente relevamiento de la ONG Techo (2016) en Posadas y el área capital se han registrado un total de 70 asentamientos informales que en su totalidad albergan a unas 12.490 familias. Y además de señalar el aumento de la cantidad de asentamientos en la ciudad (pasan de 54

en 2013 a 70 en 2016, según Techo), debemos mencionar a su vez el aumento en la cantidad de personas que residen en ellos. Muchos de estos asentamientos conjugan varias características: ausencia de un definido trazado urbano al interior, acceso irregular a servicios básicos (red de agua corriente y energía eléctrica), precariedad habitacional, entre otras.

Imagen 1. Localización del asentamiento “El Trigal” en la ciudad de Posadas.



Fuente: Google Maps. Visitado el día 1 de Junio de 2014. Zona de las Chacras 158 y 159. Posadas. Misiones

“El Trigal” es un asentamiento del tipo informal<sup>1</sup> ubicado en la zona oeste de la ciudad de Posadas, a los márgenes de un importante arroyo, afluente del río Paraná. Su poblamiento inicial data de 1980. Según datos del centro de salud de la zona (2013), en “El Trigal” residían entre 100 y 130 familias. Según datos de la ONG TECHO, que actualizó su relevamiento sobre asentamientos en la Argentina, encontró al 2016 (Cf. ONG Techo, 2016) un total de 250 familias residiendo allí, evidenciándose de este modo el crecimiento demográfico exponencial que vive este asentamiento en los últimos años.

<sup>1</sup> Un asentamiento se caracteriza por: “hacinamiento crítico, estado precario de la vivienda (en relación a su estructura física y a su entorno), ausencia de algunos de los servicios públicos e ilegalidad de la tenencia” (Echeverri y Orsini, 2011)

Las condiciones de habitabilidad de sus viviendas son de elevada precariedad en su mayoría, sus techos muchas veces están rotos y al estar viviendo tan cerca de un arroyo, la humedad y el agua son una constante. Existen numerosos basurales ubicados en a los costados del asentamiento.

Debemos mencionar que no poseen conexión regular a los servicios de agua potable y energía eléctrica, no cuentan con sistemas de cloacas sino que descargan los residuos sanitarios en pozos ciegos precariamente construidos (precariedad marcada no solo por la calidad de los materiales utilizados, sino también por su ubicación en el terreno y su escasa profundidad).

Las mujeres suelen ocuparse laboralmente como amas de casa, empleadas domésticas, planchadoras, niñeras, son barrenderas municipales o tienen un kiosco en su casa. Mientras que los varones (cuando no son desocupados) trabajan de albañiles, electricistas, cartoneros, empleados de la construcción o plomeros. El nivel educativo es heterogéneo, pero ninguno llega a la secundaria completa; contándose también entre estas unidades domésticas a algunos niños que no están integrados al sistema escolar formal.

### **La voz del otro en las narrativas. Aportes de la etnografía al registro del dato epidemiológico.**

El método utilizado para la obtención de los datos en la investigación fueron las entrevistas y la observación participante entre aquellos que conformaron nuestra muestra, diez unidades domésticas residentes en el asentamiento “El Trigal” en la periferia occidental de la Ciudad de Posadas. Si bien las entrevistas contaban con una guía, fueron abiertas. De manera tal que las narrativas pudieron seguir su curso, evidenciándose entre otras cosas, “las vacilaciones, las dudas, entradas y salidas en diferentes modalidades de tratamiento... las hesitaciones, incertidumbres, perplejidades, las formaciones y disoluciones de lazos interactivos...” (Alves, 2015:41).

Las entrevistas en profundidad y la observación participante como metodologías privilegiadas de la etnografía nos permitieron captar “el sentido de la vida social [que] se expresa particularmente a través de discursos que emergen en la vida diaria, de manera informal, bajo la forma de comentarios, anécdotas, términos de trato y conversaciones. Los investigadores sociales han transformado y reunido varias de estas instancias en un artefacto técnico” (Guber, 2011:69).

La antropología médica en particular ha señalado al método etnográfico como un instrumento valioso para dar cuenta de las prácticas y las representaciones de los actores involucrados, y del trasfondo “político, socioeconómico y cultural, y no exclusivamente sanitario” (Ramírez Hita, 2009: 67) en el que está inmerso el proceso de salud-enfermedad-atención.

Sostenemos, junto a Veena Das, que la subjetividad y las subjetividades “son forjadas en el taller de la vida cotidiana” (Das, 2008: 461) y que accedemos a dichas experiencias mediante las narraciones, mediante la reconstrucción que hacen los propios actores de sus padecimientos, atendiendo las narrativas de sus itinerarios terapéuticos. A su vez, adherimos a la idea propuesta por Alves sobre las narrativas de los itinerarios terapéuticos (IT), pensándolas más allá de los discursos sobre la enfermedad. El análisis de dichas narrativas incluye, además de ideas sobre los padecimientos y las afecciones, las acciones y los discursos sobre esas acciones en búsqueda (o no) de tratamiento para una enfermedad o padecimiento (Alves, 2015: 30).

Las concepciones que los sujetos tienen en torno a la enfermedad, y sobre ella, distan de ser estáticas y mantenidas iguales a sí misma en el tiempo; la propuesta de Alves en este sentido, es pensar a la idea de enfermedad en el ambiente donde la enfermedad está situada (Alves, 2015: 40), podemos decir: una “enfermedad situada”. De esta manera las acciones, los pensamientos y lo que sienten las personas en torno a determinada enfermedad/padecimiento son elementos que componen un proceso en el cual se desarrollan, entremezclan y superponen de manera dialéctica en el *continuum* en la vida cotidiana.

En este proceso de conocer las otras formas de ver, de entender y de atender a la salud/enfermedad las narrativas nos permitieron percibir a un agente activo y dinámico, con un papel que va más allá de ser un simple paciente. De este modo, las transacciones entre diversas formas de atención efectuadas en la práctica de los legos, que evidencian el pluralismo médico (Menéndez, 2003), dan cuenta de estas múltiples acciones en relación a entender y atender la salud/enfermedad.

La compleja trama de relaciones que se establece en torno a un padecimiento incluye dentro de sí a las condiciones de vida objetivas en las cuales los sujetos viven, padecen, se curan y/o mueren. Las formas de producción (el trabajo, las condiciones de vida), consumo (el acceso a los distintos bienes y servicios necesarios para la producción y la reproducción doméstica) y su lógica distributiva -en donde el Estado cumple un papel esencial- “son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales” (López Arellano *et al*, 2008: 324).

### **Sobre los padecimientos y sus causas**

Existen una multiplicidad de enfermedades y padecimientos, con sus formas de diagnosticarlos y tratarlos, que no necesariamente se corresponden con las formas biomédicas de entender los síntomas y atenderlos.

En la práctica de nuestras familias entrevistadas operan más de una forma de entender y atender a la salud/enfermedad, distintos modelos de atención están insertos en las prácticas de estos actores sociales, en donde se entremezclan conocimientos biomédicos con conocimientos populares, desde el momento mismo del diagnóstico.

En este contexto es necesario señalar que existen numerosos padecimientos que han sido “ignorados o soslayados por exclusión social o por exclusión epistemológica” (Martínez, 2013), por la biomedicina. Esto trae consigo numerosas consecuencias, entre las cuales está el ocultamiento de dichos daños a la salud en el registro del dato epidemiológico, padecimientos que consideramos necesarios que sean registrados, “ya que son habitualmente reconocidos, incluso por el propio personal sanitario que conoce y utiliza también sistemas alternativos para tratar patologías populares” (Ramírez-Hita, 2009:64).

Presentamos a continuación los padecimientos más comunes y sus características, en términos de síntomas y causas, analizando los daños a la salud desde las experiencias de nuestros entrevistados, desde las categorías que ellos utilizan para clasificarlos y de los síntomas que evidencian para entenderlos como tales; más allá de que dicho malestar esté “reconocido académicamente” o no<sup>2</sup>.

Cuadro n° 1: Padecimientos registrados en El Trigal, según causas referidas por nuestros entrevistados.

<b>Grupos etiológicos</b>	<i>1. del ambiente</i>	<i>2. del trabajo</i>	<i>3. de las relaciones</i>	<i>4. de la alimentación</i>
<b>Padecimientos</b>	gripe -anginas-	hernia - desgarro-	ojeo	empacho
	broncoespasmos, alergias, asma		quebranto	presión alta

Elaboración propia. En base al trabajo de campo.

<sup>2</sup>Ir más allá de la nosotaxia biomédica, poniendo en práctica la *nosotaxia sociocultural* propuesta por Martínez (2013:125).



Al realizar nuestro trabajo de campo, los padecimientos más comunes narrados por nuestro conjunto social fueron:

1. “Gripe y anginas”: causados por factores ambientales, estos padecimientos son identificados por generar fiebres altas, sudor, enrojecimiento de las mejillas, nariz y orejas, catarros y tos, cansancio y falta de apetito. Estudios recientes marcan la relación directa que existe entre los elevados índices de humedad ambiente –especialmente en el hogar- y la proliferación de ciertos mohos como altamente perjudiciales para la salud humana, en especial como causantes de patologías respiratorias tales como el asma y distintas alergias (OMS, 2009; Piacentini, Pomar y Salum, 2012).
2. “Broncoespasmo” – “Alergias” – “Asma”: también son causados por factores ambientales. Bajo este rótulo se encuentran una serie de daños a la salud que incluyen: dificultades para respirar, dolor de garganta, ataque de pecho, tos, catarro, hinchazón en la zona de la garganta, dolor en la espalda. Según datos de la OMS, aproximadamente el 24% de la carga de morbilidad mundial y el 23% de todos los fallecimientos pueden atribuirse a factores ambientales (OMS, 2006), a pesar de esto, la Primera Encuesta de Prevalencia de Asma en población de 20 a 44 años en Argentina (2015), vemos que los aspectos materiales y socioculturales de la vida cotidiana son “despejados”. En dicho estudio son tomados como factores predominantes para el tratamiento de las personas con asma los siguientes elementos: necesidad de la realización de la espirometría para un diagnóstico certero; identificar en qué tiempo ocurren con mayor frecuencia los ataques; y la “asociación con características personales”: i.e. antecedentes familiares, consumo de tabaco, nivel de actividad física, sobrepeso y obesidad. En ninguna instancia aparecen como factores a considerar aquellas condiciones de vida en las cuales viven dichos pacientes o las condiciones laborales que les permiten la reproducción de su vida doméstica. Entendemos que estos hogares, al ocupar áreas degradadas, donde predominan formas precarias de hábitat, configuran un espacio socioecológico que favorece la incidencia de determinadas patologías y padecimientos, especialmente aquellos referidos al aparato respiratorio.
3. “Hernia” y otros padecimientos relacionados, como el “desgarro/e”: se caracterizan por fuertes dolores en partes puntuales del cuerpo, músculos localizados en la espalda, las piernas o los brazos. Son causado por las (y en) condiciones de trabajo: al levantar pesadas cargas en la obra, por ejemplo, o al agacharse de manera brusca al limpiar la casa. Stellman señala que los grandes esfuerzos físicos, sumado a posiciones “no aconsejables” al momento del trabajo, son altamente determinantes en las lesiones musculoesqueléticas, siendo de este modo la causa de entre el 20% y



el 25% de los accidentes laborales aquellos producidos por la manipulación manual de carga (1999).

4. “Ojeo”: este padecimiento es conocido también como el “mal de ojo” (Zolla *et al*, 1992), su daño se produce por haber sido objeto de una “mirada cargada” o “envidia”, donde la persona que lo padece sufre de fuertes dolores en el cuerpo, o “impertinencia” en los niños, dolores de cabeza y hasta vómitos. Suele verse en niños y adultos.

5. “Quebranto”: es causado por situaciones que generan sentimientos de angustia y/o enojo. Es un padecimiento típico de los niños, similar al ojeo. Sus síntomas son: dolor de cabeza, genera molestias en el niño que generalmente se expresa llorando. Uno de los métodos diagnósticos es la misma oración que recita el curador popular, en el momento de la visita. El quebranto se puede agravar, llevando a cuadros más complejos como la “depresión” y el “estrés” en los adultos, por ejemplo.

6. “Empacho”: sus causas se relacionan con la alimentación, aunque también se registran casos de empacho causado por beber agua en mal estado. Se caracteriza porque “empiezan con diarrea y vómito”, sumado a otros síntomas como el dolor de estómago, debilidad, cansancio, hinchazón, falta de apetito. Autores como Campos Navarro (2010; Campos Navarro y Scarpa, 2013) han desarrollado amplios trabajos en toda Iberoamérica, identificando padecimientos similares en Cuba, Bolivia, México, Argentina, por mencionar algunos. Éste es un “padecimiento del aparato digestivo reconocida por los conjuntos sociales “en especial de estratos socioeconómicos medios y bajos de todos los países de América Latina” (Campos Navarro, 2009). Es un padecimiento que afecta principalmente a niños, pero también los adultos refieren que pueden verse afectados.

7. “Presión alta”: este padecimiento se caracteriza por dolores de cabeza, mareo, cansancio, dolor de cuello, sentirse abombado, hinchazón.

Las causas son atribuidas básicamente a la alimentación, al consumo de sal; encontrándose casos en adultos y en niños.

### **Hábitat y salud.**

En el contexto de la llamada “transición epidemiológica” (Frenck, et al. 1991), las morbi-mortalidades han cambiado en los últimos decenios, pasando de un elevado índice de “prevalencia de enfermedades infecciosas-parasitarias y malnutrición, a otro en el cual las ECNT (enfermedades

crónicas no transmisibles) y las muertes por causas externas poseen una dominante prevalencia e incidencia” (Pasca y Pasca, 2011: 29).

Dicha transición, ligada a la idea de progreso, implica que en la medida en que las sociedades “avanzan” también cambian las morbilidades que esas poblaciones experimentan; esto acabó siendo desmentido, dice Spinelli, porque vivimos en (y con) “mosaicos epidemiológicos, donde según el espacio social que se analice, vamos a encontrar perfiles propios del primer y tercer mundo” (Spinelli, 2010: 277).

La idea de “mosaicos epidemiológicos” nos permite ver la compleja trama que se teje en torno a la salud y la enfermedad en nuestra sociedad contemporánea, donde las condiciones de hábitat son más que el soporte espacial donde ocurren las enfermedades. Las condiciones del hábitat en las cuales están insertas las personas que residen en villas y asentamientos, como lo es El Trigal, están directamente relacionadas con la incidencia y la prevalencia de determinados padecimientos y enfermedades.

La prevalencia de enfermedades diarreicas y el empacho, por ejemplo, están asociados a contextos en los cuales la calidad del agua y de saneamiento es deficitaria (Avalos, 2017a; Santos *et al*, 2001). Del mismo modo, actúan sobre la calidad de vida de las personas los niveles de contaminación ambiental producidos por los basurales o las excretas liberadas al aire libre (Rosenberg, 2016). Las gripes y las alergias, están relacionadas con los elevados índices de humedad y la precariedad en los materiales de las viviendas. Aquellas enfermedades transmitidas por vectores, como la fiebre amarilla o el dengue (Mastrángelo, 2015), tienen especial incidencia en estos contextos.

También cabe señalar la determinación que tienen dichas condiciones de hábitat en el proceso de atención-recuperación de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer (Avalos, 2017b; Marchionni *et al*, 2011). A su vez emergen otros padecimientos que no están contemplados en los registros epidemiológicos, como el “quebranto” producido por las situaciones de violencia vividas en los asentamientos (Avalos, 2017a), por señalar un ejemplo.

Entendemos al hábitat como una construcción humana en relaciones y transformaciones permanentes, no como una mera ocupación física de un territorio o como una realidad natural externa al sujeto. Es de este modo que más que hablar de “ex-posición” a riesgos externos, “entendemos que los sujetos sufren procesos de “im-posición” de condiciones de vida” (Hernández, 2008: 92). Es allí donde queremos ver cómo se construye y qué implicancias tienen las ideas de salud/enfermedad entre estas poblaciones, cómo “auto-perciben” su salud (Alazraqui, 2009), cuáles son las enfermedades más comunes y de qué modo son configuradas en ese contexto sociocultural.



En esta articulación múltiple y compleja reconocemos, junto a Torres (2008), que “las formas de producción, consumo y su lógica distributiva, en donde el Estado tiene una tarea esencial; son determinantes en la configuración de los perfiles de salud, enfermedad y muerte de los grupos sociales” (2008: 146). Configuración en la cual lo ambiental, político, económico, jurídico, religioso, territorial (como elementos constitutivos del hábitat), atraviesan las formas de enfermar, atender dichos padecimientos y morir. Allí nos interesa analizar también cómo vivencian el acceso (no solamente físico sino también social) a los servicios de salud, de qué forma las personas y sus familias hacen frente a la atención/prevención de los padecimientos y cuáles son sus estrategias (individuales y/o colectivas) para dicha consecución. Qué incidencia tienen las políticas públicas en sus cotidianidades, y cómo configuran los procesos políticos (como una relocalización, por ejemplo) el proceso de salud-enfermedad-atención.

### **Bibliografía:**

- ADAIR, J. (1963) Physicians, medicine men and their Navaho patients. En Iago Galdston (ed.), *Man's image in medicine and anthropology*, Nueva York, International University Press.
- Alazraqui, M., Roux, A. V. D., Fleischer, N., & Spinelli, H. (2009). Salud auto-referida y desigualdades sociales, ciudad de Buenos Aires, Argentina, 2005. *Cad. Saúde Pública*, 25(9), 1990-2000.
- ALVES, P. (2015) Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Politica&Trabalho*, (42).
- AVALOS, M. (2016) Pesquisa social en salud. Experiencias y reflexiones en torno al proceso de investigación. *I Jornadas de Jóvenes Investigadores/as: diálogos e intercambios sobre experiencias y procesos de trabajo*. Inédito.
- (2017a) Entre la política y el sufrimiento. El Programa Hambre Cero entre los pobladores de un asentamiento en la Ciudad de Posadas-Misiones. En: Jaume, F. (Comp.) *Las luchas por la hegemonía en la Provincia de Misiones, Argentina. Historia y etnografías*. EdUNaM (En prensa)
- BRITES, Walter. 2014. “Procesos socio-urbanos complejos. Hacia un abordaje multidimensional de la ciudad de Posadas, Argentina”. En “*Ciudades Vivas. Imaginaciones sobre el territorio*”. María Millán y Walter Brites (Comp.). Creativa. Posadas.
- CAMPOS -NAVARRO, R. (2009). El empacho en Cuba: Aproximación histórica documental desde 1821 hasta 2009. *Cuicuilco*, 16(46), 71-96.
- (2010). El “empacho” desde la medicina académica. Comentarios del autor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(3), 336-337.
- CAMPOS -NAVARRO, R. y SCARPA, G. (2013). The cultural-bound disease “empacho” in Argentina. A comprehensive botanico-historical and ethnopharmacological review. *Journal of ethnopharmacology*, 148(2), 349-360.



- DAS, V. (2008) *Sujetos del dolor, agentes de dignidad.*/Ed. Francisco A. Ortega. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar. Colombia.
- DÍAZ ORUETA, C., GONZÁLEZ VILLAR, C., LOURÉS, M. Y SINTES, L. (2000). *Desarrollo urbano y pobreza: la ciudad de Posadas, Argentina.* Publicaciones de la Universidad de Alicante. Murcia, España.
- FRENCK J, FREJKA T, BOBADILLA J, (1991) La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Oficina Sanit Panam*; 111, pp. 485-496.
- GRIMBERG, M. (2008) “Contextos de vulnerabilidad social al Vih-Sida en América Latina. Desigualdad social y violencias cotidianas en jóvenes de sectores subalternos” *Thule. Rivista italiana di studi americanistici.* N 20/21, 31-54. Centro Studi Americanistici “Circolo Amerindiano”. Perugia, Italia
- GONZÁLEZ VILLAR, C; SINTES, L. y BÁEZ, A. (2004). *La constitución de la pobreza regional.* Editorial Universitaria de Misiones. Argentina.
- GUBER, R. (2011) *La etnografía. Método, campo y reflexividad.* Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- HELMAN, C. (1981). “Disease versus illness in general practice.” *Journal of the Royal Collage of General Practitioners*, 31, 548-552.
- Hernández, M. (2008). Desigualdad, inequidad e injusticia en el debate actual en salud: posiciones e implicaciones. En: *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, 86-97.
- KLEINMAN, A, EISENBERG, L. y GOOD, B. (1978). “Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research”. *Annals of Internal Medicine*, 88, 251-258.
- LÓPEZ ARELLANO, Oliva, ESCUDERO, José y CARMONA, Luz. (2008) —Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMESI. *Medicina Social* volumen 3, número 4, noviembre
- LOUDON, J. (1957), Social structure and health concepts among the Zulu, *Hlth. Educ. J. Vol.15*, 90-98.
- MARCHIONNI, M. et al. (2011). *Enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo en Argentina: prevalencia y prevención.* Banco Interamericano de Desarrollo, División de Protección Social y Salud.
- Mastrángelo, A. (2015) “El agua no se le niega a nadie” Estudio social sobre la prevención del dengue en un barrio de Clorinda, Formosa, nordeste argentino. *De Prácticas y Discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales.* 2.2
- MARTÍNEZ, P.(2013). Entidades nosológicas y epidemiología sociocultural: algunas pautas para una agenda de investigación. *Dimensión Antropológica*, 57, 119-138.
- MENÉNDEZ, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *CiêncSaúdeColetiva*, 8(1), 185-207.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD-(2006) *Ambientes saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente.* Francia.
- (2009) *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Buenos Aires. Argentina.
- PASCA, A. & PASCA, L. (2011) Epidemiological, demographic and nutritional transition: Underlying determinants of cardiovascular disease. *Insuficiencia cardíaca*, 6(1), 27-29.
- PETRYNA, A. (2004) Biological Citizenship: The Science and Politics of Chernobyl-Exposed Populations. *OSIRIS*, 19: 250-265.

- PIACENTINI, R.; POMAR, J. y SALUM, G. (2012) Índices relativos a la salud humana derivados de variables solares y atmosféricas, medidos en Rosario Argentina. *Avances en Energías Renovables y Medio Ambiente* Vol. 16, 2012.
- RAMÍREZ HITTA, S. (2009). La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud colectiva*, 5(1), 63-85.
- ROSENBERG, P., KANO, M., LUDFORD, I., PRASAD, A., & THOMSON, H. (2016). *Global report on urban health: Equitable, healthier cities for sustainable development*. World Health Organization.
- STELLMAN, J. (1999). *Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Publicaciones.
- SPINELLI, H. (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*. 6(3), Pp. 275-293.
- Torres, M. (2008). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud*, 29.
- ZOLLA, C. et al. (1992). Medicina tradicional y enfermedad. En: Campos Navarro, R. (ed.), *Antropología Médica en México: Vol. 2*. 71-104. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Otras fuentes:

Primera Encuesta de Prevalencia de Asma en población de 20 a 44 años en Argentina:  
[http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000821cnt-2015-11\\_resumen-ejecutivo-ASMA-2015.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000821cnt-2015-11_resumen-ejecutivo-ASMA-2015.pdf)

Mapa de asentamientos. ONG TECHO. 2013:  
<http://www.mapaasentamientos.com.ar/pages/map.php>

Mapa de asentamientos. ONG TECHO. 2016:  
[http://relevamiento.techo.org.ar/?latlng=-27.367937115936943,-55.94474315643311&z=15&l=mapa&f=2&y=r2016&chart=0&table=0&details=1&detailsTab=1&nid=te\\_000447](http://relevamiento.techo.org.ar/?latlng=-27.367937115936943,-55.94474315643311&z=15&l=mapa&f=2&y=r2016&chart=0&table=0&details=1&detailsTab=1&nid=te_000447)