

--	--	--

Narraciones y representaciones sociales sobre la diabetes de los profesionales y los usuarios de un centro de salud municipal, Distrito Noroeste de la ciudad de Rosario.

Mg. Rosana Zanón

**Doctoranda del Doctorado en Humanidades y Artes, Mención en Antropología
Universidad Nacional de Rosario, 2019**

Introducción

El presente trabajo es una síntesis de algunos aspectos de mi Tesis de Maestría en Salud Pública, del Instituto de la Salud Juan Lazarte, Centro de Estudios Interdisciplinarios, Universidad Nacional de Rosario, aprobada en abril de 2018.

La diabetes mellitus es una de las enfermedades crónicas de mayor relevancia epidemiológica en los países centrales como también en Latinoamérica y en nuestro país, en los que la problemática de la adherencia a los tratamientos es uno de los problemas fundamentales.

Las complicaciones crónicas de la enfermedad dan cuenta de la magnitud de mortalidad y morbilidad producto de la diabetes. Muchas veces se asocia el control de la diabetes a la buena educación de los pacientes, considerada dentro del campo de la medicina a la adherencia al tratamiento, esto implicaría la aplicación de las medidas farmacológicas para evitar las complicaciones agudas y disminuir la progresión de las complicaciones crónicas, por lo tanto las recomendaciones terapéuticas son el adecuado control de la glicemia, el tipo de dieta, la actividad física, aunque resulta un reduccionismo culpabilizar al paciente, convirtiéndolo en el único responsable de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico, a la dieta y a la actividad física.

Así la adherencia al tratamiento es un aspecto integral de la gestión de la enfermedad para los pacientes con enfermedades crónicas. Pensamos que las dificultades sociales que los pacientes tienen en el manejo de la diabetes en el día a día se relacionan con la complejidad de sus vidas y coincidimos con Conrad, P. (1985:29)¹ quien propone explorar la experiencia subjetiva de quienes viven con y a pesar de la enfermedad. Adherimos a la propuesta de Conrad, es

¹ Traducción propia.

--	--	--

superador, nos adentra en el campo propio de este tema, que es un campo subjetivo más que médico y que portar una enfermedad no hace al “ser del diabético”. Rompe absolutamente con la estigmatización, reenvía al terreno más profundo de la subjetivación, donde tener una enfermedad no hace al ser de un sujeto. Implica focalizarse en los significados de la enfermedad, la organización de la cotidianeidad del paciente y las estrategias para afrontar la nueva situación de vida. Apunta a que estas personas gestionen la enfermedad en todos los ámbitos de la vida: familiar, laboral, de tiempo libre..., no como pacientes sino como actores sociales. Este enfoque legitima el notable trabajo que deben realizar las personas que padecen una enfermedad crónica, en pos de reorganizar la cotidianeidad. Aunque esto no es a solas, es entre otros, con la propuesta del equipo de salud, con la que hemos insistido en este desarrollo. Nos dimos este trabajo en el transcurso de esta investigación y estamos en condiciones de sostener la gran importancia de la narrativa y su estatuto en el transcurso de los tratamientos.

Pacientes diabéticos que concurren al subsector público de salud, hombres y mujeres, trabajadores y trabajadoras formales e informales, amas de casa. Médicos y Médicas Generalistas y Especialistas en Nutrición, Enfermeras, Farmacéuticas, Licenciadas en Nutrición, Psicólogas, Odontólogas, Trabajadoras Sociales. Todos son actores sociales en el contexto de un barrio con su centro de salud producto del desarrollo de la red de salud municipal y de la descentralización de la ciudad en seis distritos, con la participación comprendida como instrumento de democratización de las instituciones, con sujetos que se animan a expresar lo que piensan, sienten y desean y se exponen a debatir y sellar acuerdos en un marco de referencia compartido. Personas que se vinculan cotidianamente en el territorio, son los trabajadores de la salud y la población, espacio potente ya que allí transcurre la vida de la población a la que los problemas de salud afectan, permite diseñar lo que se hace a partir de una identificación de problemas.

Los padecimientos que la enfermedad conlleva y sus representaciones se observan y se comprenden en la acción. Al compartir con los actores sus significados, como investigadores hemos podido recorrer el camino de esa construcción de lógicas que organizan sus conductas.

El presente trabajo tiene como objetivo describir los saberes y prácticas sobre el tratamiento de las personas que padecen diabetes mellitus a partir de las narraciones y representaciones sociales de los pacientes y del equipo de salud, en un centro de salud municipal ubicado en el Distrito Noroeste de Rosario.

Contexto histórico, social y político

		2
--	--	---

--	--	--

Las políticas de salud en la provincia y el municipio, han atravesado vicisitudes tanto locales como nacionales que a lo largo de los años condujeron a la configuración de un sistema de salud fragmentado y con la presencia de programas nacionales y provinciales focalizados.

Además, durante las décadas del 70 y 80, la ciudad sufrió una significativa reducción de la presencia del subsector público en números absolutos y relativos “restringiendo no solo el control sino también el gasto en el subsector público” (Testa, 2014:179), a expensas del crecimiento sostenido de los otros subsectores y se incorporaron nuevas modalidades de financiamiento asistencial.

En 1993 se produce la transferencia de los hospitales públicos desde la administración nacional a las provincias. Con relación a la provisión pública, es conveniente aclarar que, en la particular organización federal existente en Argentina, la Constitución Nacional define las potestades federales y concurrentes, dejando todo aquel poder residual no especificado a cargo de los gobiernos provinciales. Al Ministerio de Salud de la Nación (actual Secretaría) le corresponde la conducción del sector, en su conjunto, a través del dictado de normas y del diseño de programas y ejecución de acciones. Sin embargo, dada la estructura federal del país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en materia de políticas de salud, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo. Esto motiva que la mayor parte de responsabilidades en la provisión de servicios se encuentre a cargo de gobiernos provinciales. A su vez la relación con gobiernos locales o municipales es establecida de manera autónoma en cada provincia, por lo que hay una variada gama de formas de organización municipal a lo largo del territorio argentino.

La experiencia de gobierno desarrollada por la Municipalidad de Rosario durante los últimos 29 años, incluye de manera singular su componente de salud pública, concebida como una red de servicios basadas en la Atención Primaria de la Salud, como estrategia para organizar el sistema de modo tal que permita a la comunidad conocer y tomar acciones sobre los determinantes en salud, lo que significa que el centro se coloca en la población. En 1990 se crea la Dirección de Atención Primaria con origen en el decreto municipal N.º 769 y en el año 1993 obtuvo la asignación presupuestaria específica en contraposición a las lógicas neoliberales de la época.

La estructura de la red de atención municipal contempla niveles de complejidad establecidos en base a recursos técnicos con los cuales cuentan los efectores de salud. Parte de la organización de la red se basa en la organización distrital de la ciudad. Si bien los seis

		3
--	--	---

--	--	--

distritos son posteriores al armado de la red de salud, ésta se monta al nuevo diseño municipal.

En los últimos años comenzó en la ciudad, un proceso de integración entre los subsistemas públicos provincial y municipal, que aún se encuentra en fase incipiente, si bien se han logrado algunas articulaciones respecto de distribución de recursos y modalidades de organización de los efectores.

En este contexto, en el campo de la Salud Pública Municipal, se han producido cambios políticos que aspiran a generar un modelo de salud integral más equitativo y participativo priorizando actividades de promoción y prevención de la salud por sobre la cura de emergencia.

Políticas de Salud Pública

El 15 de diciembre de 2003 la Provincia de Santa Fe adhiere a la Ley Nacional N.º 23.753/89 referida a la enfermedad diabética y a su reglamentación aprobada por decreto N.º 1271/98, de conformidad a lo establecido en la presente ley,² establecen las facultades específicas del Ministerio de Salud en materia de prevención y asistencia en relación a la diabetes y a asegurar a todos los pacientes los medios terapéuticos y de control evolutivo de dicha enfermedad.

Aunque en los hechos la Ley ordena el aprovisionamiento de las tiras reactivas para el autocontrol de la glucemia, así como la provisión gratuita de las distintas insulinas e hipoglucemiantes orales y la provisión gratuita de material descartable para la administración de insulina y de otros medicamentos y demás elementos considerados indispensables para el tratamiento adecuado de la diabetes, en la realidad de la vida cotidiana de los pacientes diabéticos, sigue implementándose irregularmente. Damos cuenta de la inequidad en su dimensión más amplia, ya que garantiza parcialmente la utilización efectiva de los servicios de acuerdo a las necesidades de la población (prácticas y servicios que hagan lugar a la diferencia, subjetivas, sociales y culturales). En el ámbito oficial, la inequidad en la administración de los recursos financieros y humanos, que excluyen la capacidad de leer las heterogeneidades en las condiciones de vida de la población. En palabras de Breilh (2015:216), “La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso, sino al proceso

² Disponible en línea www.santafe.gov.ar . Consultado el 19 de julio de 2019.

--	--	--

intrínseco que la genera. La inequidad alude al carácter y modo de devenir de una sociedad que determina el reparto y el acceso desiguales (desigualdad social) que es su consecuencia”, entonces la desigualdad es la expresión observable de una inequidad social.

Debemos subrayar que nuestro análisis del Programa de Diabetes refiere al material descripto, además está fundamentado en las Leyes y Decretos vigentes.

Descripción del centro de salud y conformación del equipo

El centro de salud está ubicado en el Distrito Noroeste de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. El barrio no es homogéneo, sino que posee matices en lo edilicio; en los servicios sanitarios, así como en la conformación de la población. El barrio está atravesado por una cantidad de problemas actuales que replican en diversas partes de la ciudad. Atiende de lunes a viernes de 7 hs. a 19 hs. Cuenta con cinco consultorios, farmacia, enfermería, la sala de espera, una oficina de administración, el salón de usos múltiples, un jardín de invierno, el patio, un baño público y un baño para el personal. No posee cloacas, tiene servicios de luz eléctrica, teléfono, gas y agua potable.

El equipo de salud está compuesto por el Médico Generalista Jefe a cargo del centro de salud, cuatro Médicos Generalistas y una Médica Pediatra de referencia, la Médica Generalista y de Familia Postgraduada en Nutrición, tres Médicos Residentes, cuatro Enfermeros, una Farmacéutica, una Pasante de Farmacia, una Odontóloga, un Médico Psiquiatra, una Psicóloga, una Trabajadora Social, un Kinesiólogo, dos Administrativos y una persona contratada para la Seguridad.

Por su parte el centro de salud concentra las necesidades de la población de las diversas áreas del barrio, contabilizando cinco mil Historias Clínicas Familiares, siendo que cada grupo familiar se presume que consta de cuatro personas, por lo tanto, acuden unas veinte mil.

Para acceder a la consulta los pacientes adscriptos al centro de salud solicitan un turno cuya demora es de un día a una semana, igualmente cada médico atiende por día a los pacientes con turno e intercalado a los pacientes que llegan espontáneamente al centro de salud. Si la consulta genera la prescripción de medicamentos bajo Programa de Diabetes, los pacientes los retiran en la farmacia con la sola presentación del carnet de tratamiento crónico, que se renueva una vez por año.

--	--	--

Referentes teóricos

De acuerdo a lo trabajado en los apartados anteriores, surge la necesidad de establecer las categorías fundamentales que organizan esta propuesta. Las mismas son pertinentes al tratamiento que se pretende dar a la problemática planteada y que han sido elaboradas con profundidad por la investigación del campo de la antropología médica.

En este sentido, por saberes y prácticas médicas "...nos referimos a las representaciones y prácticas organizadas como un saber que opera a través de curadores o sujetos y grupos legos" (Menéndez, 2009:25), proponemos manejar el saber médico en términos de representaciones y prácticas técnicas constituidas a partir de los grupos de socialización y acción profesional.

Como se ha dicho, este trabajo consiste en una indagación a cerca de las narrativas de pacientes y médicos. Siguiendo a Grimberg, M. (2009), consideramos que las narrativas son relatos sobre eventos vividos que las personas representan, comunican y (re) construyen en la misma escena de la interacción o como parte ineludible de ella. Hacemos eje en las narrativas, como una vía de acceso a la experiencia entendida como una dimensión en el estudio de la construcción social de los padecimientos en tanto subjetiva, histórica, socialmente construida y como organizadora de prácticas sociales. Por lo tanto, las narrativas de pacientes y médicos conforman el núcleo de nuestra indagación, dado que sus palabras ponen de relieve sus posiciones y conflictos.

En la teoría social, se reconoce a Emile Durkheim como el pionero en el estudio y la definición de las representaciones sociales. Señala De Souza Minayo, C. (2004:134),

...en la concepción de Durkheim, es la sociedad que piensa, por lo tanto, las representaciones no son necesariamente conscientes del punto de vista individual. Así, de un lado ellas conservan siempre la marca de la realidad social donde nacen, pero también poseen vida independiente y se reproducen teniendo como causas otras representaciones y no sólo la estructura social.

Un exponente de las posiciones críticas, Castellanos, P. (1990) ha mostrado que los fenómenos de salud-enfermedad ocurren y pueden ser definidos y explicados en diferentes dimensiones de determinación y condicionamiento (cada uno con sus propias leyes): el de lo singular, de lo particular y de lo general.

		6
--	--	---

--	--	--

El proceso s/e/a es múltiple y complejo, en cuanto a que se entrelazan relaciones políticas, culturales, económicas y sociales. Entonces para dar cuenta de algunos aspectos de dicha complejidad, se apela a las narrativas de los pacientes y el equipo de salud porque ellas permiten acceder a las experiencias en torno al mayor o menor grado de adherencia al tratamiento de esta enfermedad crónica.

Resultados

En las narrativas de los algunos pacientes, en relación a la adherencia, se ponen de manifiesto el abandono del tratamiento y este acto transgresor suele ser aceptado por el paciente como una identidad estigmatizada y a la vez corroboran lo que escuchan del sistema médico. Hemos recogido esta narrativa³ que abona lo que venimos describiendo: “Me cuesta dejar la bebida, la comida y las drogas. La doctora me dice que ando muy nervioso, por eso este domingo voy a la iglesia a prometer que dejo todos estos vicios...” (Darío, entrevista realizada el miércoles 21/12/16 en su casa).

Acordamos en hablar de estigma en términos de relaciones, no de atributos, al respecto Goffman, E. (2015:172) sostiene,

...las inestabilidades resultantes de la interacción pueden tener un efecto sumamente penetrante sobre aquellos a quienes se le otorga el rol de estigmatizado. Sin embargo, la indeseabilidad percibida de una pertenencia personal particular y su capacidad para disparar estos procesos de normalidad y estigmatización, tiene una historia propia, historia que es regular e intencionalmente modificada por la acción social.

El término de estigma, el mismo autor nos da la pista de no tomarlo como una cualidad. Lo lleva al campo de lo social y su regulación propia. A nuestro juicio, esto no exceptúa del valor estigmatizante.

Presentamos un fragmento de las narrativas de una paciente donde queda representado el malestar, donde siempre se presenta, de una manera o de otra y esto nos hace correrlos de la idealización en que se cae respecto de adherencia, la que siempre es relativa y del malestar, que de un modo u otro siempre está presente: “Dejar el mate con azúcar no puedo, pero después de tomar unos cuantos me doy cuenta que no estoy bien o si como un biscocho, no

³ Todos los entrevistados fueron debidamente informados acerca de los objetivos y del alcance de la investigación, y en todos los casos obtuvimos su consentimiento previo. Acordamos mantenerlos en el anonimato, es por eso que sus nombres reales son reemplazados nombres ficticios.

--	--	--

estoy bien... creo que se me sube la diabetes” (Rita, entrevista realizada el sábado de 10/12/16 en su casa).

No hay ser de la diabetes, por lo tanto, la adherencia siempre es relativa a cada sujeto. Ante la interrupción en la vida cotidiana producida por esta enfermedad, que no se cura, la actitud de las personas con las que hemos trabajado tiene que ver con los significados de la diabetes más allá de la comprensión del discurso biomédico y sobre todo preocupados por componer sus saberes, experiencias y sentires. Desde las prácticas y saberes del equipo de salud se apela al saber del paciente como elemento primordial para el manejo de su enfermedad, pero en la realidad se comprueba que más conocimiento no influye en su conducta. Se trabaja con una lógica que hace a la relación causa-efecto, pero no funciona así en los sujetos, sino por procesos en que el paciente toma la situación, la niega, la reniega, la vuelve a tomar, son idas y vueltas que tiene que ver con el proceso propio de hacerse cargo de un tratamiento que cuesta mucho entenderlo en la lógica del modelo biomédico.

Hay un común denominador en la mayoría de los pacientes entrevistados: la falta de recursos económicos les impide acceder a alimentos saludables como nos relata esta paciente: “Hoy en día como menos y solo lo que puedo comprar... las verduras y los lácteos sin azúcar son inaccesibles para mí” (Rosana, entrevista realizada el miércoles 10/08/16 en su casa).

Una gran parte de la población adscripta al centro de salud vive hacinada, con lazos sociales fracturados, con conflictos familiares, barriales y que se manifiestan de forma diferente: algunos pacientes parecen tomar decisiones basados en saberes adquiridos, siguiendo las propias percepciones corporales que provienen de sus experiencias personales, a veces puestas en diálogo con las experiencias y percepciones de otros pacientes.

Los sentidos que le da esta paciente a la diabetes: “...la enfermedad del hambre, porque te cortan en pedacitos [mutilación]. ¿De dónde saco ganas para seguir viviendo? No sé, pero la pelea” (Gina, entrevista realizada el lunes 24/08/15 en el taller de Alimentación Saludable).

La mayoría de los pacientes entrevistados, relacionan la diabetes con mutilación, “te cortan en pedacitos” de tal modo que no identifican a la enfermedad con sobrevida, pero con sus palabras demuestran su posibilidad deseante de existir.

La validez inferencial de los testimonios recogidos da cuenta que, frente al sufrimiento psíquico, las políticas de salud y las prestaciones médicas estatales son siempre insuficientes.

		8
--	--	---

--	--	--

Los significados del equipo de salud sobre la diabetes se manifiestan en sus narrativas, don-de percibimos como, la fuerza del modelo biologicista, persiste: “En general los pacientes con diabetes comparten dos factores: los antecedentes familiares y el sobrepeso” (Gonzalo, 15/05/15).

En su obra fundamental, Almeida Filho (2000:84) nos explicita, “El concepto de enfermedad tiene su origen identificado con la clínica” y agrega, “Históricamente, tres concepciones aparecen como alternativas de especificación del objeto propuesto enfermedad: la concepción ontológica, la concepción dinámica y la concepción sociológica del rol del enfermo”. Con respecto a la tercera concepción de la enfermedad, el *PhD*⁴ brasilero nos aclara,

La teoría de la sociología médica abre una distinción entre enfermedad (*disease*), conjunto de eventos físicos, biológicos y psíquicos con existencia objetiva y mal o dolencia (*illness*), estado subjetivo experimentado por el individuo encuadrado en el papel de enfermo. Recientemente, algunos antropólogos propusieron que los elementos sociales del proceso s/e/a configuran un tercer concepto, el de *sickness*, conjunto de respuestas comportamentales y reaccionales del individuo enfermo ante los encuadres sociales de su enfermedad, o sea *sickness* incorpora la sustancia del papel del enfermo (2000:87).

Ante el proceso complejo de la construcción de la enfermedad, la epidemiología se constituye en uno de los pilares de la Salud Pública.

Partimos del supuesto de que el saber médico, cargado de cuestiones que tienen que ver fundamentalmente con el mundo de la clínica en el que muchas veces se excluye lo emocional, lo histórico, lo social y lo cultural respecto a determinados problemas de salud, en virtud de una serie de características que orientan la interpretación y la acción médica. Sin embargo, zanján estas cuestiones acentuando la causa de la misma al aspecto biológico.

Las construcciones que se hacen del motivo sobre el origen de la enfermedad son heterogéneas. Existe una resistencia a la noción de proceso, mientras se insiste en aislar factores causales de la enfermedad.

En relación a las representaciones sociales del equipo de salud, sobre las condiciones de vida de los pacientes, nos hemos servido de la transmisión oral de la Psicóloga: “Por otro lado, creo que el hecho de no conseguir trabajo como medio de subsistencia y las condiciones de habitabilidad en zonas precarias como este barrio donde hay un bunker de droga en cada

⁴ *PhD* que significa *Philosophy doctor*, doctor en filosofía, pero que se designa a todo tipo de doctores de humanidades, desde el sociólogo hasta el profesor de griego.

--	--	--

media cuadra y que también lleva a que la gente tenga conflictos con la ley” (Susana, Psicóloga, 26/12/16).

Coincidimos con la Psicóloga que el hecho de no conseguir el tan anhelado trabajo es desbastador para la subjetividad y que va a contrapelo de situar la causa, la causa no se puede objetivar, no hay causa objetiva. De las personas con diabetes adscriptas al centro de salud que cuentan con trabajo precario, no todas tienen asistencia pública estatal. Se observa que esta distribución de los subsidios parece tener un carácter no universalista, debido a los manejos discrecionales que realizaron los gobiernos en sus diferentes niveles.

La aprehensión del equipo de salud sobre la alimentación saludable como uno de los pilares del tratamiento de la diabetes, nos permitió enraizar en este tema. Por ello, apoyándonos en el discurso de uno de ellos, damos a conocer su testimonio: “Es una encerrona trágica, porque un alimento es saludable para el paciente si es accesible” (Gonzalo, 15/05/15).

Se acorta enormemente el horizonte del futuro con la angustia respecto de insatisfacciones. Las insatisfacciones no son solo de orden psíquico, también están arraigadas en la historia de cada sujeto y no da margen para pensar en un futuro ni a una semana, ni a un mes, ni a un año. Concebimos que resulte muy difícil para los pacientes hacerles un lugar a un plan de alimentación saludable que contemple el tratamiento de una enfermedad crónica cuando no tienen las necesidades básicas satisfechas.

En este sentido, la pretensión del abordaje integral de la enfermedad estaría dada a partir de la realización de talleres, que si bien son poblacionales tienen un bajo impacto, porque observamos y el mismo equipo reconoce, que no participa la población destinataria de ese pilar del tratamiento. A menos que se tomen en consideración los aspectos sociales intervinientes, para el equipo de salud los pacientes “no se involucran”. Aquí radica la importancia de conocer las representaciones de los actores, porque en el tratamiento de las enfermedades crónicas confluyen información biomédica y elementos del marco sociocultural (Menéndez, 2009). La brillantez del maestro argentino la encontramos plasmada en el discurso de los pacientes que hemos entrevistado.

Consideraciones finales

		10
--	--	----

--	--	--

Quisiera concluir con algunas observaciones: el objetivo de demostrar la influencia de las condiciones de vida de los pacientes con diabetes mellitus en la aceptación del tratamiento me ha abierto una vertiente de análisis local sobre el problema. Siguiendo el desarrollo conceptual de Castellanos que se mencionara en el marco teórico, en la preocupación de operacionalizar el concepto de condiciones de vida, considerando que estas son el conjunto de procesos que caracterizan y reproducen la forma particular de participar de cada grupo de población en el conjunto de la sociedad, es decir en la producción, distribución y consumo de bienes y servicios que dicha sociedad ha desarrollado y además en las relaciones de poder que caracterizan su organización política. La pobreza, la insalubridad, la violencia y tantos otros males definen este espacio perteneciente al barrio del centro de salud, ubicado en el Distrito Noroeste de la ciudad de Rosario, que se construye y reconfigura permanentemente, donde asechan las enfermedades y la muerte.

En esta investigación interpretamos junto a Carracedo, E., *et al.* (2005) que los conjuntos sociales realizan frente a los padecimientos diversas estrategias que incluyen significaciones y prácticas como consecuencia de sus representaciones socio-culturales de su grupo y las experiencias propias de los sujetos. Frente a esos problemas de salud, los pacientes organizan respuestas sociales, como un modo de vincularse con la comunidad, en un tiempo y en un territorio, transmitir sus experiencias mediante narraciones y llevar adelante su enfermedad con carácter de proceso.

Ampliar el enfoque, más allá de los pilares del tratamiento diabetológico que los pacientes deben cumplir, me ha posibilitado aproximarme al entramado de desigualdades, estigmatizaciones y miedos por el cual la vida de estos sujetos con diabetes se configura en una fuerte tensión entre las complicaciones diabéticas que los puede llevar a la muerte y el deseo de vida. De ahí que mis resultados muestren a los pacientes diabéticos con una enfermedad a la que consideran invasiva, que destruye silenciosamente y a los que les resultan inaccesibles las recomendaciones médicas.

Entonces, la categoría no-adherencia (Saslavski, 2007) a los pilares del tratamiento, donde el paciente es visualizado más como una víctima de circunstancias adversas que, como un transgresor, es preciso considerar que estas pautas modifican hábitos muy arraigados a sus condiciones de vida, propios de su contexto sociocultural, instándolos a producir cambios en las actividades del hogar o en su rutina laboral.

--	--	--

El equipo debería reconsiderar la antítesis del estímulo-respuesta, el saber a cerca de la enfermedad y el tiempo y partir de ese supuesto como proceso, donde el equipo de salud acompaña, sin sancionar para no poner a los pacientes en el lugar del fracaso continuo. Como también se vio, el tratamiento diabetológico que ofrece el Sistema de Salud Pública por sí solo no ha logrado minimizar en lo más ínfimo la realidad de las incertidumbres cotidianas de los pacientes de sectores sociales vulnerables.

Referencias bibliográficas

ALMEIDA FILHO, Naomar. 2000. *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*, Buenos Aires: Lugar Editorial.

BREILH, Jaime. 2015. *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. 1ª ed. 4ª reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial.

CARRACEDO, Elida; IGLESIAS, Paola y SARACENI, María Laura. 2005. *Significaciones sobre el proceso de salud/enfermedad/atención y las políticas en Salud Pública*. Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes. Universidad Nacional de Rosario. Presentado en el 1º Congreso Latinoamericano de Antropología, Rosario, Argentina.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Sobre el concepto de Salud Enfermedad. Descripción y explicación de la situación de Salud. *Boletín Epidemiológico Organización Panamericana de la Salud*. 1990; vol.10, N.º 4, pp. 1-7.

CONRAD, Peter. The meaning of medications: another look at compliance. *Social Science & Medicine*. 1985; vol. 20, N.º 1, pp. 29-37.

DE SOUZA MINAYO, María Cecilia. 2004. *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

GOFFMAN, Erving. 2015. *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

GRIMBERG, Mabel. 2009. *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos: miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad, el dolor crónico*. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.

MENÉNDEZ, Eduardo. 2009. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. 1ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial.

--	--	--

SASLAVSKI, Liliana. 2007. *¿Por qué no se cura (todavía) la diabetes?: un abordaje antropológico de la enfermedad considerada la epidemia del siglo XXI*, 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Antropofagia.

TESTA, Mario. 2014. *Pensar en salud*. 1ª ed. 6ª reimp. Buenos Aires: Lugar Editorial.

		13
--	--	----