R E A Revista de la Escuela de Antropología

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

Revisión de tres abordajes socio-antropológicos para el estudio del cuidado de la salud de personas con enfermedades de larga duración

Lucía Genzone
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Universidad Nacional de Misiones
Argentina
lgenzone.94@gmail.com
https://orcid.org/0000-0002-2696-927X

RESUMEN

El presente artículo busca dar cuenta de los matices y rasgos comunes entre tres orientaciones teóricas de la antropología de la salud y de los estudios sociales en torno a los cuidados que analizan las formas en que las personas con enfermedades crónicas cuidan de su salud. La selección de los referentes teóricos se vincula a dimensiones que se tornaron relevantes a la hora de indagar en las prácticas de atención y cuidado de la diabetes mellitus. De acuerdo a esto, el primero de los enfoques ubica a las prácticas de autocuidado dentro de procesos más amplios. El segundo abordaje abarca los trabajos centrados en la interdependencia de las prácticas de cuidado y en los nexos que se efectúan entre las familias, el mercado, las organizaciones sociales y las agencias estatales. Y la tercera perspectiva teórica enfatiza en el análisis de las prácticas de reducción del daño recuperando las representaciones sociales sobre el riesgo y la vulnerabilidad. Se concluye que estas tres perspectivas convergen en discutir las antinomias entre individuo/sociedad y capacidad de agencia/reproducción social, a partir de vincular aspectos históricos y estructurales, con las formas situadas en que las personas conciben los procesos de salud/enfermedad y actúan conforme a ellos.

PALABRAS CLAVE

Autocuidado, Reducción del riesgo, Prácticas de cuidado, Antropología de la salud

Artículo libre

R
E A

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

Review of three socio-anthropological approaches to the study of health care practices among people with long-term illnesses

ABSTRACT

This article seeks to account for the nuances and shared features between three theoretical approaches in medical anthropology and social studies on cares that examine how people living with chronic illnesses care for their health. The selection of these theoretical references is linked to dimensions that became relevant for investigating diabetes mellitus care and caregiving practices. Accordingly, the first approach places self-care practices within broader processes. The second approach encompasses studies focused on the interdependence of care practices and on the linkages forged among families, the market, social organizations, and state agencies. The third theoretical perspective emphasizes the analysis of harm reduction practices by recovering social representations of risk and vulnerability. It is concluded that these three perspectives converge in discussing the antinomies between individual/society and agency/social reproduction, by linking historical and structural aspects with the situated ways in which people understand health/disease processes and act consequently.

KEYWORDS

Self-care, Risk Reduction, Care practices, Medical Anthropology.

Revisão de três abordagens socioantropológicas para o estudo da assistência à saúde de pessoas com doenças de longa duração

RESUMO

Este artigo busca explicitar as nuances e semelhanças entre três abordagens teóricas em antropologia da saúde e estudos sociais sobre o cuidado que analisam os modos pelos quais as pessoas com doenças crônicas cuidam de sua saúde. A seleção de referenciais teóricos está vinculada a dimensões que se tornaram relevantes na investigação de práticas de cuidado em diabetes mellitus. Nesse sentido, a primeira abordagem situa as práticas de autocuidado em processos mais amplos. A segunda abordagem abrange trabalhos focalizados na interdependência das práticas do cuidado e as conexões entre famílias, mercado, organizações sociais e agências estatais. A terceira perspectiva teórica enfatiza a análise das práticas de redução de danos, recuperando as representações sociais de risco e vulnerabilidade. Se conclui que essas três perspectivas convergem na discussão das antinomias entre indivíduo/sociedade e na capacidade de agência/reprodução social, ao vincular aspectos históricos e estruturais com as formas situadas pelas quais as pessoas concebem os processos de saúde/doença e agem em conformidade.

PALAVRAS-CHAVE

Autocuidado, Redução de risco, Práticas de cuidado, Antropologia da Saúde

R E A Revista de la Escuela de Antropología

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

FECHA DE RECIBIDO 21/01/2025
FECHA DE ACEPTADO 24/08/2025

COMO CITAR ESTE ARTICULO
Genzone, L. (2025) Revisión de tres abordajes socio-antropológicos para el estudio del cuidado de la salud de personas con enfermedades de larga duración. Revista de la Escuela de Antropología, XXXVII, pp. 1-23. DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

Introducción

Reducir el consumo de alimentos ultraprocesados, realizarse chequeos médicos regulares, mantener una red social de apoyo y contención, dormir entre siete a nueve horas o practicar actividades relajantes, son algunas de las muchas acciones que realizan las personas cotidianamente para mantener o mejorar su salud, prevenir enfermedades o afecciones, reducir daños y aliviar el sufrimiento. Todas estas actividades nos hablan de prácticas de cuidado personal constituidas sobre la base de discursos que distinguen "lo bueno" de "lo malo", "lo normal" de "lo patológico", y que establecen relaciones entre sujetos, instituciones y tecnologías (Rose, 2012).

En las últimas décadas, las actividades de cuidado han cobrado un gran interés en las ciencias sociales. Diferentes procesos de transformación social, como el urbanismo, la globalización, la medicalización, la flexibilización laboral, los brotes de enfermedades a escalas regionales y globales, y las luchas de los movimientos sociales "minoritarios", como por ejemplo el colectivo feminista, impulsaron la proliferación de los estudios que adoptaron diversas perspectivas para abordar las estrategias de cuidado personal (Anzorena, Schwarz y Yañez, 2021; Mol, 2008; Domínguez-Mon, 2017; Schwarz, 2020). El objetivo de este artículo es explorar los aportes de distintas orientaciones teóricas de la antropología de la salud y de los estudios sociales en torno a los cuidados, para problematizar las formas en que las personas se cuidan, en especial aquellas que sufren de algún padecimiento crónico. Concretamente, me interesa dar cuenta cómo estas prácticas son configuradas

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

y los aspectos donde los diferentes enfoques ponen el acento.

Para esto, a lo largo del artículo presento tres perspectivas teóricas que se vinculan a las dimensiones que se tornaron significativas en la investigación que estoy desarrollando actualmente en la ciudad de Posadas (Misiones-Argentina), la cual tiene por propósito indagar en las prácticas y sentidos de la atención y el cuidado de la diabetes mellitus.[1] Precisamente, las continuidades y tensiones entre las recomendaciones médicas y las prácticas de cuidado que los sujetos efectúan en su cotidianidad, me llevaron a revisar los estudios que ubican a las prácticas de *autocuidado,* dentro de procesos más amplios denominados de *autoatención*. En segundo lugar, la conformación de redes de ayuda entre personas con diabetes, familiares, asociaciones civiles y equipos de salud me condujo a ahondar en los trabajos centrados en la interdependencia de las prácticas de cuidado y en los nexos que se efectúan entre los sujetos, el Estado, el mercado y la sociedad civil. Por último, la frecuente mención por parte del equipo de salud como de los pacientes respecto a las múltiples amenazas o "riesgos" a los que están expuestos a consecuencia de los desequilibrios glucémicos, me llevó a explorar los estudios que analizan las prácticas de *reducción del riesgo*.

Cabe señalar que no pretendo presentar los enfoques descriptos como excluyentes o como las únicas perspectivas de abordaje de la problemática sino que me interesa, a modo heurístico, reparar en las dimensiones que cada uno enfatiza para analizar las dinámicas sociales implicadas en los *procesos de autoatención* de personas que viven con una enfermedad crónica.

Orientaciones teóricas sobre los procesos de cuidado de la salud

Las investigaciones sobre las prácticas de cuidado personal se vinculan con áreas de estudios más amplias dentro de la antropología social y, en particular, de la antropología de la salud, que indagan

1 La diabetes mellitus es definida desde la biomedicina como un conjunto de enfermedades metabólicas crónicas que se caracterizan por la presencia de niveles elevados de azúcar en sangre o hiperglucemia, debido a defectos en la secreción de insulina y/o de la acción de dicha hormona en los órganos y tejidos del cuerpo.

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

sobre los procesos de salud/enfermedad y en las discusiones teóricas en torno a la noción de *cuidados.* En efecto, desde momentos iniciales de la disciplina los antropólogos se han interesado por los rituales y las diferentes maneras en que los grupos sociales enfrentan los malestares. Dichas prácticas que son posibles de rastrear desde tiempos inmemoriales y que se vinculan a la búsqueda por la supervivencia, fueron consideradas por algunos investigadores como formas para satisfacer las necesidades básicas humanas.[2]

En tal sentido, Malinowski (1984) reconoce que la satisfacción de las mismas supone la relación entre factores ambientales y acciones de los sujetos, estando dicha relación atravesada por prácticas culturales que requieren de la organización de los individuos. Estudios más recientes como los de Esteban (2003, 2017), ubican a las prácticas de cuidado cotidianas dentro del *proceso de salud/enfermedad/atención* el cual, retomando a Menéndez (1994), alude a un fenómeno universal y estructural que abarca las representaciones sobre los padecimientos, las respuestas sociales hacia los mismos y la generación e instauración de saberes para enfrentarlos, convivir o solucionarlos.

Asimismo, las investigaciones en torno a los *cuidados* comenzaron a tomar relevancia a partir de los últimos 50 años, en el marco de los debates públicos y procesos de reivindicación de grupos subalternizados ante las nuevas desigualdades sociales. Estos trabajos expusieron el dispar acceso de la población a los cuidados, la sobrecarga de este tipo de tareas en los ámbitos domésticos y laborales de las mujeres,[3] y la subordinación e invisibilización de los saberes, aprendizajes y estrategias implicadas para su soste-

Artículo libre

2 De acuerdo a la propuesta de Malinowski (1984) existen siete necesidades biológicas básicas: metabolismo, reproducción, bienestar corporal, seguridad, movimiento, crecimiento y salud. El autor aclara que la necesidad biológica de salud, atraviesa las anteriores seis ya que todas ellas refieren a la supervivencia y el bienestar. Estas necesidades guardan una estrecha relación con siete necesidades culturales que refieren al abastecimiento, parentesco, abrigo, protección, actividades, ejercitación e higiene.

3 Varias especialistas en la temática (Magliano, 2018; Borgeaud-Garciandía, 2018; Acciari, 2016; Couto et al., 2019; Anzorena, Schwarz y Yañez, 2021; entre otras), sostienen que la categoría mujeres no puede ser pensada como un colectivo homogéneo, sino que hay que estudiarlo de manera interseccional observando las diferencias según clase social, etnia y nacionalidad.

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

nimiento en las sociedades occidentales (Epele, 2012; Schwarz, 2020; Pérez-Bustos y Márquez, 2016; Comas-d´Argemir, 2014, 2019). Siguiendo a Batthyány (2020), a lo largo de los años la noción de *cuidados*, como categoría analítica, fue atravesando diversas reformulaciones. En las primeras investigaciones realizadas durante las décadas de 1960 hasta los 80, los cuidados cotidianos estaban integrados a las tareas domésticas las cuales eran atribuidas fundamentalmente a las mujeres. A medida que proliferaron los estudios se fue constituyendo un campo temático propio que congregó distintos enfoques teóricos como el de la economía de los cuidados, los centrados en el bienestar social, los que pensaban a los cuidados como un derecho y la perspectiva de la ética del cuidado (Batthyány, 2020). Y, si bien aún no existe un consenso respecto a lo que suponen dichas prácticas y cómo deberían ser abordadas, estos enfoques concuerdan que se trata de una pluralidad de actividades, remuneradas o no, que buscan contribuir en el bienestar de las personas, las cuales suponen la movilización de diferentes recursos –económicos, materiales, relacionales, cognitivos y emocionales–, y la interacción entre los integrantes de una familia, las organizaciones sociales, las instituciones del estado y el mercado (Borgeaud-Garciandía, 2018; Lorenzetti y Cantore, 2023; Araujo-Guimarães, 2024).

Particularmente, una serie de transformaciones sociopolíticas y económicas que condujeron al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas a partir de la década de 1980 y, con él, a la intensificación del *proceso de medicalización*,[4] hizo que las prácticas de cuidado personal cobraran un mayor interés entre los científicos sociales. En tal sentido y como sostiene Domínguez Mon (2017), los *cuidados* son considerados un eje clave para el control de las enfermedades de larga duración y para el mantenimiento del bienestar de las personas.

4 El fenómeno de la medicalización se refiere al proceso por el cual eventos cotidianos de la vida de las personas pasan a ser definidos y tratados como enfermedades o desórdenes (Meneu, 2018). Es importante señalar que no se trata de un proceso horizontal que actúa desde los agentes biomédicos a los sujetos, sino que abarca múltiples áreas, como la educativa, la familiar, la legislativa, la tecnológica, entre otras; donde también los conjuntos sociales participan activamente de la medicalización o desmedicalización de la vida (Conrad, 2007; Bianchi, 2019; Bianchi et al., 2016).

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

Teniendo en cuenta lo precedente y a partir de una serie de dimensiones que emergieron del análisis del material etnográfico sobre las prácticas de cuidado de la diabetes desarrolladas por las personas que la padecen, su red social de apoyo y el equipo de salud de uno de los hospitales públicos de la ciudad de Posadas durante los años 2020-2023, indagué en diversos abordajes teóricos sobre los cuidados de la salud. De hecho aspectos como las diferentes perspectivas sobre lo que implica el cuidarse entre médicos y pacientes, el seguimiento del tratamiento recomendado por parte del padeciente como una forma de "cuidar" y "colaborar" con quienes lo cuidan, la participación de diversos agentes en los cuidados –como asociaciones civiles, vecinos, amistades, equipos de salud y familiares–, y los sentimientos de vulnerabilidad que supone la convivencia con el padecimiento, se constituyeron en los puntos de partida para la revisión teórica y de antecedentes, cuyos aportes agrupo en los siguientes bloques: a. *El autocuidado integrado a la autoatención*, b. *El cuidado como tramas sociales de interdependencia* y, c. *Las prácticas de reducción del riesgo*.

a. El autocuidado integrado a la autoatención

Uno de los referentes de este abordaje es Eduardo Menéndez (2005, 2003, 1990), quien plantea que las diversas formas de atención de la salud/enfermedad podrían agruparse en tres modelos médicos: el *modelo médico hegemónico*, que en la mayoría de las sociedades refiere a la medicina científica o biomedicina; el *modelo médico alternativo subordinado*, que abarca una amplia gama de prácticas que son reconocidas popularmente como "tradicionales" o "complementarias"; y, el *modelo de la autoatención*, que incluye las prácticas de *autocuidado*, automedicación y un amplio abanico de acciones cotidianas que colaboran con el mantenimiento de la vida.

Este autor señala que la *autoatención* es realmente el primer nivel de atención y se orienta "directa, y/o indirectamente, a asegurar la reproducción biológica y social a partir de las unidades domésticas-familiares" (Menéndez, 1990: 90). Este modelo abarca múltiples prácticas basadas en experiencias individuales o colec-

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

tivas y en el ensamble entre saberes populares y expertos, que se orientan a la prevención, el diagnóstico y la atención de los padecimientos. Estas acciones son realizadas por el propio sujeto que padece o las personas allegadas a él –pudiendo ser familiares u otros miembros de su red social–, pero sin la intervención de un curador profesional (Menéndez, 1990, 2018).

Más aún, el autor distingue dos niveles o sentidos de prácticas y representaciones de la *autoatención*, aclarando que a nivel empírico difícilmente se puedan trazar límites precisos (Menéndez, 2003; Arenas-Monreal, Jasso-Arenas y Campos-Navarro, 2011). En un sentido amplio, la *autoatención* alude a todas las acciones que aseguran la reproducción de los grupos domésticos (como la preparación de platos, la obtención y utilización de agua potable, el aseo del cuerpo y del hogar, entre otras); mientras que en un sentido restringido refiere a todas aquellas actividades que se aplican intencionalmente al *proceso de salud/enfermedad/atención* (Menéndez, 2003, 2005, 2018).

Ahora bien, desde esta perspectiva teórica se señala que la noción de *autocuidado* o la *lógica del autocuidado* posee un marcado acento individualista influenciado por la ideología médica que lo sustenta, a diferencia de la categoría de *autoatención* que se constituye en base a acciones comunitarias (Del Mónaco, 2009, 2013; Menéndez, 2003, 2005; Epele, 1997). El concepto de *autocuidado* da cuenta de cómo la biomedicina se refiere al conjunto de acciones medibles, que son desarrolladas por los individuos en búsqueda de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud que siguen los criterios médicos. Sin embargo, como advierte Menéndez (2003) el modelo de la medicina científica mantiene una relación dicotómica con la *autoatención* ya que, por un lado, impulsa la realización de prácticas de cuidado personal para que la atención sea inmediata y se descompriman los centros de salud, pero por el otro, las sanciona fuertemente o ejerce un significativo rol disciplinador, como en el caso de la automedicación.[5]

Artículo libre

5 Menéndez (2018) advierte que las prácticas de autoatención pueden conducir a acontecimientos tanto positivos como negativos para la salud de las personas y, por esto, sugiere que el personal de salud reconozca la multiplicidad de acciones que realizan los sujetos e instruyan a la población (especialmente, en el uso correcto de los medicamentos), así como también que pueda interpretar de modo reflexivo los contextos sociales, políticos y económicos en los cuales se despliegan sus acciones.

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

A su vez, el *proceso de medicalización* (Menéndez, 2003) juega un rol central al promover e imponer la adopción de determinadas formas de vivir y maneras de cuidar de sí mismo (Del Mónaco, 2009; Epele, 1997). Este proceso, que es posible de observar más concretamente en las personas que tienen enfermedades crónicas, hace que la mayor parte del tratamiento no suponga la intervención directa de los médicos y que se desplace de los centros de salud a los escenarios cotidianos (Recoder, 2011; Del Mónaco, 2013). A esto hay que agregar que los hábitos diarios o *estilos de vida* previos al diagnóstico son concebidos por los agentes biomédicos como una de las posibles causas que contribuyen en la aparición de ciertos síntomas y desequilibrios fisiológicos, además de una variable compleja y decisiva a la hora de alcanzar los objetivos de los tratamientos y, por ello, son objeto de intervención y de cambio (Del Mónaco, 2013). Así, desde los equipos de salud tratantes, se espera que el paciente a partir del diagnóstico transite por un *proceso de expertización* del saber biomédico para que modifiquen sus conductas, evite factores de riesgo y desarrolle *estrategias de autocuidado* que impliquen el reconocimiento de síntomas y cómo responder ante esas situaciones (Arenas-Monreal, Jasso-Arenas y Campos-Navarro, 2011; Del Mónaco, 2009; Epele, 1997).

Cabe señalar que el concepto de *estilos de vida* primeramente fue pensado para comprender prácticas no saludables de los sujetos a partir de la influencia de la estructura o del contexto social al que pertenecen. Sin embargo, la epidemiología lo despojó de su mirada holística para asociarlo únicamente a "conductas de riesgo" (Menéndez, 1998). Así, los *estilos de vida* y especialmente los "comportamientos de riesgo", como el consumo excesivo de bebidas alcohólicas y de alimentos ricos en carbohidratos y grasas, pasaron a ser conceptualizados de forma individual sin relación al contexto sociohistórico. A su vez, del carácter individual y centrado en los comportamientos, se desprende la idea de que las personas "puede[n] actuar en términos intencionales y 'responsables'" (Menéndez, 1998: 10) y, por lo tanto, son "libres" de elegir cambiar sus hábitos para mejorar su salud, si así lo decidiesen.

En este punto queda claro que el factor moral juega un papel

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

importante para entender los significados de las prácticas de cuidado de la salud que desarrollan las personas que padecen, por ejemplo, de diabetes. De este modo, las acciones como la ingesta de fármacos en la dosis y momentos indicados, la realización de ejercicio físico de forma regular y el mantenimiento de un peso adecuado según la talla –entre otras–, son percibidas como "positivas" y a las personas que las desarrollan como "responsables"; pero el exceso de peso, el consumo de cigarrillos y la inactividad física son calificadas como prácticas "negligentes" y a los sujetos de "imprudentes" (Aguirre, 2010; Saslavski, 2002). En consecuencia, las evaluaciones morales sobre estas acciones, que en gran medida se reducen a la adherencia o no al tratamiento, conllevan a la estigmatización de las personas que no cumplen con las prescripciones médicas. Por lo tanto, de los *procesos de autocuidado* se derivan dos aspectos: por un lado, la generación de una "ilusión de autonomía" por parte de los pacientes debido a que los espacios de intervención para mantener o recobrar su salud se extienden a ámbitos cotidianos (Del Mónaco, 2013). Y, por el otro, que la responsabilidad por el estado de la salud recaiga especialmente en los sujetos y en su "libre decisión" de adoptar "estilos de vida saludables" y asumir un "rol activo y participativo" en el tratamiento que, en otras palabras, significa que cumplan con las lógicas médicas (Del Mónaco, 2009; Epele, 1997).

En síntesis, el enfoque teórico que engloba al *autocuidado* bajo la órbita de las *prácticas de autoatención*, ha enfatizado en el carácter colectivo y procesual de estas últimas, problematizando los sentidos y acciones sociales para enfrentar los padecimientos, sin limitarse únicamente a las recomendaciones médicas. Asimismo, permite no sólo comprender las diferencias entre las perspectivas de médicos y pacientes, sino que además habilita a adentrarnos en las intersecciones entre estos puntos de vista. A partir de la *autoatención* los sujetos articulan acciones y conocimientos provenientes de las diferentes formas de atención en la búsqueda de soluciones inmediatas y sostenidas a través del tiempo considerando, de manera más o menos consciente, los costos y beneficios en términos prácticos, económicos y de uso del tiempo (Menén-

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

dez, 2018). Por este motivo, recomiendan que estos significados y prácticas deben ser estudiadas a partir de las trayectorias de vida y terapéuticas de las personas (Menéndez, 2003).

b. El cuidado como tramas sociales de interdependencia

Este enfoque comprende el *cuidarse* y *ser cuidado* en términos de tramas sociales donde no existe una relación unidireccional, ni asimetrías fijas entre las personas que cuidan y las que son cuidadas; a la vez que se interesa por indagar en el rol que cumplen las instituciones como la familia, el mercado, el Estado y la comunidad en la configuración de los cuidados (Castilla, Kunin y Blanco-Esmoris, 2020; Lorenzetti y Cantore, 2023; Comas-d´Argemir, 2015, 2019).

Las referentes conceptuales que agrupo en este apartado destacan la dimensión relacional y política del fenómeno (Castilla, Kunin y Blanco-Esmoris, 2020). En tal sentido, una de las pensadoras que se destaca es Joan Tronto (1987, 2020), quien configuró a las prácticas de cuidado como un *trabajo*. Esta conceptualización permite advertir el esfuerzo físico, cognitivo y emocional que implican estas tareas, a la vez que reconocerlas como un conjunto de actividades fundamentales para la reproducción y sostenibilidad de la vida (Carrasco, 2003; Molinier, 2018; Linardelli y Anzorena, 2021).

Otras investigadoras (Comas-d´Argemir, 2019; Anzorena, Schwarz y Yañez, 2021) resaltan la desigual distribución de las responsabilidades de cuidado en las sociedades occidentales, donde la mayor parte recae en las familias y, en especial, en las mujeres. También destacan el magro reconocimiento que históricamente tienen estas prácticas debido a que principalmente se llevan a cabo de forma gratuita, por mujeres, en ámbitos privados/domésticos y por implicar obligaciones morales y afectivas (Molinier, 2018; Comas-d'Argemir, 2019).

Cabe señalar que las diferencias de género no sólo se ven reflejadas en la división sexual de las tareas de cuidado, sino que también se vuelven un factor condicionante en el acceso a la salud y en las formas de afrontar las enfermedades. En este sentido, Sas-

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

lavski (s.f.) subraya que adoptar la perspectiva de género para estudiar las prácticas de atención y cuidado de la diabetes se torna crucial para entender, por ejemplo, por qué los varones son quienes presentan complicaciones más tempranamente que las mujeres, o por qué las mujeres son más activas al momento de buscar información o de seguir estrictamente las recomendaciones de los médicos cuando el paciente con diabetes es otra persona.

A su vez, desde esta perspectiva se sostiene que todas las personas requieren de cuidados y no únicamente niños, ancianos o personas con alguna enfermedad, puesto a que la cualidad de vulnerabilidad es inherente al ser humano (Tronto, 2020; Schwarz, 2020; Borgeaud-Garciandía, 2018). Reparar en esto conlleva a percibirnos como necesariamente interdependientes y a comprender que las prácticas de cuidado se realizan en redes, por lo cual, determinar "quién o qué ejecuta el cuidado y quién o qué es el objeto de cuidado" se torna un desafío tanto en la práctica, como en los análisis de las dinámicas sociales implicadas (Mol y Hardon, 2023: 240). Asimismo, estas redes entrelazan de forma abierta e interactiva a personas, tecnologías, técnicas y recursos, al igual que conocimientos expertos, saberes locales, experiencias y sentidos respecto del *buen vivir* (Mol, 2008; Molinier, 2018; Mol y Hardon, 2023; Pérez-Bustos y Márquez, 2016).

En relación a esto último, me interesa resaltar la propuesta de Mol y Hardon, (2023) al emplear el término *bricolaje* de Levi-Strauss como analogía de los cuidados. Precisamente el *bricolaje,* en tanto actividad o proceso, se caracteriza por suponer la combinación de elementos heterogéneos que "se tienen a mano" para generar nuevos sentidos (Johnson, 2012). Por ende, este proceso es necesariamente situado (contextual) y, como los elementos que se utilizan cobran sentidos que originalmente no poseían, los ensamblajes que se establecen no son fijos, sino que pueden ser deconstruidos y recombinados. De esta forma, las autoras (Mol y Hardon, 2023) buscan hacer referencia al carácter fluido y adaptativo de los cuidados y a los lazos creativos –no libres de tensiones– que se despliegan entre las personas y los recursos materiales disponibles en cada entorno.

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

Entre los antecedentes que adoptan este enfoque, destaco los trabajos de Domínguez Mon (2015, 2017) y su equipo (Domínguez-Mon et al., 2015) con un grupo de adultos mayores con diabetes tipo 2 de la provincia de Buenos Aires. En ellos, los autores dan cuenta que los cuidados que desarrolla este grupo son el resultado de la dinámica que se constituyó a partir de reuniones semanales en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS). En estos encuentros, los adultos capitalizaron un aprendizaje práctico con base en la experiencia de vivir con la enfermedad, denominado por las investigadoras como *conocimientos autorizados* (Domínguez-Mon, 2017; Domínguez-Mon et al, 2015). Asimismo, afirman que las prácticas de cuidado no sólo abarcan las recomendaciones biomédicas, sino que también se materializan a partir de la construcción de lazos afectivos y de la organización grupal para visibilizar sus experiencias y necesidades en, por ejemplo, congresos de sociedades médicas o a través de la demanda que realizaron al poder municipal por la falta de especialistas en salud (Domínguez-Mon, 2017, 2015; Domínguez-Mon et al, 2015). De este modo, los autores integran en el análisis a otros actores sociales fundamentales en los cuidados como las Obras Sociales, el Estado, agentes privados –como los laboratorios medicinales– y la comunidad.

En suma, este enfoque permite, en primer lugar, correrse de posturas que consideran que las prácticas de cuidado se basan en elecciones individuales fundadas en un cálculo racional de costos y beneficios,[6] e indagar en los conocimientos y actividades que generan los sujetos a partir de sus experiencias y en relación con "otros" –ya sean estos personal de salud, otros padecientes o miembros de su red social–. En segundo lugar, tiende a configurar a los cuidados como prácticas situadas y construidas a través de redes entre las familias, el mercado, organizaciones sociales y agencias estatales. Y en relación a este último punto, posibilita

6 Annemarie Mol (2008), a partir de su trabajo etnográfico con personas con diabetes mellitus tipo 1 y profesionales de la salud en Holanda, sostiene que los pacientes cuidan de su salud no a partir la decisión libre y consciente de autocuidarse -a la que denomina lógica de la elección-, sino que siguen la lógica de los cuidados que refiere a prácticas no plenamente conscientes, cambiantes y múltiples, que se enfocan en lo que los sujetos consideran como bienestar.

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

visibilizar las desigualdades respecto a la distribución de estas tareas, no solamente en términos de la división del trabajo entre varones y mujeres, sino considerando en la ecuación a los agentes mencionados anteriormente, donde las fronteras demarcatorias de roles y responsabilidades en el campo, están en una constante reconfiguración derivada de las disputas según los contextos sociales, políticos y económicos (Lorenzetti y Cantore, 2023; Comas-d´Argemir, 2015, 2019).

c. Las prácticas de reducción del riesgo

En este apartado recupero en primer lugar, trabajos que vinculan las nociones de *vulnerabilidad* y *riesgo* para comprender las estrategias que efectúan las personas con el fin de prevenir enfermedades y, en segundo lugar, escritos que reflexionan sobre las *políticas de reducción de riesgos y daños*, como un abordaje que busca la constitución de prácticas de cuidado colectivas.

Cabe aclarar que, en concordancia con la observación de Menéndez (2012, 1998), a pesar de que el concepto de *riesgo* esté ampliamente asociado a la responsabilidad individual e intencional, los trabajos que aquí presento tienen en cuenta en sus análisis las condiciones estructurales y las prácticas de los conjuntos sociales. De hecho, el *riesgo*, desde enfoques socio-antropológicos como los de Douglas (1996), Calvez (1998) y Le Breton (2021), es pensado como una construcción social e histórica, que hace que la adopción –o no– de ciertos comportamientos en búsqueda de la prevención de padecimientos esté orientada por principios morales y representaciones sociales de contextos y momentos específicos. Por su parte, las *prácticas de reducción del riesgo* o de *gestión del riesgo* son concebidas como las maneras a través de las cuales los sujetos previenen enfermedades o su empeoramiento (Nichter, 2006: 109; de Sousa Barreto, 2017). Éstas guardan una estrecha relación con la sensación de *vulnerabilidad* de los sujetos, la cual es entendida como la percepción de estar "expuesto a un padecimiento o desgracia" (Nichter, 2006: 110) y de tener

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

una "menor disponibilidad de recursos para su protección" (Ayres, Paiva y França, 2018: 44).[7]

Respecto a esto, Mark Nichter (2006) distingue distintos tipos de vulnerabilidad, los cuales puede basarse en: 1) rasgos constitutivos de la personas (cuando a una persona se le atribuye un "rol de riesgo" por ser percibida por sí misma y por los demás como "débil" o predispuesta a enfermar con facilidad); 2) factores socio-ambientales, considerados como fuentes de padecimientos; 3) el agravamiento de un padecimiento, y por esto, los individuos buscan prevenir el empeoramiento de los problemas de salud preexistentes; o, 4) la acumulación de entidades negativas en el cuerpo, como impurezas, toxinas y residuos.

En efecto, para estos trabajos el análisis del contexto social, económico y político, junto con los significados de los sujetos sobre su entorno y los conocimientos que posean acerca de las causas de los padecimientos se tornan centrales, ya que estos factores de forma más o menos consciente, influirán en las prácticas de cuidado que desarrollen. Incluso, la información sobre un problema de salud, proveniente de los medios de comunicación masivos o de campañas de concientización del sector salud, puede llevar a que los sujetos asuman un "rol de riesgo" que derive en conductas pasivas, por representar al problema como un fenómeno "normal" e "inevitable", o en la toma de medidas de prevención (Nichter, 2006). A la vez que, la información sobre una enfermedad y cómo evitarla, muchas veces genera la idea de que la responsabilidad de cuidarse corresponda únicamente a los individuos, a quienes se los concibe como seres con autonomía suficiente para contrarrestar los riesgos del entorno (Nichter, 2006). Adicionalmente, advierte que los sentimientos de vulnerabilidad producto de la información difundida, son utilizados por grupos empresariales privados para obtener beneficios económicos.[8]

7 Si bien aquí no se desarrolla el concepto de *vulnerabilidad*, es importante mencionar que éste encierra múltiples significados los cuales pueden asociarse no sólo a la salud y a los seres humanos, sino también al ambiente, a los sistemas informáticos, entre otros (Feito, 2007).

8 Respecto a esto, Nichter (2006) señala que la industria alimenticia y la farmacológica a través de la comercialización de, por ejemplo, alimentos "light" y suplementos multivitamínicos, se constituyen en ejemplos de industrias dedicados a la producción y comercialización de productos que mejorarían la salud, reducirían daños y prevendrían enfermedades.

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

Entre los trabajos que reflexionan sobre las *políticas de reducción de riesgos*, destaco los aportes Menéndez (2012), Díaz (2023) y Galante et al. (2009), que analizan el caso del consumo de sustancias consideradas adictivas. Estos autores concuerdan que dichas políticas deben contemplar acciones que no estén pensadas únicamente a nivel individual,[9] sino en términos grupales, es decir que en el abordaje de estas problemáticas se incluya la perspectiva de los usuarios, de los equipos tratantes y de las organizaciones sociales. De esta forma, sostienen que se superarían los distanciamientos entre los "conocimientos científicos" y "saberes populares", al buscar la integración de habilidades y técnicas derivadas de diferentes áreas y disciplinas, como de saberes producto de la capitalización de las experiencias de las personas (Galante et al., 2009).

Por otra parte, afirman que estos programas deben estar acompañados de políticas públicas que intervengan sobre las desigualdades estructurales. En efecto, si bien aclaran que la pobreza y la desocupación no son los únicos factores que intervienen en el consumo de sustancias adictivas, sí provocan mayor deterioro de los sujetos que la consumen (Menéndez, 2012). Por esto, las *políticas de reducción del riesgo* deben incluir las condiciones económicas, sociales y culturales, sin pensarlas como variables aisladas o en términos de determinantes sociales, sino desde una perspectiva integral como la de la antropología médica (Menéndez, 2012), o inclusive de la Salud Colectiva (Díaz, 2023).

En pocas palabras, desde este enfoque crítico el acento analítico está puesto en las implicancias que tienen las condiciones estructurales sobre la salud de las personas, los significados respecto a lo que los sujetos representan como riesgos para su salud –los cuales pueden discrepar entre personal de salud y usuarios– y en las formas en que enfrentan estados de vulnerabilidad y riesgo de su contexto (de Souza Barreto, 2017; Romaní, 2008). Asimismo, sostienen que las medidas de prevención y de cuidado se basan en conocimientos elaborados y negociados que entrelazan expe-

9 Las políticas de reducción de riesgos y daños critican a las políticas prohibicionistas que se caracterizan por tener un enfoque punitivista e individualista para el abordaje del consumo de sustancias adictivas (Menéndez, 2012).

Artículo libre

CC BY NC SA

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

riencias cotidianas de vida y saberes provenientes de diversas fuentes y formas de atención (de Souza Barreto, 2017). En este sentido, si bien las acciones de cuidado de la salud que desarrollan los conjuntos sociales pueden orientarse y emplear elementos de la biomedicina –como en el caso de la automedicación–, es en las resignificaciones y en los "otros usos" que se hacen de estos elementos donde hay que enfocar el análisis (de Sousa Barreto, 2017). A su vez, desde el enfoque de reducción de daños y riesgos consideran que los equipos de salud *cuidan* al generar un tipo particular de vínculo social, más bien horizontal y participativo donde la dimensión afectiva y la conformación de redes de apoyo se constituyen como fundamentales (Díaz, 2023). De este modo, buscan distanciarse de las prácticas de "atención" vinculadas al modelo médico hegemónico que establecen un abordaje vertical y asimétrico de las problemáticas de la salud. Por esto, considero que estas contribuciones brindan herramientas para reflexionar sobre las representaciones de la diabetes y su relación con los sentimientos de vulnerabilidad que pueden despertar, y acerca de la información de la enfermedad que circula en los consultorios médicos, en campañas de prevención y en los medios de comunicación masivos.

Puntos de contacto y reflexiones finales

Teniendo presente las dimensiones que emergieron durante el trabajo de campo y que la producción de conocimiento social está mediatizada por una construcción teórica (Guber, 2005), en el presente artículo expuse algunos de los enfoques que indagan en los procesos de *cuidado*. Para esto, en primer lugar, mencioné brevemente las discusiones disciplinares y contextos que hicieron que los estudios sobre los cuidados cotidianos tomaran relevancia en el campo de las ciencias sociales y, en particular, de la antropología de la salud. Seguido, expuse los aspectos más significativos de tres perspectivas de análisis: el enfoque que ubica a las prácticas de *autocuidado* dentro de procesos más amplios denominados de *autoatención*; las perspectivas que abordan los cuidados como redes de interdependencia donde el *cuidado de otro* y el *cuida-*

CC BY NC SA

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

do personal se entremezclan, y; las aproximaciones que analizan las *prácticas de reducción del riesgo* como formas situadas para evitar daños y enfermedades. Por último, en este apartado busco resaltar las dimensiones que son transversales a los tres enfoques seleccionados y los aportes que ofrecen.

Como se señala anteriormente, cada uno de los enfoques hace hincapié en una arista del fenómeno de los cuidados: el primero prioriza en las implicancias de las diferentes perspectivas entre médicos y pacientes, donde el cuidado supone acciones guiadas por los criterios médicos pero también prácticas "no formales" que se orientan al bienestar; el segundo enfatiza en la dimensión relacional de los cuidados y en las desigualdades respecto a la distribución de estas actividades y, el tercero en las *representaciones sociales sobre la vulnerabilidad* y *el riesgo* que influyen en estas prácticas. Sin embargo, es posible identificar algunas claves analíticas en las cuales estas aproximaciones convergen.

Las tres constituyen perspectivas críticas que discuten las antinomias entre individuo/sociedad y capacidad de agencia/reproducción social. Esto lo hacen vinculando aspectos históricos y estructurales –asociados a la ideología individualista moderna, a la construcción y selección de ciertos *riesgos*, a las políticas de flexibilización laboral, a la inequidad social, al *proceso de medicalización* y a la tendencia a la mercantilización de la salud, entre otros fenómenos macrosociales–, con las formas situadas en que las personas conciben los procesos de salud/enfermedad y actúan conforme a ellos. Por ende, los cuidados que efectúan las personas para ellos mismos –y para *otros*– se refieren a fenómenos que no se reducen a elecciones racionales, sino que hablan de entramados sociales más amplios, de experiencias de sufrimiento y de significados compartidos e históricos sobre el bienestar. Como lo sintetiza Menéndez (1998: 56-57), "la elección individual no puede ser separada de las condiciones sociales estructurales que la posibilitan", sin por esto entender una determinación de las prácticas.

Asimismo, la dimensión moral es otro eje transversal de los enfoques seleccionados, los cuales visibilizan el acrecentamiento de

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

las redes de poder de la biomedicina a través del *proceso de medicalización*. Como vimos, la medicina científica sigue una perspectiva ahistórica y asocial respecto a las formas de atender los padecimientos, la cual altera y obstaculiza las acciones de cuidado colectivas, al impulsar la idea de que los individuos son los principales responsables del surgimiento y curso de las enfermedades. Respecto a esto, las tres perspectivas presentadas, abonan a la argumentación de que formas de atención basadas en perspectivas individualistas y prioritariamente biológicas, conducen a resultados por lo menos magros, al plantear modos de vida disímiles a los cotidianos de los sujetos (Del Mónaco, 2013). De este modo, el carácter relacional y situado de los cuidados, se torna fundamental en las propuestas de análisis de los tres abordajes descriptos.

Para concluir, sostengo que estos enfoques me posibilitan establecer un diálogo con el material empírico construido, a la vez que abren nuevas líneas de investigación. En este aspecto, permitieron ampliar el mapa de actores y elementos involucrados en los cuidados de la diabetes, los que ahora incluyen el uso de diversas tecnologías (como glucómetros, tiras reactivas, medicamentos, lapiceras de insulina, máquinas de diálisis, entre muchas otras) y una multiplicidad de actores que forman parte de la experiencia del enfermo, entre ellos familiares, amistades, vecinos y equipo de salud, aunque también organizaciones civiles para personas con diabetes, instituciones estatales y privadas. Además, las contribuciones enfatizan en el análisis macro y microsocial de los cuidados y en las desigualdades respecto a la distribución de los mismos, incitan a indagar de qué manera las condiciones socioeconómicas de un contexto determinado repercuten en las racionalidades que se ponen en juego en los procesos de selección y concientización de riesgos para la salud; cómo las políticas públicas vigentes y el efectivo acceso –o no– a derechos fundamentales –como a la de una alimentación sana y segura–, inciden en las estrategias para la reproducción y sostenibilidad de la vida; y si las diferencias de género alteran las formas en que la diabetes es significada en las trayectorias de vida de las personas y en las maneras en que los sujetos la afrontan.

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

Referencias bibliográficas

ACCIARI, Louisa (2016). ""Foi difícil, mas sempre falo que nós somos guerreiras" – O movimento das trabalhadoras domésticas entre a marginalidade e o empoderamento". *Mosaico*, *7*(11): 124-147.

AGUIRRE, Patricia (2010). *Ricos flacos y gordos pobres.* Buenos Aires, Capital Intelectual.

ANZORENA, Claudia C., Patricia K. N. SCHWARZ, y Sabrina S. YAÑEZ, (Comp.) (2021) *Reproducir y sostener la vida Abordajes feministas y de género del trabajo de cuidados. Editorial Teseo* https://www.teseopress.com/reproducirysostenerlavida

ARAUJO-GUIMARÃES, Nadya (2024). "Mirando hacia una sociedad del cuidado, pero viviendo bajo múltiples y desiguales formas de producir cuidados: ¿hay luz al fin de ese túnel?" en Batthyány, Karina, Javier A. Pineda Duque y Valentina Perrotta, (Coords.) *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*, Ciudad Autónoma de Bueno Aires: CLACSO, pp. 65-92.

ARENAS-MONREAL, Luz, Jazmín, JASSO-ARENAS, y Roberto CAMPOS-NAVARRO (2011). "Autocuidado: Elementos para sus bases conceptuales". *Global Health Promotion, 18*(4): 42-48.

AYRES, José R., Vera PAIVA e Ivan FRANÇA(2018). "De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea" en *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*. Temperley, TeseoPress, pp. 35-64.

BATTHYÁNY, Karina (2020). "Recorridos Latinoamericanos de los Cuidados. Miradas Latinoamericanas al Cuidado", en: *Miradas Latinoamericanas a los Cuidados*. CLACSO, Siglo XXI, pp. 9-52.

BIANCHI, Eugenia (2019). "¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales". *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 9*(1): 1-24, e052. https://doi.org/10.24215/18537863e052

BIANCHI, Eugenia, et al. (2016). "Medicalización más allá de los médicos: marketing farmacéutico en torno al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en Argentina y Brasil (1998-2014)". *Saúde e Sociedade São Paulo, 25*(2): 452-462.

BORGEAUD-GARCIANDÍA, Natacha (2018). *El trabajo de cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Fundación Medifé Edita.

CALVEZ, Marcel (1998). *Los Usos Sociales del Riesgo. Elementos de Análisis Cultural del Sida*. Misiones, Edunam.

CARRASCO, Cristina. (2003). "La sostenibilidad de la vida humana: ¿un

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

asunto de mujeres?" en Magdalena León T. (Comp.). *Mujeres y trabajo: cambios impostergables*. Porto Alegre, CLACSO.

CASTILLA, Ma Victoria, Johana KUNIN, Ma. Florencia BLANCO-ESMORIS(2020). "Pandemia y nuevas agendas de cuidados." Documento N°8/2020, Secretaría de Investigación, Instituto de Altos Estudios Sociales, IDAES, UNSAM.

COMAS-D´ARGEMIR, Dolors. (2019). "Cuidados y derechos: El avance hacia la democratización de los cuidados". *Cuadernos de antropología social*, (49): 13-29.

COMAS-D´ARGEMIR, Dolors. (2014). "Los cuidados y sus máscaras: Retos para la antropología feminista". *Mora (Buenos Aires), 20*(1).

CONRAD, Peter (2007). *The Medicalization of Society: On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

COUTO, Marcia T., et al. (2019). "La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas". *Salud colectiva*, 15, e1994. https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994

DEL MÓNACO, Romina (2013). "Autocuidado, adherencia e incertidumbre: tratamientos biomédicos y experiencias de pacientes en el dolor crónico de la migraña". *Salud Colectiva, 9*(1): 65-78.

DEL MÓNACO, Romina (2009). "Aproximación al estudio del dolor crónica: Estrategias desde la Biomedicina frente al padecimiento". Ponencia presentada en: V Jornadas de Jóvenes Investigadores: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

de SOUZA BARRETO, Victor Hugo (2017). "Risco, prazer e cuidado: Técnicas de si nos limites da sexualidade". *Avá,* (31): 119-142.

DÍAZ, Belén (2023). "Reducción de Riesgos y Daños desde la Salud Colectiva". *Plaza Pública. Revista de Trabajo Social,* (28): 48-61.

DOMÍNGUEZ-MON, Ana B. (2017). "Los cuidados de la salud en personas que viven con diabetes: enfoque etnográfico antropológico y perspectiva de género". *Salud Colectiva, 13*(3): 375-390.

DOMÍNGUEZ MON, Ana B., et al. (2015). "El vídeo documental Aprendiendo a cuidar(se). De las experiencias de vivir con diabetes a un posible recurso de aprendizaje situado para profesionales de la salud". *Argumentos*, 17: 331-356.

DOMÍNGUEZ-MON, Ana B. (2015). "Prácticas cotidianas de (auto) cuidados en red por parte de un grupo de pacientes con diabetes (DBT)", en Domínguez-Mon A., y P.Schwartz (Comp.) *Redes de cuidado, autocuidado y desigualdad en salud: personas que viven con enfermedades de larga duración*, Documentos de Trabajo Nº75, Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, pp. 50-61.

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

DOUGLAS, Mary (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. España, Paidós.

EPELE, María E. (2012). *Padecer, cuidar y tratar: Estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas*, Buenos Aires, Antropofagia.

EPELE, María E. (1997). "La Lógica del (Auto)cuidado y sus Consecuencias en la Institucionalización del VIH-SIDA", Ponencia presentada en V Congreso de Antropología Social, La Plata.

ESTEBAN, Mari Luz (2017). "Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: aportaciones, riesgo y diálogos con la antropología". *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, *22*(2): 33-48.

ESTEBAN, Mari Luz (2003). "Cuidado y salud: costes en la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución". En *Actas del Congreso Internacional Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado*. pp. 2-17.

FEITO, Lydia. (2007). "Vulnerabilidad". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30*(3).

GALANTE, Araceli, et al. (2009). "Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva". *Revista Escenarios, 14*: 113-121.

GUBER, Roxana. (2005). *El salvaje metropolitano*. Ciudad de Buenos Aires, Editorial Paidós.

JOHNSON, Christopher (2012). "Bricoleur and bricolage: From metaphor to universal concept". *Paragraph, 35*(3): 355-372.

LE BRETON, David (2021). *Sociología del riesgo*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Prometeo Libros.

LINARDELLI, Ma Florencia y Claudia ANZORENA (2021). "Cuidar, gestionar, esperar. Estrategias de mujeres migrantes ante contextos restrictivos de acceso a la atención sanitaria". *Jangwa Pana, 20*(2).

LORENZETTI, Mariana I. y Alfonsina CANTORE (2023). "Salud y cuidados. Intersecciones entre las prácticas públicas y las dimensiones domésticas". *Etnografías Contemporáneas, 9*(16): 114-123.

MAGLIANO, M° José (2018). "Mujeres migrantes y empleo doméstico en Córdoba: luchas y resistencias frente a formas de explotación y violencia laboral", en: Borgeaud-Garciandía N. *El trabajo de cuidado.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Fundación Medifé Edita, pp. 33-57.

MALINOWSKI, Bronislaw (1984). "Capítulo X. Necesidades básicas y sus concomitantes culturales", en *Una teoría científica de la cultura,* Sarpe, pp. 98-127.

MENÉNDEZ, Eduardo L. (2018). "Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos". *Desacatos,* (58): 104-113.

MENÉNDEZ, Eduardo L. (2012). "Sustancias consideradas adictivas: prohibición reducción de daños y reducción de riesgo". *Salud Colectiva, 8*(1): 9-24.

Artículo libre

ISSN 1852-1576 **e-ISSN** 2618-2998
NRO XXXVI **AÑO** 2025 **PERÍODO** jul-dic
DOI 10.35305/rea.XXXVI.317

MENÉNDEZ, Eduardo L. (2005). "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos". *Revista de Antropología Social,* (14): 33-69.

MENÉNDEZ, Eduardo L. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencia y Saúde Colectiva, 8*(1): 185-207.

MENÉNDEZ, Eduardo L. (1998). "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios sociológicos*: 37-67.

MENÉNDEZ, Eduardo L. (1994). "La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?" *Alteridades, 4*(7): 71-83.

MENÉNDEZ, Eduardo L. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México, Alianza Editorial Mexicana.

MENEU, Ricard (2018). "La medicalización de la vida y la reciente emergencia de la 'medicamentalización'". *Farmacia Hospitalaria, 42*(4): 174-179.

MOL, Annemarie (2008). *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. Reino Unido, Routledge Taylor and Francis Group London and New York.

MOL, Annemarie y Anita HARDON (2023). "Cuidar: un concepto fluido para compromisos adaptables". *Etnografías Contemporáneas, 9*(16): 232-256.

MOLINIER, Pascale (2018). "El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discreto", en Borgeaud-Garciandía N.(comp.) *El trabajo de cuidado,* CABA, Fundación Medifé Edita, pp. 191-214.

NICHTER, Mark (2006). "Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica". *Desacatos*, (20): 109-132.

PÉREZ-BUSTOS, Tania y Sara D. MÁRQUEZ (2016). "Destejiendo puntos de vista feministas: Reflexiones metodológicas desde la etnografía del diseño de una tecnología". *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad, 11*(31): 147-169.

RECODER, M° Laura (2011). "Experiencia de enfermedad y narrativa. Notas etnográficas sobre *vivir* con VIH/SIDA en una ciudad del nordeste brasilero". *Papeles de Trabajo*, (21): 80-98.

ROMANÍ, Oriol (2008). "Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño". *Salud colectiva*, (4): 301-318.

ROSE, Nikolas (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata, Universidad Pedagógica.

SASLAVSKI, Liliana C. (2002). *Etnografía en las escenas diabetológicas. Saberes médicos y crisis de eficacia en los tratamientos de la diabetes en la Argentina de la década de los ´90*. (Tesis doctoral) Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

SASLAVSKI, Liliana C. (s.f.). "Enfermedades crónicas y género: diferencias y desiguales en el tratamiento de las diabetes". https://www.academia.edu/14149967/ENFERMEDADES_

Artículo libre