

revista  
**Trama**

ISSN:1688-6356

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN URUGUAYA  
DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL

\* **Aguas**

Revista Trama número 9, año 9, diciembre 2018

**H**ay cierto estado de neblina, de dificultad, de incertidumbre en el mundo. Aunque predomine la duda, aunque hay algunas certezas, o al menos algunas cosas van quedando más claras para un grupo cada vez mayor de personas en todos los ámbitos (social, comunitario, académico, político): el planeta es finito, las fuerzas destructivas del planeta tienden a infinito. Pero “las fuerzas destructivas” no hacen referencia a la guerra (aunque también), sino a la vida cotidiana.

Es probable que las redes virtuales estén aportando a la generación de conciencia colectiva sobre estos problemas, cada vez más las imágenes idílicas de playas color turquesa vienen endosadas con su contracara de arena repleta de residuos plásticos o animales marinos muertos por la contaminación subacuática con inverosímiles residuos sólidos. Las montañas pletóricas de biodiversidad, cuasi vírgenes antes, ahora lucen carteles de megaminería y podemos ver videos en la palma de la mano de grandes maquinarias talando flora y cavando fosas en la cordillera andina, a 3500 metros de altitud, o en la selva amazónica. O el río Santa Lucía, fuente de agua e inspiración poética otrora, amenazado de muerte por la deforestación de sus riberas y la agricultura intensiva.

La cuestión ambiental se ha instalado. Ya no es patrimonio de científicos o puristas amantes de la naturaleza. Cada vez más personas en todas las actividades comprenden que el ambiente es parte de la ecuación, a un lado y otro del signo de resultado, hagamos lo que hagamos. No obstante, cabe preguntarse si lo que está ocurriendo en torno a la salud es suficiente.

En el espacio académico y poniendo atención a la salud humana hay necesidad de entender y atender al medio como elemento mayor en la determinación de los procesos generadores

de salud o de enfermedad. En sectores relacionados con la salud humana; tanto en el académico como el de las políticas sanitarias y de atención a la salud de las personas son aún escasas las muestras de preocupación o las acciones tendientes a incorporar la dimensión ambiental en sus competencias.

Uno de los aportes que resulta de interés en el último tiempo es el de la Salud Planetaria. La expresión fue acuñada en una editorial de la revista *The Lancet*, en 2014<sup>1</sup> y desde entonces ha crecido en aportes conceptuales y en difusión en diversos ámbitos que se han apropiado del mismo. Explicita la dependencia de la vida humana actual y futura con los sistemas naturales y la necesidad de adecuación de esta vida humana a las posibilidades y límites que éstos ofrecen. Resalta también la existencia de interrelaciones entre los procesos naturales y los procesos sociales, políticos y económicos, dando lugar a la posibilidad de beneficios, en términos de que las mejoras en los diversos sectores, conlleva mejoras en los demás sistemas. Propone un marco para la investigación y la acción en el cual introduce de modo central la cuestión ambiental en el mundo de la salud y lo ofrece a la salud pública como el marco ineludible en tiempos de cambio climático y Planeta amenazado.

Es necesario incorporar a esto, la mirada a los procesos que atentan simultáneamente contra la vida humana y del planeta y poner atención al paradigma de desarrollo que sustenta los mismos. Es allí donde el camino actual de la humanidad se ve interpelado en su capacidad de auto conducción y perpetuación, o sustentabilidad. Todos los procesos que destruyen los sistemas naturales de los que

<sup>1</sup> [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60409-8/fulltext#section-7c530872-6235-4433-899c-b3f276970189](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60409-8/fulltext#section-7c530872-6235-4433-899c-b3f276970189)

dependemos, destruyen también la trama social, a hombres y mujeres, y sabemos que este daño no es homogéneo, sino que se exagera en los más débiles y vulnerables. El sistema productivo vigente genera inequidad y desprotección social; atenta contra la dignidad humana, afecta la salud física pero también la integridad social, económica, cultural y espiritual de las poblaciones.

Nos invita a reflexionar y a formar parte del análisis de la Salud Planetaria la propuesta de Paul Crutzen ganador del premio Nobel de química, quien sostiene que la influencia del comportamiento humano sobre la tierra ha sido determinante y a dado lugar a una nueva era geológica para la cual propone el nombre de Antropoceno. La discusión actual gira en relación a su fecha de inicio.

Hay quienes proponen el 1945 para el inicio del Antropoceno coincidiendo con lo que el profesor Will Steffen de la Universidad Nacional de Australia describe como la “gran aceleración” el “Amanecer de la era nuclear”. “Los sedimentos depositados en todo el mundo ese año contienen la firma radiactiva procedente de las primeras pruebas nucleares de Estados Unidos”. (Ambio, Vol. 36. N.8 2007) Otros hablan del 1800-1950 con el inicio de la Revolución Industrial como un hito en la vida del planeta proponiendo el concepto de Capitaloceno propuesto por Andreas Malm en el 2009 y luego retomado por Jason Moore. Estos artículos nos invitan a pensar desde el Capitaloceno porque no toda la humanidad fue cómplice de ésta devastación, los humanos habitamos el planeta hace 200.000 años aproximadamente y los últimos 200 años contribuimos generosamente a desbordar los límites planetarios. Cada año por agosto voces en todo el mundo pero por sobre todo desde la academia y la sociedad civil nos alerta que es el día que empezamos a “vivir de prestado” ese día se calcula comparando el consumo total anual de la humanidad (huella ecológica) con la capacidad de la Tierra de regenerar en un año los recursos naturales renovables.

El Capitaloceno está centrado en el capitalismo como sistema que basa su crecimiento en la dotación de recursos naturales para el tipo de expansión y extracción que se traduce en ganancia, la que a su vez es distribuida de forma desigual.

La noción de Antropoceno no nos permite diferenciar responsabilidades y no tiene en cuenta las relaciones sociales, profundamente desiguales, injustas y de explotación del humano por el humano, características inherentes al capitalismo.

Es urgente, entonces, mover del centro al humano e ir colocando allí a la vida en su conjunto.

El dossier temático del número nueve de TRAMA busca ilustrar esta complejidad ambiental planetaria, donde la naturaleza no conoce de límites políticos ni administrativos, así como también de esa simbiótica relación entre la salud y el ambiente; desde una mirada académica que presta atención especialmente a los procesos de las relaciones humanas, dejando en evidencia las interrelaciones e interconexiones que mencionamos, desde un lugar y otro, donde las cuestiones humanas, sociales y biológicas se entrecruzan con los procesos políticos y económicos mostrando una problemática con urgencia de atender.

Los artículos de este número muestran varias de las aristas desde donde podemos observar, discutir y aportar a la comprensión de la relación salud y ambiente, asunto crucial para la acción, que ha de venir. Una particularidad de esta edición es la incorporación de la sección “Miradas cruzadas interdisciplinar”, porque así como la naturaleza no sabe de límites administrativos para existir y nos presenta múltiples conexiones, del mismo modo resulta imposible pensar la naturaleza y su relación con los humanos, más aún su incidencia dialógica con la salud, de forma aislada. Por ello incorporamos artículos donde el aporte de diversas disciplinas es fundamental para ampliar el conocimiento, generar redes y continuar el camino que sabiamente la naturaleza nos señala.

Por otro lado se comparte un ensayo narrativo de imágenes donde la antropóloga desde su trabajo de campo etnográfico comparte una muestra de oficios tradicionales y artesanales que son parte importante de la economía local de los pobladores en Dindéfelo - Senegal. El ensayo nos invita a pensar en los colectivos ambientales activos en distintos puntos de nuestro país donde la similitud de categorías discursivas con las comunidades originarias de distintas partes del mundo podemos hablar de

una percepción de la naturaleza similar como una forma de habitar el planeta basada en la conservación y uso racional de la misma. Donde se observan relaciones con los no-humanos basadas en el respeto siendo esperable que esas formas vinculares se transfieran a las relaciones entre humanos; discursos y prácticas que sería deseable se extendiera en las sociedades modernas.

Este número de Trama fue una apuesta a la movilización y el encuentro de prácticas, miradas, reflexiones sobre la salud y el ambiente, que latan en este tiempo (siglo XXI avanzado), en este espacio (uruguayo, latinoamericano) a nivel académico-profesional y social, no sólo a través del producto publicado sino -y sobre todo-, a través de su proceso de producción.

Más que respuestas, ofrece miradas, reflexiones, tal vez propuestas. Insumos para las respuestas que solamente podremos elaborar entre todos y todas.

Equipo editor invitado:

Mg. Antropología Gregorio Tabakian  
Mg. Antropología Betty Francia  
Dr. Medicina Paola Rava  
Dr. Medicina Jacqueline Ponzo

Equipo Editor Revista TRAMA 9:

Mg. Emilia Abin  
Mg. Lucia Abbadie

# ENSAYOS VISUALES

LETICIA POLIAK

## LA PRODUCCIÓN DE MANTECA DE KARITÉ EN LA RESERVA NATURAL COMUNITARIA DE DINDEFELO – SENEGAL

El presente trabajo se desarrolló en la Reserva Natural Comunitaria de Dindefelo - Senegal, en el año 2016, en el marco del Programa del Instituto Jane Goodall España en Senegal y Guinea para la investigación y conservación de chimpancés y la gestión sostenible de los recursos naturales<sup>1</sup>. Dicha Reserva tiene una extensión de 13.000 hectáreas. Se encuentra al sur-este del país, limitando con Guinea Conakry y posee una población total aproximada de 6000 habitantes.

En este contexto se realizó la investigación, sistematización y registro de los oficios tradicionales y artesanales que son parte importante de la economía local de los pobladores de la Reserva; Se trabajó, desde un enfoque antropológico, con metodología etnográfica y utilizando la fotografía como una herramienta visual fundamental para el registro de las actividades desarrolladas, que evidencian los diversos procesos de cada producto.

Entre los diferentes saberes, encontramos la elaboración de la manteca de Karité, llevada a cabo por las mujeres de la etnia peul (grupo étnico mayoritario en esta zona del país). El Karité (*Vitellaria paradoxa*)<sup>2</sup> es un árbol de hasta 15 metros de altura del oeste de África y puede vivir hasta tres siglos. Sus frutos (kaare) son drupas carnosas con una almendra de cáscara fina, ricas en vitaminas A, D, E y F. Se obtiene, tras cocción y triturado del fruto, una grasa vegetal llamada aceite y/o manteca de karité. Posee propiedades antiinflamatorias, hidratantes, nutritivas, ayuda a proteger la piel de las radiaciones UVB y UVA, entre otros beneficios. Muchas mujeres peuls cocinan desde antaño la pulpa y la cáscara, según recetas tradicionales de cada familia o grupo. La manteca de karité, es

utilizada en la alimentación, cosméticos y para fines medicinales. Por ejemplo cuando sienten algún dolor muscular, aplican el ungüento sobre el lugar afectado y masajean la zona, manifestando alivio. También se utiliza como cosmético para la piel, aplicándolo en rostro, brazos y piernas.

Son las mujeres las encargadas de transmitir este conocimiento, son las abuelas, madres, etc. las que enseñan a sus hijas y nietas esta actividad, pasando este "saber hacer" de una generación a otra.

Para elaborar la manteca de karité, se recolecta el kaare, desde principios de junio hasta octubre (durante la época de lluvias), seguido de un proceso, el cual se detallará en las fotografías. Un saco de 50 kg de kaare, dará lugar a 4 litros de aceite de karité. De todo lo producido, aproximadamente, un tercio se lo quedan para preparar los alimentos o uso medicinal y el resto lo venden en el pueblo, así como en el resto de la Reserva.

Este producto no requiere ningún tipo de conservación especial y se mantiene por varios años. El procesado es completamente ecológico. Los árboles de karité utilizados no tienen ningún tipo de pesticidas y/o herbicidas para su crecimiento.

Por eso es importante destacar el carácter sostenible de su producción, dado que se realiza a escala local, sin degradar la biodiversidad, permitiendo un ingreso económico a las mujeres y sus familias. Ellas son parte fundamental en este engranaje social y de conocimientos que se perpetúan a través de la tradición y del tiempo.

Palabras claves: Karité, tradición, saber hacer, mujeres, sostenibilidad.

<sup>1</sup> <http://janegoodall.es/es/kedougou.html>

<sup>2</sup> <http://www.fao.org/docrep/008/y5918s/y5918s11.htm>

Imagen 1. Árbol de karité. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 2. kaare (frutos). Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 3. Preparación del kaare para su posterior triturado. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 4. Triturado con mortero ,realizado por mujeres peuls. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 5. Tamización con feteo del producto de kaare, generado por molienda. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 6. Cocción en fogón del elemento originado. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 7. Machacado del material generado por cocción. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 8. Pasta de Karité.

Imagen 9. Prensado manual de la pasta de karité con piedra y botella. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 10. Prensado mecánico de la pasta de

karité. Thiabe Kaare- Senegal. Agosto de 2016.

Imagen 11. Lavado de la pasta de kaare. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 12. Cocción en fogón del resultado obtenido. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 13. Agregado de hojas de Hibiscus sabdariffa a la preparación del aceite. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imagen 14. Aceite de karité. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

Imágen 15. Manteca de karité, pronta para su comercialización. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 1

Árbol de karité. Dindéfelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 2

kaare (frutos). Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 3

Preparación del kaare para su posterior triturado. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 4

Triturado con mortero, realizado por mujeres peuls. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 5

Tamización con feteo del producto de kaare, generado por molienda. Dindéfelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 6

Cocción en fogón del elemento originado.  
Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 7

Machacado del material generado por cocción.  
Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 8

Pasta de Karité.  
Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 9

Prensado manual de la pasta de karité con piedra y  
botella. Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 10

Prensado mecánico de la pasta de karité.  
Thiabe Kaare- Senegal. Agosto de 2016.



IMAGEN 11

Lavado de la pasta de kaare.  
Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 12

Cocción en fogón del resultado obtenido.  
Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 13

Agregado de hojas de Hibiscus sabdariffa a la  
preparación del aceite. Dindefelo-Senegal.  
Setiembre de 2016.



IMAGEN 14

Aceite de karité.  
Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.



IMAGEN 15

Manteca de karité, pronta para su comercialización.  
Dindefelo-Senegal. Setiembre de 2016.

# SABERES Y EXPERIENCIAS SOBRE LA EXPOSICIÓN A PLAGUICIDAS ENTRE MUJERES QUE RESIDEN EN CONTEXTOS AGRÍCOLAS EN SORIANO, URUGUAY

MAG. VICTORIA EVIA BERTULLO

Estudiante Doctorado en Antropología del CIESAS, México.  
Asistente del Departamento de Antropología Social, FHCE, Udelar.  
Contacto: [vevia@fhuce.edu.uy](mailto:vevia@fhuce.edu.uy)

## ABSTRACT ◀

In Uruguay, the use of pesticides increased due to the agricultural intensification process of the last fifteen years. This work addresses the experiences of exposure to pesticides and the knowledge about pesticides among women residing in agricultural contexts in the department of Soriano, Uruguay, from the perspective of critical medical anthropology. The results presented were obtained from participatory workshops developed with children and women from three rural schools at the Soriano department. This methodological design is part of a larger ethnographic fieldwork work developed in the area between September 2016 and July 2017. It was found that exposure contexts are structured by the sexual and social division of labor and domestic and productive space. It was also found that exposure to pesticides affects daily life in ways that transcend the dimension of the «disease» understood in biomedical terms. These include problems related to the environmental quality of the everyday environments in which people reproduce their lives, situations of interpersonal conflict between social actors with positions of unequal power in the territory and a series of illnesses that are naturalized as part of everyday life. It is concluded that the foregoing expresses a process of environmental suffering.

*Keywords: critical medical anthropology; environmental health; sociocultural epidemiology.*

## RESUMEN ◀

En Uruguay aumentó el uso de plaguicidas asociado al proceso de intensificación agrícola de los últimos quince años. Este trabajo aborda las experiencias de exposición a plaguicidas y los saberes sobre esta entre mujeres que residen en contextos agrícolas en el departamento de Soriano, Uruguay, desde la perspectiva de la antropología médica crítica. Se presentan y analizan los resultados obtenidos mediante una metodología de talleres participativos en tres escuelas rurales de la zona, en el marco de una investigación etnográfica más amplia. Se encontró que los contextos de exposición están estructurados por la división sexual y social del trabajo, y del espacio doméstico y productivo. También que la exposición a plaguicidas afecta la vida cotidiana de formas que trascienden la dimensión de la «enfermedad» entendida en términos biomédicos; estos incluyen problemas relacionados con la calidad ambiental de los entornos cotidianos en los que las personas reproducen su vida, situaciones de conflicto interpersonal entre actores sociales con posiciones de poder desiguales en el territorio y una serie de padecimientos que son naturalizados como parte de la vida cotidiana. Se concluye que lo anterior expresa un proceso de sufrimiento ambiental.

*Palabras clave: antropología médica crítica; salud ambiental; epidemiología sociocultural.*

## 1 ▼

## INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos diez años se observa un crecimiento de estudios desde las ciencias antropológicas preocupados por lo que en sentido amplio podemos definir como *salud ambiental*. Si bien la antropología médica ha tenido sus debates internos sobre el papel del ambiente, la salud de las poblaciones relacionada con el ambiente en el que viven ha sido una preocupación para la disciplina. Los abordajes desde la antropología médica crítica plantean la importancia de examinar las relaciones entre inequidad social, inequidad ambiental y salud, y de reconocer que existe una vulnerabilidad diferencial de distintos conjuntos sociales a los procesos de deterioro ambiental (Singer, 2011, 2016; en Evia, 2018). Mi trabajo de investigación retoma estos ejes para reflexionar sobre el incremento del uso de plaguicidas en el contexto de intensificación agrícola —*sojización*— que atravesó Uruguay desde principios de la década del 2000, cómo dicho proceso ha impactado en los padecimientos de los conjuntos sociales expuestos más vulnerables y cómo puede conllevar a procesos estructurales de sufrimiento ambiental.

Se ha demostrado que la exposición a plaguicidas agrícolas, en distintas dosis, es perjudicial para la salud humana y de los ecosistemas, y que si bien las intoxicaciones agudas por plaguicidas pueden ser la cara más visible del problema o punta del iceberg, también existe otra serie de problemas agudos y crónicos asociados a esta exposición. Estudios sociales en salud también demuestran que tanto las exposiciones a estos productos como los potenciales padecimientos asociados a ellas están atravesados por procesos bioecológicos y por relaciones socioculturales, económicas y de poder. Estas relaciones comprenden aspectos técnico-productivos, económico-políticos, de género y de clase, entre otros, y generan situaciones de vulnerabilidad diferencial para distintos conjuntos sociales.

En Uruguay, en los últimos años, algunas organizaciones sociales, maestras rurales y pobladores del medio rural han manifestado quejas en medios de prensa y han realizado declaraciones colectivas y denuncias por los problemas derivados de la exposición ambiental a plaguicidas agrícolas.<sup>1</sup> Incluso desde la Institución Nacional de Derechos Humanos se ha tomado posición re-

specto de diferentes casos, señalando que múltiples derechos humanos se ven violentados por este problema.<sup>2</sup> Sin embargo, a pesar de la evidencia del incremento en el uso e importación de plaguicidas agrícolas asociado al proceso de intensificación agrícola, de la evidencia de presencia de plaguicidas en distintas matrices ambientales, de que las intoxicaciones por plaguicidas agrícolas constituyen un problema de salud pública y de que diversos actores sociales han manifestado preocupación por los daños a la salud ocasionados por las derivas ambientales de plaguicidas, casi nada sabemos sobre la experiencia de la exposición a estos productos, los padecimientos asociados a ellos y las formas de enfrentarlos que desarrollan los distintos conjuntos sociales directamente expuestos.

¿Cómo se experimenta la exposición a plaguicidas agrícolas en la vida cotidiana de los conjuntos sociales más vulnerables a ellos? ¿Cuáles son sus saberes sobre los distintos padecimientos asociados a la exposición a plaguicidas agrícolas? ¿Cómo se busca prevenir estos padecimientos, atenderlos y afrontarlos? En este artículo se abordarán estas preguntas de investigación entre mujeres y niños/as pertenecientes a familias de trabajadores asalariados y productores familiares que residen en contextos agrícolas del Uruguay, en particular, en el departamento de Soriano. Se hace foco en esta población por tratarse de un conjunto social particularmente vulnerable a la exposición a plaguicidas agrícolas respecto del cual se ha identificado un vacío en la literatura.

## 2 ▼

## ANTECEDENTES

Uruguay, como otros países de la región —Argentina, Brasil, Paraguay—, ha atravesado desde principios de la década del 2000 un proceso de intensificación agrícola, agriculturización o *sojización* —según distintos autores— en el que el cultivo de soja transgénica ha sido el principal motor (Catacora-Vargas et al., 2012; García Préchac et al., 2010; Lapitz et al., 2004; Narbondo y Oyhantcabal, 2011; Soutullo et al., 2013). Este proceso fue influenciado por los cambios en los mercados internacionales —crecimiento de la demanda y del precio de los *commodities*— y supuso la adopción de un «paquete tecnológico» que combina el uso de soja transgénica, la siembra directa y el uso de plaguicidas sintéticos en distintos momentos del ciclo productivo (García

Préchac et al., 2010). Si bien los plaguicidas eran y son utilizados en Uruguay en toda una serie de sistemas agrícolas —producción frutícola, forestal, hortícola— ya desde la segunda década del siglo XX (Mañay et al., 2004), lo que resulta especialmente novedoso de la nueva coyuntura es el incremento exponencial de los volúmenes importados de plaguicidas de uso agropecuario —herbicidas, insecticidas y fungicidas— (Galeano, 2017a; Narbondo y Oyhantcabal, 2011; REDES AT, 2014). Estudios para Brasil y Argentina también evidencian un crecimiento del uso de plaguicidas, de la mano de la intensificación agrícola, y una mayor concentración del uso de estos productos en las áreas donde predominan cultivos agroindustriales como soja, caña de azúcar y café (Bombardi, 2016; Carneiro, 2015; Díaz et al., 2015).

Estudios nacionales sostienen que el crecimiento de monocultivos y el uso de plaguicidas asociados a ellos también impactan negativamente en la biodiversidad debido a la pérdida de diversidad genética y de capacidad de resiliencia de los sistemas (Céspedes-Payret et al., 2009; Rivas, 2010; Tiscornia et al., 2014). Además, se ha encontrado evidencia de residuos de plaguicidas en agua y sedimento —es decir, fuera del sitio de aplicación— asociada a monocultivos agrícolas (Eguren et al., 2008; Manta et al., 2013; Nardo, 2011; Nardo et al., 2015), en peces del río Uruguay (Colombo et al., 2011; Ernst et al., 2018; Leites Cartagena, 2009; Ríos, 2012) y en producciones apícolas (Carrasco-Letelier et al., 2009; Ríos et al., 2010).

Las exposiciones tanto agudas como crónicas a plaguicidas suponen un riesgo para la salud humana debido a su toxicidad, aun en pequeñas dosis, y genera persistencia en el ambiente y en los tejidos de los organismos vivos (Albert, 1990; Burger y Pose Román, 2012; Carneiro, 2015; Finkelman, 1996; Peterson, 2003; Prüss-Üstün et al., 2016; Yáñez et al., 2002). La Organización Mundial de la Salud estima en tres millones la cantidad de intoxicaciones anuales por plaguicidas en el mundo; en América Latina, un 13 % de los trabajadores se habrían intoxicado con plaguicidas al menos una vez (Yáñez et al., 2002). Se reconoce un subreporte de la problemática, por lo que los números reales podrían ser mayores (Finkelman, 1996; Yáñez et al., 2002; Faria et al., 2007; Bombardi, 2016). La exposición ocupacional a plaguicidas se ha asociado al cáncer en distintos sitios primarios

(Alavanja y Bonner, 2012) y a problemas de salud respiratoria como asma, bronquitis crónica y deterioro de la función pulmonar (Ye et al., 2013); la exposición a plaguicidas durante el embarazo se ha vinculado a un mayor riesgo de malformaciones congénitas (Gorini et al., 2014; Vrijheid et al., 2011, en Prüss-Üstün et al., 2016:68; Nota y Ávila, 2010), y la exposición a estos productos, a desórdenes mentales y enfermedades neurodegenerativas, entre otros problemas (Prüss-Üstün et al., 2016). Estudios de salud socioambiental realizados en pueblos de zonas agrícolas de Argentina vinculan el incremento de casos de enfermedades respiratorias, problemas endócrinos, reproductivos y distintos tipos de cáncer con la exposición laboral y ambiental a plaguicidas agrícolas entre los que destacan, especialmente, el herbicida glifosato (Ávila Vázquez, Difilippo et al., 2015; Ávila Vázquez, Ruderman et al., 2015; Ávila Vázquez et al., 2017, 2018; Díaz et al., 2015; Nota y Ávila, 2010; Oliva et al., 2008). Además, ha habido una serie de conflictos y controversias en Brasil y Argentina en relación con los impactos de los cultivos transgénicos tolerantes al glifosato; también se documentan experiencias de organización social de demanda de mayores controles por parte del Estado en su uso (Arancibia, 2013a, 2013b; Arancibia y Motta, 2015).

Estudios de salud ambiental y sociales en salud identifican como grupos especialmente vulnerables a las exposiciones a plaguicidas agrícolas a trabajadores y productores agrícolas que manipulan estos productos; también a mujeres y niños que residen en áreas agrícolas cerca de cultivos que requieren un uso intensivo de plaguicidas, por las derivas de los productos en el ambiente y la presencia de sus residuos (Prüss-Üstün et al., 2016; Quandt et al., 1998; Arcury et al., 2002; Díaz et al., 2015; Hyland y Laribi, 2017; Schwartz et al., 2015; Menasche, 2004).

Estudios sociológicos y antropológicos realizados en distintos contextos socioculturales coinciden en que existen concepciones ambivalentes sobre los plaguicidas entre trabajadores y productores (se reconoce que son peligrosos, pero también que su uso es necesario) (Widger, 2014) y constatan la presencia de una ética invertida, la que reconoce que los plaguicidas son necesarios en la actividad productiva de la agricultura comercial, pero que elimina casi por completo su uso en la huerta para el consumo doméstico (Menasche, 2004). Dichos estudios

encuentran que las personas laboralmente expuestas —trabajadores asalariados y, en menor medida, productores— desestiman los riesgos de la exposición o se resignan a ella; se registran incluso actitudes disonantes —se reconocen los riesgos, pero no se adoptan medidas de prevención—, lo que se incrementa cuando existe poco control en el contexto de exposición y prevención o se está bajo presión por condiciones laborales o productivas (Ríos-González, Jansen y Sánchez-Pérez, 2013; Quandt et al., 1998; Gamlin, 2013, 2016). Estos estudios también dan cuenta de cómo las circunstancias de exposición e incluso los saberes y creencias respecto de estas sustancias están fuertemente influenciados por la posición relativa de los actores en la estructura productiva y las relaciones de poder que se establecen entre ellos en términos económico-políticos, de órdenes e identidades de género, raza y etnia, y situación migratoria, entre otros, todo lo cual puede conducir a situaciones de violencia estructural o vulnerabilidad estructural para ciertos conjuntos sociales (Quandt et al., 1998; Saxton, 2015a, 2015b; Arellano et al., 2009; Haro, 2007; Gutiérrez Strauss et al., 2013; Widger, 2014; Gamlin, 2013, 2016; Schwartz et al., 2015; Benson, 2008; Holmes, 2011; Calvario Parra, 2007; Menasche, 2004; Ríos-González, Jansen y Sánchez-Pérez, 2013).

Estudios sociales de la salud también demuestran que las medidas de prevención y búsqueda de atención ante los padecimientos ocasionados por la exposición a plaguicidas están atravesadas por los saberes y creencias hacia estas sustancias y sus potenciales daños a la salud, por las condiciones estructurales que permiten o inhiben la búsqueda de atención y por la posibilidad de los servicios de salud de dar adecuado diagnóstico y atención (Calvario Parra, 2007; Gamlin, 2013, 2016; Quandt et al., 1998; Arellano et al., 2009; Saxton, 2015b; Faria et al., 2007; Bochner, 2007; Benson, 2008; Levigard y Rozemberg, 2004; Carneiro, 2015). Se ha identificado que la experiencia sensorial y corporal es importante respecto de los saberes legos sobre potenciales daños de los plaguicidas (Quandt et al., 1998; Gamlin, 2013, 2016; Ríos-González, Jansen y Sánchez-Pérez, 2013). También se ha encontrado que desde estos saberes legos se suelen relacionar los padecimientos agudos con la exposición directa a plaguicidas, pero no se suelen reconocer los daños derivados de la exposición crónica o en bajas dosis (Quandt et al., 1998; Gamlin,

2013, 2016; Gutiérrez Strauss et al., 2013; Ríos-González, Jansen y Sánchez-Pérez, 2013; Arellano et al., 2009). La gran mayoría de estudios sociales en salud se centran en personas que están expuestas a estos productos por su actividad laboral, pero se encontraron muy pocos estudios que aborden los saberes de mujeres y niños ambientalmente expuestos a plaguicidas (Saxton, 2015b; Schwartz et al., 2015).

En Uruguay existen más de veinticinco años de producción en antropología de la salud; sin embargo, muy pocos trabajos nacionales han considerado las relaciones en el proceso salud-enfermedad-padecimiento-atención (*s-e-p-a*) y el ambiente desde una perspectiva antropológica. Se destacan los trabajos coordinados por Romero de estudios sobre dengue desde el abordaje del *ecohealth* (Romero, 2010) y los trabajos de Renfrew (2007, 2009, 2011, 2013) con relación a la contaminación por plomo en Montevideo desde una perspectiva de ecología política y justicia ambiental; también los trabajos sobre calidad de aire y movimientos sociales en Minas (Renfrew, 2016). No se han encontrado antecedentes específicos que aborden el problema de las exposiciones a plaguicidas agrícolas desde la antropología médica en el país.

Los principales estudios nacionales sobre plaguicidas y salud provienen del campo de la toxicología (Burger y Fernández, 2004; Burger y Pose Román, 2012; Mañay et al., 2004; Taran et al., 2013) y la salud colectiva (Abbate et al., 2017; Heinzen y Rodríguez, 2015; Rodríguez y Heinzen, 2017), y señalan a las intoxicaciones por plaguicidas agrícolas como un problema de salud pública.

Se ha avanzado en la caracterización de las intoxicaciones agudas, pero se reconoce que existe muy poca información sobre los efectos de las exposiciones crónicas (Burger y Fernández, 2004; Burger y Pose Román, 2012; Taran et al., 2013). Los principales casos de intoxicación registrados en el Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico son agudos. Dentro de estos se encuentran, en primer lugar, las intoxicaciones no intencionales, que comprenden las *laborales*, seguidas por las *accidentales*, y por último, las *ambientales* (Burger y Pose Román, 2012; Taran et al., 2013). También se registran intoxicaciones intencionales o intentos de autoeliminación. El mayor porcentaje de intoxicaciones laborales se reporta entre hombres en edad laboral activa;

en las accidentales y ambientales se encuentran casos de mujeres y niños. La tasa nacional de envenenamiento por exposición a plaguicidas para el período 2002-2011 fue de 7,9 por 100.000 habitantes; sin embargo, existen diferencias significativas entre las tasas para distintos departamentos. Destaca el caso de Soriano, con una tasa de 14,66 (Taran et al., 2013).

En el país se registran antecedentes de estudios sociales sobre los impactos del proceso de la intensificación agrícola o sojización en la estructura social agraria y en el mercado de trabajo (Arbeletche, 2010; Arbeletche et al., 2012; Figueredo, 2012); de migración de población rural a centros poblados (Gainza y Viera, 2009); de impactos socioambientales de la sojización (Blum et al., 2008; Galeano, 2017b; Galeano et al., 2016; Narbondo y Oyhantcabal, 2011; Soutullo et al., 2013), y estudios de salud colectiva sobre exposición laboral y ambiental a plaguicidas (Abbate et al., 2017; Heinzen y Rodríguez, 2015; Rodríguez y Heinzen, 2017). Excepto en los estudios referidos de salud colectiva, el proceso *s-e-p-a* no es tomado como foco. Un relevamiento de capacidades de la sociedad civil sobre plaguicidas realizado en 2006 en el marco de la implementación del Convenio de Estocolmo registraba preocupación por parte de productores rurales, apicultores y población en general del departamento de Soriano por los volúmenes de plaguicidas que eran requeridos para la producción de la soja transgénica y por los casos de intoxicación (CEUTA, 2006). Un estudio sobre impactos de monocultivos en Uruguay con énfasis en soja y forestación plantea que se dieron procesos de desplazamiento de población desde el medio rural hacia centros poblados a raíz de estos impactos; las derivas de las fumigaciones fueron identificadas como uno de los factores que incidían en el fenómeno (Gainza y Viera, 2009). En una encuesta realizada a maestros y maestras rurales de Soriano sobre los impactos de la sojización en el departamento se destaca su preocupación por los efectos de los agroquímicos en la salud humana y el ambiente (Santos et al., 2010).

Al analizar el proceso laboral de trabajadores de monocultivos extensivos de la zona de influencia de la ciudad de Young, por ejemplo, se concluye que la exposición a plaguicidas agrícolas es inherente al modelo productivo, que los trabajadores están expuestos durante todo el ciclo productivo en diversas tareas y que quienes

realizan las tareas menos especializadas son los más vulnerables (Abbate et al., 2017; Heinzen y Rodríguez, 2015).

Además, tras analizar elementos relacionados con la exposición ambiental en población radicada en centros urbanos dependientes de la agricultura, como es el caso estudiado, se encuentra que la circulación de maquinaria agrícola y la presencia de depósitos de plaguicidas o de residuos cercanos a la planta urbana son factores de potencial exposición ambiental (Abbate et al., 2017).

### 3 ▼

## PUNTOS DE PARTIDA TEÓRICO-METODOLÓGICOS PARA UNA ANTROPOLOGÍA MÉDICA CRÍTICA DE LA SALUD AMBIENTAL

Se toman como punto de partida teórico-metodológico para el análisis y la comprensión de la exposición ambiental y laboral plaguicidas agrícolas en contextos agrícolas y de agrocidades (Albadejo, 2013) y las propuestas desarrolladas por la antropología médica crítica norteamericana y latinoamericana, y se busca articularlos con elementos provenientes del campo de la ecología política, adscribiendo a un campo de estudios recientemente definido como *antropología médica crítica de la salud ambiental* o *ecología política de la salud* (Lafferty, 2012; Little, 2016; Singer, 2016). Como ha establecido la antropología médica crítica desde sus orígenes, el proceso *s-e-p-a* no puede ser reducido a la dimensión de la enfermedad (*disease*), sino que debe entenderse en el marco de las relaciones sociales, de poder, económicas, históricas y culturales específicas (Baer et al., 2003; Das y Das, 2007; Menéndez, 2005, 2009; Singer y Baer, 2011). Asimismo, la sociedad humana no puede ser analizada por fuera de las relaciones con su ambiente, ya que la vida humana es sociocultural y biológica a la vez, y se desarrolla a lo largo de todo el ciclo vital en ambientes sociales y materiales que sostienen esa vida (Foladori, 2001; Ingold, 2012; Ingold y Palsson, 2013). En este sentido, el proceso *s-e-p-a* se relaciona con el acceso y el control de recursos que permitan sostener una vida digna, por lo que es necesario considerar las inequidades ambientales y en salud, y reconocer la vulnerabilidad diferencial de distintos conjuntos sociales a los procesos de deterioro ambiental (Singer, 2011, 2016; en Evia, 2018).

Desde esta perspectiva, recupero a nivel teórico-metodológico algunas propuestas conceptuales que se definen y presentan a continuación.

Se parte de comprender el proceso *s-e-p-a* desde una triple dimensionalidad (Kleinman, 1988; Osorio, 2001): se distingue entre la dimensión de la *enfermedad* (*disease*), la del *padecimiento* (*illness*) y la del *sufrimiento* (*sickness*). La enfermedad refiere a la disfunción de los sistemas y supone un conjunto de manifestaciones clínicas objetivas y observables desde el punto de vista médico. La dimensión del padecimiento supone considerar la experiencia subjetiva y el significado de la enfermedad para quien la padece y quienes lo rodean, e incluye las dimensiones psicológica y social de la experiencia; es culturalmente construida e incluye la percepción, la atención, la respuesta afectiva, la cognición y la evaluación de la experiencia tanto del sujeto enfermo como de sus familiares y redes sociales. El sufrimiento refiere al malestar social en el que se integran los elementos estructurales y se expresan las contradicciones económicas y políticas que la sociedad impone a los sujetos (Kleinman, 1988; Osorio, 2001).

Si bien algunas vertientes de la antropología médica se centraron en el análisis de los aspectos semánticos e indexicales de las narrativas de los padecimientos, Das y Das (2007) proponen trabajar desde las «experiencias del padecimiento». Esto incluye otros aspectos de la vida cotidiana, como las prácticas de búsqueda de atención, las relaciones sociales y los ambientes materiales y sociales en los que se desarrolla el proceso *s-e-p-a*, a partir de entender el proceso de padecimiento como corporalmente encarnado. Desde la antropología médica crítica latinoamericana también se ha enfatizado la importancia de comprender los ambientes materiales y sociales en los que se desarrollan la enfermedad, los padecimientos y las prácticas de búsqueda de atención, y se ha priorizado el enfoque de la epidemiología sociocultural, que propone partir de los saberes y prácticas de los conjuntos sociales —modelo de «carrera del paciente» o trayecto de atención— (Haro, 2000, 2011; Menéndez, 1998, 2009; Osorio, 2001). Considero que ambas propuestas teóricas son complementarias, ya que ambos abordajes priorizan los saberes y experiencias de los conjuntos sociales respecto de sus padecimientos, los itinerarios o trayectos de búsqueda de atención que siguen, las redes

sociales a las que acuden y los entornos materiales concretos en los que se desarrollan.

Cuando me refiero a saberes sobre padecimientos, prevención y atención estoy recuperando la propuesta teórico-metodológica de autores de la antropología médica latinoamericana como Menéndez (2005, 2008, 2009), Osorio (2001) y Haro (2000, 2011), que parte de reconocer que los actores y conjuntos sociales en la vida cotidiana utilizan y yuxtaponen uno o más saberes y formas de atención —no antagónicos, sino complementarios— para atender uno o más problemas de salud en distintas etapas del trayecto de atención (*pluralismo médico*). La *autoatención* será una de las actividades básicas del proceso *s-e-p-a* en tanto constituye un proceso estructural para la reproducción biosocial de los conjuntos sociales; incluye las actividades de autocuidado y cuidados legos de la salud que se realizan en los grupos primarios, como la higiene personal y nutrición, la automedicación, el cuidado de los hijos y del aseo doméstico, la selección y preparado de alimentos y otras funciones cuidadoras de la familia (Haro, 2000; Menéndez, 2009). Es importante considerar también que las estrategias preventivas desarrolladas por los conjuntos sociales pueden incluir «la carencia de actividades preventivas respecto de problemáticas que no definen como amenazantes o que registran dentro de procesos que no corresponden a la salud/enfermedad» (Menéndez, 1998:58).

Por último, distintos desarrollos teóricos del campo de la antropología médica han intentado integrar analíticamente los niveles macro y microsociales en los procesos *s-e-p-a*. Como se adelantó, la noción de *sufrimiento social* (*social suffering*) fue desarrollada por Kleinman y sus colaboradores desde fines de los años 1990; este concepto enfatiza la necesidad de entender las formas en que las dimensiones macrosociales interactúan con el nivel microsociales en la construcción del sufrimiento y la producción de salud (Bibeau et al., 1999). Otros autores han propuesto el concepto de *violencia estructural* (Benson, 2008; Farmer, 2004) o de *vulnerabilidad estructural* (Holmes, 2011) para comprender cómo formas de opresión social determinan los procesos *s-e-p-a*, como contrapunto de los enfoques epidemiológicos individualistas centrados en el riesgo individual. Retomando el concepto de *sufrimiento social*, trabajos recientes han propuesto las nociones de *sufrimiento*

*ambiental o sufrimiento tóxico* (Auyero y Swistun, 2007, 2009; Renfrew, 2013; Singer, 2011) para enfocarse en cómo las condiciones de vida en medioambientes degradados o contaminados — contaminantes industriales, desechos urbanos y mala calidad del agua, entre otros— inciden en los padecimientos de quienes habitan dichos entornos. Yo retomo estos conceptos que han sido propuestos para contextos de polución industrial y así reflexionar sobre la exposición a plaguicidas sintéticos en contextos agrícolas.

## 4 ▼

### METODOLOGÍA

Los resultados que se comparten en este artículo forman parte de un proyecto de investigación más amplio cuyo objetivo es conocer y comprender las experiencias de padecimiento y sufrimiento ambiental relacionadas con la exposición de tipo laboral y ambiental a plaguicidas agrícolas utilizados en el contexto de intensificación agrícola nacional, así como conocer también las estrategias que los conjuntos sociales desarrollan para enfrentar estos padecimientos. La estrategia de investigación del proyecto consistió en una metodología etnográfica (Emerson et al., 2011; Hammersley y Atkinson, 1994) con enfoque de epidemiología sociocultural (Haro, 2011; Menéndez, 2008, 2009) en la región suroeste del departamento de Soriano, incluidos la «agrociedad» (Albadejo, 2013) de Dolores, centros poblados de menor tamaño y predios agropecuarios de la zona; según datos del censo agropecuario nacional (2011), se trata de la región con mayor porcentaje de área de agricultura de secano del país, donde predomina el cultivo de soja (MGAP, 2015). La elección de esta zona se debe a que el departamento de Soriano presentaba entonces (2002-2011) una tasa de intoxicación por plaguicidas agrícolas de 14,5 por 100.000 habitantes, un valor muy por encima de la media nacional de 7,9 (Taran et al., 2013).

Se combinaron distintas técnicas, como observación participante, entrevistas en profundidad y conversaciones informales con distintos actores, encuesta, revisión de fuentes primarias y talleres participativos. En este artículo se profundiza en la comunicación de resultados obtenidos a partir del desarrollo de talleres participativos de «salud, ambiente y plaguicidas» llevados a cabo en tres escuelas rurales del departamento con mujeres y niños residentes en contextos agrícolas.

#### 4.1. La colaboración con las escuelas y maestras rurales como acceso a la población rural dispersa

Se realizaron talleres participativos en tres escuelas rurales de la región suroeste del departamento de Soriano, ubicadas en tres parajes rurales diferentes. Por motivos de confidencialidad y anonimato de los participantes no se identificarán sus nombres, ni los números de las escuelas, ni las zonas donde se ubican. Las escuelas se seleccionaron con los criterios de pertenencia geográfica al área de interés del estudio, al tipo de actividades productivas realizadas en su territorio y a la viabilidad e interés por parte de las contrapartes en participar de la presente investigación. Las tres escuelas se encontraban en parajes rurales con un uso del suelo preeminentemente de agricultura de secano y a una distancia de entre 5 y 10 km del centro poblado más cercano.

Se contactó a las maestras por distintas vías y se las puso al tanto de la investigación que se estaba llevando adelante; pedí su colaboración para poder acercarme a las escuelas y desde allí a la población rural dispersa. Se realizaron acuerdos de trabajo previos con las maestras basados en el guion de trabajo previsto para el taller según las particularidades de cada escuela. El día para la realización de la actividad fue fijado por las maestras, y la convocatoria a los participantes fue facilitada por ellas. La decisión de buscar esta puerta de «acceso al campo» se basó en el reconocimiento de la importancia del papel de las escuelas rurales en el desarrollo de las relaciones sociales y comunitarias en el medio rural del Uruguay y de antecedentes de trabajo sobre este tema con maestras rurales en el departamento (Santos et al., 2010).

#### 4.2. Los talleres de «salud, ambiente y plaguicidas»

La metodología de trabajo de los talleres fue diseñada especialmente para este estudio; para ello se retomaron abordajes y metodologías de la antropología comprometida (Mora Bayo, 2011) y de la educación popular (Cano Menoni, 2012).

El taller se diseñó en tres bloques. En el primero se realizó una aproximación al tema en plenario con todos los participantes (adultas y niños) a través de un acróstico con la palabra *plaguicidas*. En el segundo bloque se dividió a niños y

niñas de las mujeres adultas. A los niños y niñas se les propuso realizar un dibujo colectivo en el que representarían sus saberes sobre el uso de plaguicidas en su entorno cotidiano; a las mujeres adultas se les planteó trabajar a partir de tarjetas de colores en torno a los aspectos positivos, los negativos y las alternativas al uso de plaguicidas (el trabajo con las tarjetas operó como disparador para el intercambio colectivo sobre los saberes con relación al uso y la exposición a plaguicidas agrícolas en la vida cotidiana de las mujeres). Y en el tercer bloque se trabajó en plenario. El subgrupo de niños y niñas mostró a los demás los dibujos realizados; el subgrupo de mujeres adultas presentó una síntesis de lo trabajado con las tarjetas. También se realizaron intercambios en plenario. Por motivos de espacio se excluyen del análisis en este artículo los dibujos realizados por los niños, pero se incluyen emergentes disparados a partir del diálogo con ellos.

Los talleres, realizados en noviembre de 2016 y mayo y junio de 2017, tuvieron una duración de dos horas, aproximadamente.

### 4.3. Características de los participantes de los talleres

La población que participó de los talleres fue de niños y niñas estudiantes de las escuelas rurales y de mujeres que residían en el medio rural o trabajaban en las escuelas. En todos los centros educativos se invitó tanto a madres como a padres, pero solo concurren madres y en un caso una vecina de la zona vinculada a la comunidad educativa.

Las edades de las mujeres adultas participantes fue de entre 28 y 60 años; amas de casa, caseras, pequeñas productoras familiares granjeras o lecheras, maestras y auxiliares de limpieza. El nivel educativo de madres y vecinas era heterogéneo, desde primaria incompleta hasta secundaria incompleta. Las maestras contaban con educación terciaria. Se trabajó con un total de 13 mujeres adultas entre las tres escuelas.

Los cursos de escuelas rurales son multigrado y mixtos. Se trabajó con un total de 19 niños y niñas de entre 5 y 12 años de edad (la mayoría, entre los 8 y los 10), entre las tres escuelas.

Los niños y madres que asistieron a los talleres residían en un radio de entre 1 y 15 km, aproxi-

madamente, de las escuelas. En las escuelas 1 y 2, la población se establecía en el medio rural. Las principales ocupaciones de las familias eran pequeña producción familiar lechera o granjera, trabajadores asalariados rurales y prestación de servicios agrícolas. Las maestras y auxiliares residían en centros poblados cercanos. En el caso de la escuela 3, la población era mixta; había familias que residían en el medio rural y otras que lo hacían en un centro poblado cercano de menos de 2.000 habitantes. Entre la población que residía en el medio rural, las ocupaciones de las familias eran empleados rurales asalariados y pequeños productores familiares; entre quienes lo hacían en el centro poblado, trabajadores asalariados del sector agrícola, del sector servicios y trabajadores cuentapropistas.

### 4.4. Registro, codificación y análisis de la información

La discusión mantenida en los talleres fue registrada mediante cuaderno de campo y audios, previa autorización de los participantes. Los registros obtenidos fueron transcritos, sistematizados, codificados y analizados mediante el método descrito por Emerson (Emerson et al., 2011), identificando temas y categorías emergentes significativos. Para el análisis de los resultados obtenidos mediante la técnica del acróstico se adaptó la propuesta de análisis de *free listing*, de Gamlin (2013).

Los nombres de los involucrados en el presente artículo son ficticios.

## 5 ▼

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 5.1. Primeras aproximaciones a los saberes sobre plaguicidas: ¿sustancias ambivalentes?

Quisiera comenzar apuntando que en los tres talleres, el comienzo estuvo caracterizado por cierta reticencia y timidez, con comentarios por parte de las mujeres de que ellas, de eso, «no sabían»: los productos tienen nombres «difíciles» y funciones muy específicas; es algo de lo que saben solo los hombres, que son los que trabajan con eso. Pero la propuesta del taller buscaba precisamente romper con esa idea de que hubiera que reportar algún tipo de «saber experto», por lo que hice hincapié en el hecho de que lo que me interesaba era conocer

su experiencia cotidiana, que también implicaba otras formas de saber. El trabajo con técnicas lúdicas y grupales facilitó la generación de un ambiente de intercambio y confianza que permitió desplegar todo lo que las mujeres, niños y niñas sí sabían sobre las exposiciones a estos productos.

El análisis de los emergentes del acróstico permitió realizar una primera aproximación a los saberes sobre *plaguicidas*. Si bien la palabra *plaguicidas* es reconocida, no es la que se utiliza en lo cotidiano. Como decía una de las madres de la escuela 1: «Yo eso no lo uso, digo directamente “matayuyo”».

**Figura 1.** Resultado de los acrósticos

Escuela 1	Escuela 2	Escuela 3
Plagas	Plagas	Plaga
Langosta	Lagarta	Lombriz
tAmbuchos	Agricultura	tierrA
Glisofato	Glifosato	aGrícola
qUímicos	matayUyo	cUra
avIoneta	Insecticida	Insecticida
Cultivos	Cosecha	Contención
fumIgar	cultIvos	Insectos
herbiciDa [matayuyo]	herbiciDa	remeDios
lAgarta	mAlezas	mAta
Sembrar	curaSemilla	venenoS

Se agruparon los conceptos emergentes en cuatro conjuntos: 1) denominaciones que reciben los plaguicidas; 2) acciones o cualidades atribuidas a los plaguicidas; 3) objetivos (blancos) sobre los que actúan los plaguicidas, y 4) herramientas, actividades y objetos relacionados con las labores agrícolas en general.

En primer lugar, se destacan las variadas denominaciones que se utilizan para nombrar los plaguicidas; estas refieren principalmente a sus distintas funciones, como «herbicidas» o «matayuyos», «insecticidas» y «curasemillas»,<sup>3</sup> o a denominaciones genéricas, como «químicos», «venenos» o «remedios». El único principio activo que se reconoce por su nombre es el glifosato.

Los sentidos denotativos presentes en las denominaciones indican que estos productos pueden ser tanto remedios como venenos, o pueden tanto curar o contener las plagas como matarlas. Por ejemplo, durante la realización del acróstico en la escuela 3, mientras empezaba el intercambio y algunos compañeros comenzaban a decir algunas palabras que denotaban estos sentidos contradictorios, un niño preguntó consternado: «Pero ¿qué palabra quiere?, ¿de algo que muera o de algo que cure?».

En cuanto a los objetivos (blancos) sobre los que actúan los plaguicidas, se reconoce como «plagas» en sentido genérico a los insectos y los «yuyos» o «malezas».<sup>4</sup> Entre los insectos se identifican particularmente la «lagarta» (dos casos) y la «langosta» (*lagarta* es la denominación popular de la larva de los insectos del orden *Lepidoptera*, plaga frecuente en los cultivos de soja).

Por último, se encontró que los plaguicidas están relacionados con una serie de objetos, actividades y tecnologías propios del ciclo productivo agrícola asociados a conceptos como *agricultura*, *cosecha*, *cultivo*, *siembra*, *tierra*, *tambucho*,<sup>5</sup> *avioneta* y *fumigación*; llama la atención que no se mencionaran tecnologías de aplicación terrestre.

Estos resultados indican que el término *plaguicida* no es usado cotidianamente, pero sí es reconocido; que los saberes sobre estos productos están asociados al ciclo productivo de la agricultura y que son representados como sustancias ambivalentes (Widger, 2014), necesarios para la producción, pero potencialmente peligrosos.

## 5.2. Saberes sobre contextos de exposición a plaguicidas agrícolas

Para las mujeres participantes de los talleres, el uso de los plaguicidas agrícolas no era algo extraño; algunas, incluso, los usaban directamente. A raíz de los cambios técnico-productivos asociados a la intensificación agrícola o sojización, las exposiciones ambientales a plaguicidas agrícolas eran identificadas como más problemáticas que «antiguamente», cuando los cultivos eran diferentes y «no se echaba tanto matayuyo».

El haber quedado «rodeadas de cultivos» y la incorporación de «la soja» fueron dos cambios territoriales y productivos muy significativos para

ellas en cuanto a volúmenes e intensidad de la exposición ambiental a plaguicidas agrícolas. Se encontró un saber compartido de que el cultivo de soja es más intensivo en el uso de plaguicidas que otros —«la que lleva más es la soja»—, y que estos plaguicidas son identificados como productos «más fuertes» o potencialmente más peligrosos.

Como se desarrollará con más profundidad en los próximos apartados, las principales fuentes de exposición ambiental reconocidas como causantes de problemas y padecimientos de distinto orden fueron las derivas aéreas de los plaguicidas utilizados en los cultivos —«derivadas» o «fumigaciones»— y la deriva o escurrimiento a fuentes de agua superficial o cotidiana.

También se encontró que los espacios y cultivos en los que son usados los plaguicidas, el tipo de tecnología de aplicación utilizada y las representaciones sobre quién «sabe» de plaguicidas varía según el género. Mientras que los hombres trabajan principalmente en las «chacras» o cultivos agrícolas, son los que «saben» qué productos y cuándo hay que usarlos para fines productivos y usan tecnologías de aplicación de gran porte, como maquinaria de aplicación aérea autopropulsada —conocidos como «mosquitos»—, las mujeres solo usan estos productos en el ámbito doméstico —jardín, alambrados cercanos— y, eventualmente, en las quintas, con fines de mantenimiento o de «limpieza», y con la tecnología de aplicación de pequeño porte, cargada contra el cuerpo —«mochilas»—. <sup>6</sup>

Y en mi caso también echo con la mochila, para que no haya mugre en la quinta o abajo de un pastor,<sup>7</sup> claro. Lo que él [su marido] ya tiene experiencia, sabe qué hay que echar, cada cuánto hay que echar [...]. Cuando vamos a hacer comida para las vacas, antes hay que limpiar toda la mugre que hay en el campo, y ahí se le paga a un mosquito y se limpia. Se echa el matayuyo y se limpia. (Karen, productora familiar lechera)

Se encontró coincidencia en que las participantes usaban herbicidas para mantenimiento y limpieza de jardines y alambrados, pero no en las quintas donde se cultivan alimentos para autoconsumo. Si bien Karen menciona que ella los usa para «limpiar» la quinta, la mayoría de las participantes preferían mantenerla «natural», es decir, sin uso de plaguicidas.

Ya en la casa de uno es distinto [...]. Una siembra para uno y por eso podés hacer sin curar. (Mirta, productora familiar agrícola-lechera)

Estos resultados indican que existen contextos de uso y exposición a plaguicidas agrícolas diferenciados por género y edad, lo cual coincide con antecedentes para la región (Menasche, 2004) y nacionales que indican que el trabajo asalariado agrícola, en general (Figueredo, 2012), y el trabajo en la aplicación de plaguicidas agrícolas en cultivos de secano, en particular, es casi exclusivamente masculino (Heinzen y Rodríguez, 2015; Abbate et al., 2017). Dentro de los espacios productivos en la chacra también se han registrado diferencias respecto de la vulnerabilidad a las exposiciones, según el tipo de ocupación y la jerarquía que se ocupa en la estructura laboral (Heinzen y Rodríguez, 2015; Abbate et al., 2017; Evia, 2019 [en prensa]), por cuestiones de foco en este trabajo no me detendré en estos hallazgos.

### 5.3. Saberes y experiencias sobre los problemas que puede generar la exposición a plaguicidas agrícolas

En cuanto los plaguicidas agrícolas forman parte de los contextos domésticos y productivos, las mujeres identifican desde su experiencia cotidiana una serie de problemas que se relacionan con la exposición a estos productos. Se irán presentando los distintos temas emergentes sobre las formas en que el contacto y la exposición a plaguicidas agrícolas pueden generar problemas de distinto tipo, los que comprenden problemas de salud, aunque también los trascienden.

#### 5.3.1. Saberes y experiencias sobre la exposición ambiental: las «derivadas», el «olor» y los «productos que corren con el agua»

Un primer problema identificado es la posibilidad de que cuando se está aplicando un herbicida, la «deriva» pueda «quemar» el cultivo a un vecino, o que un cultivo propio sea quemado por una deriva. El término *cultivo* suele referir a los cultivos de cereales u oleaginosas realizados en las chacras; *quemar* es de uso muy extendido y refiere a cuando un vegetal se seca completa o parcialmente por la acción de los herbicidas, lo cual le da un aspecto amarillento o amarronado, como cuando se quema por el sol. El uso del término *deriva* a nivel popular refiere a la movilidad de los plaguicidas del punto donde son ro-

ciados a otro punto; esta movilidad puede darse en estado líquido o gaseoso, y se cree que es ocasionada por corrientes de aire.

Además de los «cultivos», otros tipos de plantas, como hortalizas, hierbas aromáticas o medicinales, árboles frutales y plantas ornamentales sembradas en las quintas para autoconsumo o en los jardines que integran el entorno doméstico —cercanos a la casa-habitación—, pueden ser «quemados» cuando llega la «deriva» del producto o por la mera «presencia del olor».

—El otro día, el dueño del campo echó ahí. Y tenía ahí un jardincito, y a los poquitos días... las plantas estaban secas secas. (Beatriz, maestra)

—Sí, porque hay plantas que con el mismo olor... (Jésica, ama de casa rural)

Incluso en dos de los talleres se mencionó que en años anteriores hubo «derivas» de los cultivos cercanos hacia las escuelas. En una de las escuelas, las madres recordaban que esto ocasionó malestar estomacal en los niños que se encontraban entonces en clase. En la otra, la deriva ocurrió fuera del horario escolar, pero cuando la maestra aún estaba en el edificio; solo «afectó» la huerta escolar. Estos episodios se analizan con mayor atención en el próximo subapartado.

Además de quemar plantas, al «olor» de los productos es atribuida una serie de cualidades y potencialidades nocivas, como «intensidad» y «toxicidad», entre otras que pueden llegar a afectar a las personas. El olor se puede «sentir» cuando se está circulando por rutas y caminos vecinales con vehículos particulares, o en la vivienda, cuando se están fumigando los cultivos.

La presencia e intensidad de los olores se relaciona con el riesgo percibido con relación a la mayor o menor peligrosidad de los productos; incluso, algunos productos específicos, sea por su función, por el nombre comercial o por el principio activo, pueden llegar a ser reconocidos por su olor.

—Cuando curan la soja... Hay una cosa que hay para la lagarta, creo que es... que es imponente. (Ana, pequeña productora granjera, escuela 1)

—El herbicida debe ser el peor de los olores, en la época que empiezan a curar los tuyos.

—¿El glifosato? ¡¿Y el 2-4-D?! ¡Eso no hay quien pueda aguantarlo! ¡Viene de lejos y mata todo! Porque allá, todo lo que es albahaca, menta, todo lo que es más tiernito, lo mata.

—¡Ay! Ese es impresionante, el olor... (diálogo entre Mirta, pequeña productora familiar, y Jésica, ama de casa rural, escuela 2)

El olor no solo llega con el viento: también puede quedar «prendido» o «impregnado» en la ropa, que se lava y cuelga afuera para secar, o hasta «meterse» en la casa.

—Se te mete, sí [...]. Si vos te metés para adentro de tu casa y no podés estar adentro de tu casa, cómo será afuera... (Ana, pequeña productora granjera, escuela 1)

—Yo en la casa tengo el alambre lleno de ropa tendida [...]. Voy a juntar la ropa y está mojada, de los venenos. (Nicole, pequeña productora lechera, escuela 2)

Sentir el olor, respirarlo o aspirarlo fue asociado entre varias mujeres con sensaciones desagradables y con el desencadenamiento de padecimientos como irritación de vías respiratorias, dolores de cabeza y náuseas.

A mí se me seca la garganta [...]. Me arde toda la garganta, me congestiono toda, como alergia. Las vías nasales, se me cierra todo. Mareo no, pero ganas de vomitar sí. Como una náusea, como un revoltijo así... Pero es el olor, ¿viste?, el olor y que ta, tiene sus químicos, su toxicidad. (Ana, pequeña productora granjera)

Valeria, ama de casa y esposa de un peón rural, planteaba que ella sentía los olores, pero que no le hacían mal «porque, como quien dice, yo estoy acostumbrada». Sin embargo, en otro momento del taller, la propia Valeria refirió en una ocasión haber tenido que dejar la casa del medio rural en la que habitan debido al trabajo de su marido; tuvieron que irse por un par de días con sus hijos a una casa que tienen en el centro poblado porque «se le metía el olor a la casa» y «no se aguantaba».

Por último, las mujeres también observan que los plaguicidas se dispersan y pueden afectar a otros seres vivos a partir de su deriva y filtración en los cursos de agua. Se reconoce que la presencia de los plaguicidas en los cursos de agua

puede afectar a seres no humanos (peces, otros animales, árboles).

Y los pescados [mueren] porque contamina el agua, también; contamina los arroyos... cuando están lavando el matayuyero. (Valeria, ama de casa rural)

O cuando echan en un campo, que llueve, eso se llueve, y si tiene un arroyo o una cañada cerca, eso va todo a parar ahí. (Karen, pequeña productora lechera)

En las tres escuelas, las maestras plantearon su preocupación por la potencial contaminación del agua para consumo humano. Si los productos «corrían» o se «llovían» desde los campos, podían terminar en los cursos de agua e incluso llegar a filtrarse en las napas de agua de los pozos que se utilizaban para consumo en las viviendas rurales dispersas y en las propias escuelas. También, en los tres casos, se planteó la preocupación de «no saber» si los pozos de agua de las escuelas podían tener residuos de plaguicidas agrícolas, ya que no tenían recursos para hacer análisis químicos.

Estos resultados indican que existen saberes dados por la experiencia cotidiana del habitar —observación de plantas (árboles y cultivos), animales (peces), cursos de agua, olores— y que es corporalmente encarnada. El olor se presenta como un indicador sensorial importante de la experiencia cotidiana de exposición ambiental a plaguicidas agrícolas, lo que resulta coincidente con otros estudios (Quandt et al., 2006; Gamlin, 2013, 2016). Parecería haber una forma de conocimiento corporal respecto de la exposición ambiental a plaguicidas, informada por los modos sensoriales de atención (Shapiro, 2015) que «detectan» la presencia ambiental de los productos a nivel gaseoso, atmosférico, en los residuos presentes en la ropa de trabajo e incluso en el propio cuerpo de los trabajadores.

### 5.3.2. Experiencias de conflicto interpersonal y relaciones de poder asimétricas

Retomo aquí los dos episodios sobre derivas en las escuelas mencionados en el apartado anterior. En ningún caso se realizó la denuncia de lo ocurrido, a pesar de que en Uruguay existe normativa que establece las distancias mínimas de aplicación de plaguicidas respecto de centros educativos y poblados. En el primer caso, en el

que los niños se sintieron mal, las madres comentaron que la maestra que estaba en ese momento en la escuela «no quiso hacer nada», pero una de las madres le manifestó su descontento al productor. Ana es una pequeña productora granjera, madre de dos niños de menos de cinco años, y estaba cansada de que en el predio lindero a su casa fumigaran. Ese día, cuando la fumigación alcanzó también la escuela, se hartó y decidió enfrentar al productor, que también era su vecino. Se trataba de un productor «grande» de la zona, hombre, con vinculaciones políticas en el gobierno departamental.

En el otro caso, la deriva ocurrió fuera del horario escolar, pero cuando la maestra aún se encontraba en el lugar. Ella vio cómo fumigaban lindero a la escuela y le preocupó que la deriva pudiera afectar los alimentos de la huerta escolar que allí se usan para consumo. Cuando días después vio que se encontraba en el predio vecino la ingeniera agrónoma que lo asesora, le fue a manifestar su temor de que los alimentos de la huerta se hubieran contaminado por la deriva, y a pedirle que «por favor, no fumigara cerca de la escuela».

En ambas situaciones, las mujeres tuvieron que soportar que les hablaran de forma prepotente y vieron descalificados y minimizados sus planteos. Esto también puede analizarse como experiencias de padecimiento o sufrimiento ambiental derivadas del uso de plaguicidas agrícolas a las que se enfrentan las mujeres: además de soportar los daños ocasionados por la exposición a plaguicidas en los entornos de reproducción de la vida cotidiana, cuando en vez de naturalizar la exposición buscan el diálogo, se enfrentan a relaciones asimétricas de saber-poder, son descalificadas y se ven involucradas en situaciones de conflicto interpersonal con su entorno más cotidiano.

Es difícil el tema porque los gringos<sup>9</sup> tienen plata y poder, y porque la gente que trabaja en las estancias lo ven como bueno, porque es el trabajo que tienen. (María, pequeña productora granjera, escuela 3)

La descalificación de los saberes legos sobre exposición ambiental a plaguicidas —sobre todo por parte de actores de la agroindustria y de agencias estatales— hacia mujeres y jóvenes ha sido reportada en otros estudios (Saxton, 2015).

### 5.3.3. Saberes y experiencias sobre las personas que trabajan con plaguicidas: «A él, tanto remedio le estaba afectando el cuerpo»

Por último, además de los distintos problemas que la exposición a los productos podría traer en seres humanos y no humanos, se encontró un saber compartido entre las mujeres rurales de que «las personas que trabajan con productos» pueden desarrollar problemas de salud «con el tiempo»; se referían sobre todo a hombres que hubieran desarrollado tareas vinculadas a la fumigación con plaguicidas agrícolas y por un tiempo prolongado.

—Porque pasan los años y yo he sabido que puede traer cáncer.

—Sí, en el momento no se dan cuenta. Pero después, después empiezan con las cosas y... (diálogo entre madre y maestra, escuela 2)

Durante todo el trabajo de campo etnográfico eran usuales las referencias a casos de conocidos —un vecino, un sobrino, un compañero— de quienes, a partir de rumores, «se sabía» que dejaban de trabajar en las aplicaciones de plaguicidas porque se enfermaban. En una de las escuelas mencionan el caso de un «mosquitero» de la zona que hacía poco tiempo había vendido el mosquito porque los «remedios» le estaban afectando el cuerpo.

Lo que pasa es que a él, tanto remedio le estaba afectando el cuerpo; entonces él se dio cuenta y... Entonces él ahí se daba cuenta que entre el cigarro y los remedios, ya estaba que perdía el apetito, se sentía mal del estómago... Y se cansó, también. Se cansó. Tantos años en eso... (Erika, auxiliar de cocina)

Dos participantes compartieron las experiencias de sus esposos. Ambos trabajaban con los productos, y sus mujeres planteaban que con el tiempo empezaron a manifestar distintos síntomas relacionados con el «veneno».

Hugo (52 años), esposo de Mirta, se inició en el trabajo agrícola casi desde niño. Trabajó primero junto a su familia de origen y luego en un predio propio dedicado principalmente a la lechería y la agricultura. Además, en una época sembraban papa, y él era el encargado de fumigar los cultivos. Mirta cuenta que cuando el “Tordon” anda en el aire, a Hugo ya «le ataca el pecho», aunque

tercerice la fumigación. “Tordon” es el nombre comercial de un herbicida elaborado en base a la mezcla de dos principios activos diferentes (2,4-D y Picloram).

Como Hugo, que está intoxicado. Cuando curaba la papa, con la mochila, con el Tordon, ese, que era fortísimo. Y ahora siente cuando echan el Tordon en el cultivo, que a veces anda en el aire, y ya no puede ir. No puede ir y le empieza el pecho. Eso «es lo mismo», dice [...]. Él mismo, ¿viste?, como que es algo que ya tiene, ya antiguamente [...]. Y regando, viste cómo te penetra todo. En la piel: está intoxicado por los poros de la piel.

Según Mirta, Hugo estaría intoxicado. En este caso, el «estar intoxicado» refiere no a una intoxicación aguda, sino a un estado crónico al que habría llegado por la exposición laboral a plaguicidas en la época en que tenía que curar la papa con la «mochila». El producto le habría «penetrado» por los poros de la piel, y más allá de la manifestación aguda en el momento de la exposición, lo que se reconoce son síntomas crónicos y padecimientos que «arrastra» a lo largo del tiempo y le ocasionan malestares aun en la actualidad. Sin embargo, no ha acudido a ningún servicio biomédico buscando atención.

El otro caso es el de Juan (30 años), el esposo de Jélica. Él tiene una empresa de servicios agrícolas con la que realiza siembras, cosechas y fumigaciones, entre otras tareas. Jélica cuenta que siempre que le tocaba trabajar con los productos, Juan llegaba a su casa con mucho dolor de cabeza y «no se le podía ni hablar». Como medida de prevención, se cambiaba de ropa en un galpón, para no entrarla a la casa, y se bañaba antes de saludar a los hijos. Sin embargo, incluso a pesar de que adoptaba distintas prácticas de higiene, se le quedaba el olor impregnado en el cuerpo. «Después te acostás a dormir y... ¡se siente el olor! Por más que se bañe, que se eche lavandina...<sup>10</sup> ¡Se echa lo que sea!». Ella contaba que su marido llegaba a limpiarse las manos con productos como hipoclorito de sodio y/o detergente para pisos para sacarse el olor, pero de todas formas no lo conseguía.

A pesar de que aún es joven, en un momento se asustaron porque empezó a perder fuerza en brazos y manos, al punto en que un día «no podía ni calzarse». Esto los llevó a consultar a un médico, quien les indicó análisis; Jélica no recu-

erda cuáles, pero sí recuerda que les explicaron que estos problemas se debían a que Juan tenía «veneno en la sangre».

Hace un año y algo, mi esposo, tiene 30 años ahora, empezó a perder la fuerza de los brazos y las manos. Y llegó un momento que no podía ni calzarse. Y fuimos al médico. Lo mandaron urgente a Carmelo, a hacerse estudios, análisis urgente, porque parecía que era veneno en la sangre. Y tenía un mínimo. No se le había ido a los músculos todavía, al hueso. Porque dice que cuando se entra, después dice que no lo sacás más [...]. Traen de todo [los productos]. ¡De todo! Lo que pasa es que él, en el momento, vos no te das cuenta... (Jésica, ama de casa)

El relato de Jésica da cuenta de que existe un saber respecto de que los productos se pueden acumular en el cuerpo, debido a múltiples y repetidas exposiciones. Este proceso sería gradual y acumulativo, lo que se refleja en la afirmación de Jésica de que a su marido le habían encontrado «un mínimo» de veneno, pero que no había llegado a los músculos ni a los huesos —todavía—, porque ya luego, no se podría sacar más.

Tanto en los casos de Hugo y de Juan como del mosquitero conocido de la zona, vemos que los saberes de las mujeres refieren a cómo los productos van actuando a través del tiempo. Existe una representación de que dichos productos van «penetrando» en el cuerpo y lo van afectando, en lo que parece ser un proceso gradual en el que «al principio no se dan cuenta», pero luego llegarían a estar «intoxicados», con «el veneno muy adentro». Los saberes de las mujeres dan cuenta de que la afectación del cuerpo por los venenos es silenciosa y paulatina, pero que a la vez se puede ir reconociendo a partir de síntomas como perder fuerza, perder apetito, cansarse y tener dolores de cabeza. Se reconoce un saber lego sobre la posibilidad de que los «venenos» generen problemas de salud a partir de exposiciones en bajas dosis y durante tiempo prolongado; es decir, existe un saber sobre la peligrosidad de las intoxicaciones crónicas. Esto es un hallazgo novedoso respecto de los antecedentes de la literatura que plantean que desde los saberes legos se reconocen principalmente los padecimientos agudos pero no los efectos crónicos a la exposición a plaguicidas.

#### **5.4. Saberes sobre medidas de prevención, autoatención y búsqueda de atención especializada ante la exposición a plaguicidas agrícolas**

A lo largo de los talleres se fueron relevando distintas medidas de prevención y autoatención que se adoptaban ante los problemas identificados, y cuándo, cómo y por qué se recurría —o no— a la búsqueda de atención especializada ante estos padecimientos.

##### **5.4.1. Saberes y prácticas preventivos: «Hay que cuidarse uno y cuidar a los vecinos»**

Las medidas de prevención más frecuentes y generalizadas entre las mujeres están orientadas a evitar la exposición ambiental de ellas y sus hijos. Las principales son:

**1. Evitar respirar el olor a veneno que llega con el viento por las derivas de fumigaciones.** Para eso pueden llegar a tener que suspender las actividades que estén realizando al aire libre —quinta, recreación, tomar mate, tender ropa, juegos de niños—, encerrarse en la casa con sus hijos o incluso irse de la casa cuando en la zona se están realizando aplicaciones de plaguicidas.

Vos tenés que estar hasta la madrugada sin poder abrir las ventanas de tu casa... (Ana)

Yo, cuando empiezan a echar, los meto para adentro a los gurises [...]. La última vez que echaron y eso, yo dije: «Ta, yo no me quedo acá», por el olor que había adentro. No lo soportaba. Y me fui para el pueblo, que tengo casa. (Valeria)

**2. Evitar, hasta cierto punto, la exposición a residuos de plaguicidas que puedan encontrarse en la ropa de trabajo de los adultos que trabajen con ellos.** Para esto, los hombres se cambian la ropa de trabajo antes de entrar al espacio doméstico, para que los niños no entren en contacto. Algunos hombres hacen un prelavado de esta ropa, pero en la mayoría de los casos, la tarea del lavado de ropa está a cargo de las mujeres.

Óscar me dice: «Esto lo lavo aparte, que tiene un olor que no se puede». «No lo vayas a poner con la otra ropa», me dice, ya de entrada. (Nicole, pequeña productora lechera)

Porque, o sea, no hay algo que lo saque todo. Él llega, se saca la ropa, va a un tacho con agua.

La tiro y después sí, va al lavarropa, con vinagre. (Jésica, ama de casa)

**3. Vestimenta y aseo.** Si ellas mismas aplican plaguicidas con la mochila, todas coinciden en que hay que hacerlo «con cuidado». Los «cuidados» implican usar ropa impermeable —equipo de lluvia—, lavarse las manos o bañarse, y cambiarse de ropa luego de aplicarlos, porque «les queda el olor». Ninguna mencionó utilizar equipos de protección personal, como máscaras, guantes, botas o delantal impermeable.

**4. Cuidado del entorno personal.** Las medidas de prevención desde la perspectiva de las mujeres también incluirían, además del cuidado de su entorno familiar inmediato, cuidar a los vecinos que están cerca de los predios y prevenir potenciales daños que pudieran generarse por las derivas.

Hay que cuidarse uno y cuidar a los vecinos [...], y echar cuando no hay viento. Porque si vos vas a echar el glifosato o echás algo, y sabés que están, que hay un cultivo o algo que tenga el vecino, se lo quemás también. (Nicole, pequeña productora lechera)

En contrapartida, también se esperaría que los vecinos adoptaran medidas de prevención recíprocas. Cuando esto no ocurre, para enfrentar la situación, pueden desarrollarse estrategias como las de los dos casos de derivas en escuelas ya comentados donde las mujeres buscan prevenir que los acontecimientos vuelvan a ocurrir mediante el diálogo o incluso a partir de la presentación de denuncias ante autoridades estatales competentes en la temática. Esto puede interpretarse como una forma de prevención e incluso de participación social en salud (Menéndez y Spinelli, 2006), ya que su intención está movida por el deseo de prevenir que el daño vuelva a ocurrir.

**5. Alimentos para el autoconsumo.** Por último, las medidas de prevención respecto de la exposición a plaguicidas agrícolas también incluyen algunas respecto del potencial contacto con plaguicidas por los alimentos que ellas y sus familias consumen. Si bien muchas tienen quintas para autoconsumo, también recurren a comprar alimentos como frutas y verduras «en el pueblo», y de los cuales se sospecha que se les debe «echar de todo». Ante esto surge la incertidumbre de qué hacer, ya que por más que se laven,

los alimentos de todas formas «absorberían» los agroquímicos utilizados en su producción. La medida preventiva que estaría a su alcance y que adoptan es el lavado de frutas y verduras, y el pelado de cáscaras, aunque ellas mismas dudan de que dichas medidas sean eficaces.

#### **5.4.2. Saberes y prácticas de autoatención y búsqueda de atención**

En cuanto a las prácticas de autoatención, se refirieron medidas de automedicación para el caso de los dolores de cabeza —analgésicos de venta libre— o algún «té de yuyos» para los malestares estomacales. La búsqueda de atención en servicios de salud especializados solo fue referida en el caso de Juan, el esposo de Jésica, y por tratarse de síntomas que ya se consideraban muy graves. Esta escasa y casi nula búsqueda de atención a servicios de salud ante problemas derivados de la exposición a plaguicidas agrícolas puede ser comprendida por la «habitación» que algunas mujeres referían respecto de los «olores» y las molestias que estos generaban, y que lo que había que hacer era «encerrarse y aguantarse».

Estos hallazgos sugieren que los padecimientos por la exposición a plaguicidas agrícolas pasan a ser naturalizados y considerados como parte de la vida cotidiana, lo cual contribuye a reforzar la invisibilización de este tipo de problemas de exposición crónica en bajas dosis y por tiempo prolongado. Estos resultados son coincidentes con estudios para la región que indican que las estadísticas oficiales de intoxicaciones por plaguicidas agrícolas son solo la punta del iceberg, ya que los sistemas de salud tienen problemas de subregistro y porque muchas consultas no llegan al sistema de salud o no son diagnosticadas (Bochner, 2016; Carneiro, 2015; Faria et al., 2007).

A su vez, la escasa búsqueda de atención en los servicios de salud ante padecimientos derivados de la exposición a plaguicidas debe ser relacionada con las prácticas de uso de los servicios de salud que se hace ante cualquier tipo de padecimientos. Este aspecto fue someramente explorado en los talleres, y los resultados indican que las mujeres que residen en el medio rural recurren a servicios de salud biomédicos para problemas que son considerados «urgentes», o para los «controles» y la vacunación de niños pautados por el sistema de salud. Las mujeres

manifestaron que ellas no se realizan controles de salud preventivos, y que la última vez que habían «visto médico» fue durante sus últimos meses de embarazo y en los partos. No se encontraron antecedentes con relación al uso y la accesibilidad a servicios de salud rural en el país, aspecto que por no haber sido explorado en profundidad, requeriría subsiguientes investigaciones.

## 6 ▼

### CONCLUSIONES

En este artículo se buscó acercarse a los saberes y experiencias sobre exposiciones a plaguicidas agrícolas de mujeres que residen en contextos agrícolas en el departamento de Soriano. Desde una perspectiva de epidemiología sociocultural, se abordaron los saberes sobre exposición a plaguicidas y las experiencias de padecimientos producidos por estos, así como las prácticas de prevención, autoatención y atención que desarrollan para afrontar dichos padecimientos.

Los resultados obtenidos indican que la exposición cotidiana a plaguicidas agrícolas en mujeres y niños que residen en el medio rural en contextos agrícolas trasciende la dicotomía *exposición ambiental / exposición laboral* y se da mediante distintas fuentes potenciales de exposición, las que se superponen. Más allá de que las mujeres realicen tareas puntuales de aplicación de plaguicidas con «mochilas» para mantener «limpios» ciertos espacios de los alrededores domésticos, la mayoría de los problemas identificados como consecuencias de la exposición ambiental a plaguicidas agrícolas está ligada al uso y aplicación de los mismos en cultivos de secano con maquinaria de gran porte. Se identificaron saberes compartidos entre estas mujeres, los que establecen una relación entre la sojización y la intensificación en la exposición ambiental a plaguicidas agrícolas. Esta intensificación es percibida tanto en la cantidad de aplicaciones realizadas en los cultivos de soja respecto de otros cultivos como en la peligrosidad de los productos que se utilizan.

Los plaguicidas utilizados en los cultivos se hacen presentes en su vida cotidiana en las derivas; en los escurrimientos de cursos de agua superficiales o potenciales filtraciones en fuentes de agua subterránea; en la observación de peces y de otros pequeños animales que aparecen muertos; en los «olores» que llegan con el viento

y pueden «quemar» cultivos, huertos y frutales para el autoconsumo, generar dolores de cabeza, náuseas e irritación de vías respiratorias, y obligarlas a encerrarse dentro de sus casas; en la presencia de residuos en ropa y hasta en el cuerpo de sus maridos cuando trabajan con ellos. Sin embargo, a pesar de que se reconoce una serie de padecimientos como consecuencia de la exposición ambiental a plaguicidas, estos suelen ser naturalizados como parte de la vida cotidiana y «aguantados».

Esto se relaciona con las prácticas de prevención y atención relevadas. La mayoría de los problemas y padecimientos se previenen, se «aguantan» o se resuelven mediante la autoatención. La búsqueda de atención en los servicios de salud biomédicos se realiza solo ante casos considerados «urgentes» o «graves», y los criterios de gravedad parecen relacionarse con el grado de agudeza de los síntomas. Esto contribuye a la invisibilización de los malestares generados por las exposiciones a plaguicidas agrícolas crónicas en dosis bajas y cotidianas.

Además, se encontraron saberes específicos respecto de los daños a la salud que pueden sufrir las personas —generalmente hombres— que trabajan por tiempo prolongado con plaguicidas agrícolas. Dichos daños son explicados por ellas en el sentido de que «el veneno penetra en el cuerpo». Se trataría de un proceso de daño y deterioro acumulativo y prolongado. Si bien este proceso culminaría al alcanzar cierto nivel de «acumulación» o «penetración» del veneno —intoxicación crónica, cuando el veneno llega «a los huesos»—, se va manifestando paulatinamente a partir de síntomas como pérdida de fuerza y de apetito, cansancio, dolores de cabeza y afectación de vías respiratorias, que están culturalmente relacionados con el efecto del veneno. Este resultado es novedoso, ya que la mayoría de los antecedentes afirman que desde los saberes legos no se reconocen los potenciales daños de la exposición crónica a plaguicidas.

Los resultados permiten afirmar que los problemas y padecimientos por la exposición a plaguicidas afectan la vida cotidiana de la población que reside en contextos agrícolas y trascienden la dimensión de la «enfermedad», en términos biomédicos, incluyendo problemas relacionados con la calidad ambiental de los entornos cotidianos en los que las personas desarrollan y reproducen su vida (agua, aire, bio-

diversidad, alimentos para autoconsumo), en experiencias de padecimiento encarnadas y potenciales situaciones de conflicto interpersonal entre actores sociales con posiciones de poder desiguales en el territorio. Por estos motivos, entiendo que es pertinente el uso de la categoría *sufrimiento ambiental* para el análisis de la exposición a plaguicidas en el contexto de la sojización uruguaya. Además, estos saberes son informados por experiencias del habitar cotidiano y por modos sensoriales de atención corporalmente encarnados; los «olores» cobran particular relevancia en la experiencia sensorial de la exposición a plaguicidas de la vida cotidiana, ya que operan como indicador de una peligrosidad percibida de estos productos e informan decisiones sobre prácticas de prevención.

Por otra parte, la naturalización de los padecimientos ocasionados por la exposición ambiental cotidiana en mujeres y niños que viven cerca de los cultivos agrícolas extensivos es un factor que refuerza aún más su vulnerabilidad, atravesada por representaciones socioculturales sobre el riesgo que estos productos pueden ocasionar en la salud humana y ambiental, pero también por las relaciones de poder y de género que estructuran el orden social en sociedades altamente dependientes de la actividad agrícola.

## BIBLIOGRAFÍA

Abbate, S.; Colazzo, M.; Fonsalía, A. et al. (2017). *Agroquímicos, salud laboral y ambiental: diálogo de saberes y búsqueda de alternativas en una comunidad urbana del litoral del país*. Montevideo: CSIC (Comisión Sectorial de Investigación Científica).

Aguilar, M. (2017). «Siguen las repercusiones de la contaminación por agrotóxicos en La Armonía». *La Diaria*, 16 de febrero. Recuperado: 2018, 4 de setiembre. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2017/2/siguen-las-repercusiones-de-la-contaminacion-por-agrotoxicos-en-la-armonia/>.

Alavanja, M. C. R. y Bonner, M. R. (2012). «Occupational pesticide exposures and cancer risk: a review». *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 15 (Part B, Critical Reviews), 238-263.

Albadejo, C. (2013). «Dinámica de la inserción territorial de la agricultura pampeana y emergencia

del agribusiness». En: Gras, C. y Hernández, V. (eds.). *El agro como negocio: producción, sociedad y territorios en la globalización*. Buenos Aires: Biblos.

Albert, L. (1990). *Los plaguicidas, el ambiente y la salud*. Ciudad de México: Centro de Ecodesarrollo.

Arancibia, F. (2013a). *Controversias científico-regulatorias y activismo: el caso de los agroquímicos para cultivos transgénicos en la Argentina. Riesgo, política y alternativas tecnológicas*. Prometeo: Buenos Aires.

— (2013b). «Challenging the Bioeconomy: The dynamics of collective action in Argentina». *Technology in Society* 35, 79-92.

Arancibia, F.; Motta, R. (2015). «Health experts challenge the safety of pesticides in Argentina and Brazil». En: *Medicine, Risk, Discourse and Power* (pp. 187-214). Londres: Routledge.

Arbeletche, P. (2010). «Impactos socioeconómicos de la expansión agrícola». En: Ernst, O.; Bidegain, M.; Pristch, C. et al. (eds.). *Intensificación agrícola: oportunidades y amenazas para un país productivo y natural*. Montevideo: CSIC (Comisión Sectorial de Investigación Científica).

Arbeletche, P.; Coppola, M. y Paladino, C. (2012). «Análisis del agro-negocio como forma de gestión empresarial en América del Sur: el caso uruguayo». *Agrociencia Uruguay*, 16, 110-119.

Arcury, T. A.; Quandt, S. A. y Russell, G. B. (2002). «Pesticide safety among farmworkers: Perceived risk and perceived control as factors reflecting environmental justice». *Environmental Health Perspectives*, 110, 233-240.

Arellano, E.; Camarena, L.; Von Glascoe, C. y Heuser, L. W. D. (2009). «Percepción del riesgo en salud por exposición a mezclas de contaminantes: El caso de los valles agrícolas de Mexicali y San Quintín, Baja California». *Revista Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 27, 291-301.

Auyero, J. y Swistun, D. (2007). «Confused because exposed: Towards an ethnography of environmental suffering». *Ethnography*, 8, 123-144.

— (2009). *Flammable: Environmental suffering in an Argentine shantytown*. Nueva York: Oxford University Press.

- Ávila Vázquez, M.; Difilippo, F. S.; MacLean, B. y Maturano, E. (2015). «Prevalencia de asma bronquial de un pueblo agrícola de Córdoba». Trabajo presentado en el 37.º Congreso Argentino de Pediatría, Mendoza, 29 de setiembre al 2 de octubre, Sociedad Argentina de Pediatría.
- Ávila Vázquez, M.; Ruderman, L.; Maturano, E. et al. (2015). Evaluación de la salud colectiva socio-ambiental de Monte Maíz. REDUAS (Red Universitaria de Ambiente y Salud). Disponible en: <http://reduas.com.ar/wp-content/uploads/downloads/2015/03/%C3%BAltimoMMM.pdf>.
- Ávila Vázquez, M.; Maturano, E.; Etchegoyen, A.; Difilippo, F. S. y MacLean, B. (2017). «Association between cancer and environmental exposure to glyphosate». *Clinical Medicine*, 8, 73-85.
- Ávila Vázquez, M.; Difilippo, F. S.; MacLean, B.; Maturano, E. y Etchegoyen, A. (2018). «Environmental exposure to glyphosate and reproductive health impacts in agricultural population of Argentina». *Journal of Environmental Protection*, 9, 241.
- Baer, H. A.; Singer, M. y Susser, I. (2003). *Medical anthropology and the world system*. Westport, Connecticut: Greenwood Publishing Group.
- Benson, P. (2008). «El campo: faciality and structural violence in farm labor camps». *Cultural Anthropology*, 23, 589-629.
- Bibeau, G.; Rousseau, C.; Corin, E. et al. (1999). *Modernity, Suffering and Psychopathology*. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research / Instituts canadiens de recherche en santé, SSHRC Strategic Themes, The Canadian Health Services Research Foundation.
- Blum, A.; Narbondo, I.; Oyhantcabal, G. y Sancho, D. (2008). *Soja transgénica y sus impactos en Uruguay: la nueva colonización*. Montevideo: RAP-AL (Red de Acción en Plaguicidas y sus Alternativas para América Latina).
- Bochner, R. (2007). «Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) e as intoxicações humanas por agrotóxicos no Brasil». *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 73-89.
- (2016). *Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox): 35 anos de resistência*. Río de Janeiro: Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), ICIT (Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde). Recuperado: 2018, 19 de junio. Disponible en: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/16949>.
- Bombardi, L. M. (2016). *Pequeno ensaio cartográfico sobre o uso de agrotóxicos no Brasil*. San Pablo: Blurb.
- Burger, M. y Fernández, S. (2004). «Exposición al herbicida glifosato: aspectos clínicos toxicológicos». *Revista Médica del Uruguay*, 20, 202-207.
- Burger, M. y Pose Román, D. (eds.) (2012). *Plaguicidas salud y ambiente: experiencia en Uruguay*. Montevideo: Udelar.
- Calvario Parra, J. E. (2007). «Masculinidad, riesgos y padecimientos laborales: jornaleros agrícolas del poblado Miguel Alemán, Sonora». *Región y sociedad*, 19, 39-72.
- Cano Menoni, J. A. (2012). «La metodología de taller en los procesos de educación popular». *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2.
- Carneiro, F. F. (ed.) (2015). *Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde*. Río de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Recuperado: 2018, 13 de junio. Disponible en: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/dossie-abrasco-um-alerta-sobre-os-impactos-dos-agrotoxicos-na-saude>.
- Carrasco-Letelier, L.; Ojeda, P.; Ramallo, G.; Díaz, S. y Mendoza, Y. (2009). *Toxicidad aguda de abejas expuestas a insecticidas empleados en cultivos agrícolas del litoral oeste*. Montevideo: Sociedad de Bioquímica y Biología Molecular.
- Catacora-Vargas, G.; Galeano, P.; Agapito-Tenfen, S. et al. (2012). *Soybean production in the Southern Cone of the Americas: update on land and pesticide use*. Cochabamba: Genøk, UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina), REDES-AT (Redes Amigos de la Tierra).
- Cespedes-Payret, C.; Pineiro, G.; Achkar, M.; Gutierrez, O. y Panario, D. (2009). «The irruption of new agro-industrial technologies in Uruguay and their environmental impacts on soil, water supply and biodiversity: a review». *International Journal of Environment and Health*, 3, 175-197.
- CEUTA (Centro Uruguayo de Tecnologías Apropriadas) (2006). *Agrotóxicos en Uruguay: miradas desde los afectados*. Montevideo: CEUTA.

- Colombo, J. C.; Cappelletti, N.; Williamson, M. et al. (2011). «Risk ranking of multiple-POPs in detritivorous fish from the Río de la Plata». *Chemosphere*, 83, 882-889.
- Das, V. y Das, R. K. (2007). «How the body speaks: Illness and the lifeworld among the urban poor». En: Biehl, J.; Good, B. y Kleinman, A. (eds.). *Subjectivity: Ethnographic investigations* (pp. 66-97). Oakland: Universidad de California.
- Díaz, M. del P.; Antolini, L.; Eandi, M. et al. (2015). *Valoración de la exposición a plaguicidas en cultivos extensivos de la argentina y su potencial impacto de la salud*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Eguren, G.; García, C.; Rivas-Rivera, N. et al. (2008). «Gestión ambiental de cuencas de uso agropecuario». *Revista Arroz*, 55, 10-20.
- Emerson, R. M.; Fretz, R. I. y Shaw, L. L. (2011). *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ernst, F.; Alonso, B.; Colazzo, M. et al. (2018). «Occurrence of pesticide residues in fish from South American rainfed agroecosystems». *Science of The Total Environment*, 631-632, 169-179.
- Evia, V. (2018 [en prensa]). «Salud ambiental y antropología médica crítica: aportes desde una investigación sobre exposición a plaguicidas agrícolas en Uruguay». *Ichan Tecolotl*. Ciudad de México: CIESAS (Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social).
- Faria, N. M. X.; Fassa, A. G. y Facchini, L. A. (2007). «Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos». *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 25-38.
- Farmer, P. (2004). «An Anthropology of structural violence». *Current Anthropology*, 45, 305-325.
- Figueredo, S. (2012). *Intermediación laboral y organización del trabajo en el contexto de expansión agrícola uruguayo*. Magíster en Ciencias Agrarias, opción Ciencias Sociales. Montevideo: Udelar.
- Finkelman, J. (1996). «Chemical safety and health in Latin America: an overview». *Science of The Total Environment*, 188, S3-S29.
- Foladori, G. (2001). *Controversias sobre sustentabilidad: la coevolución sociedad-naturaleza*. Zacatecas: Universidad Autónoma de Zacatecas.
- Gainza, P. P. y Viera, M. (2009). *Estamos rodeados: agronegocios, derechos humanos y migraciones. El caso uruguayo*. Montevideo: REDES-AT (Redes Amigos de la Tierra).
- Galeano, P. (2017a). «Los cultivos transgénicos en Uruguay y en el mundo». En: *20 años de cultivos transgénicos en Uruguay*. Montevideo: REDES-AT (Redes Amigos de la Tierra). Recuperado: 2018, 16 de junio. Disponible en: [https://www.redes.org.uy/wp-content/uploads/2017/12/Publicacion\\_20\\_anios\\_de\\_cultivos\\_transg%C3%A9nicos\\_en\\_Uruguay.pdf](https://www.redes.org.uy/wp-content/uploads/2017/12/Publicacion_20_anios_de_cultivos_transg%C3%A9nicos_en_Uruguay.pdf).
- (2017b). «Impactos de los cultivos transgénicos en el ambiente y en la salud». En: *20 años de cultivos transgénicos en Uruguay*. Montevideo: REDES-AT (Redes Amigos de la Tierra). Recuperado: 2018, 16 de junio. Disponible en: [https://www.redes.org.uy/wp-content/uploads/2017/12/Publicacion\\_20\\_anios\\_de\\_cultivos\\_transg%C3%A9nicos\\_en\\_Uruguay.pdf](https://www.redes.org.uy/wp-content/uploads/2017/12/Publicacion_20_anios_de_cultivos_transg%C3%A9nicos_en_Uruguay.pdf).
- Galeano, P.; Galván, G.; Cauci, A. et al. (2016). *Cultivos transgénicos en Uruguay: aportes para la comprensión de un tema complejo*. Cartilla de difusión. Recuperado: 2018, 19 de junio. Disponible en: <http://colectivoogm.blogspot.com/>.
- Gamlin, J. (2013). *Pesticides, maternal and child health: experience and the construction of knowledge among the Huichol*. Londres: UCL (University College London).
- (2016). «Huichol migrant laborers and pesticides: structural violence and cultural confounders». *Medical Anthropology Quarterly*, 30, 303-320.
- García Préchac, F.; Ernst, O.; Bidegain, M. et al. (2010). *Intensificación agrícola: oportunidades y amenazas para un país productivo y natural*. Montevideo: CSIC (Comisión Sectorial de Investigación Científica).
- Gutiérrez Strauss, A. M.; González Baltazar, R.; Salazar Estrada, J. G. et al. (2013). «Veneno para plagas: una aproximación desde la antropología cognitiva sobre exposición laboral, efectos en salud y calidad de vida de los aplicadores de plaguicidas del sector informal rural». *Revista Científica Salud Uninorte*, 29.
- Gyurkovits, F. (2014a). «Brotos de soja». *La Diaria, Nacional*, 29 de julio. Recuperado: 2018, 18 de junio. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2014/7/brotos-de-soja/>.

- (2014b). «Cronología de denuncias». La Diaria, Nacional, 29 de julio. Recuperado: 2018, 18 de junio. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2014/7/cronologia-de-denuncias/>.
- (2014c). «Cronología de denuncias» (segunda parte). La Diaria, Nacional, 5 de agosto. Recuperado: 2018, 18 de junio. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2014/8/cronologia-de-denuncias-segunda-parte/>.
- (2014d). «Sorgo amargo». La Diaria, Nacional, 7 de noviembre. Recuperado: 2018, 4 de setiembre. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2014/11/sorgo-amargo/>.
- Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía: métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Haro, J. A. (2000). «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en salud». En: *Medicina y cultura: estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.
- (2007). «Globalización y salud de los trabajadores: jornaleros agrícolas y producción de uva en Pesqueira, Sonora». *Región y Sociedad*, 19, 73-105.
- (2011). *Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Heinzen, J. y Rodríguez, N. (2015). «Procesos de trabajo y salud laboral de trabajadores rurales de monocultivos extensivos en el área de influencia de la ciudad de Young». En: *Trabajos completos del III Congreso Uruguayo de Sociología: Nuevos escenarios sociales, desafíos para la sociología*. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.
- Holmes, S. M. (2011). «Structural vulnerability and hierarchies of ethnicity and citizenship on the farm». *Medical Anthropology*, 30, 425-449.
- Hyland, C. y Laribi, O. (2017). «Review of take-home pesticide exposure pathway in children living in agricultural areas». *Environmental Research*, 156, 559-570.
- Ingold, T. (2012). *Ambientes para la vida*. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Ingold, T. y Palsson, G. (2013). *Biosocial becomings: integrating Social and Biological Anthropology*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Nueva York: Basic Books.
- La Diaria (2015). «Me molesta mosquito». Nacional, 7 de abril. Recuperado: 2018, 4 de setiembre. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2015/4/me-molesta-mosquito/>.
- Lafferty, J. (2012). «Re-describing diabetes: toward a political ecology of health and bodies». *Anthropologies: a collaborative online project*. Recuperado: 2018, 10 de junio. Disponible en: <http://www.anthropologiesproject.org/2012/09/re-describing-diabetes-toward-political.html>.
- Lapitz, R.; Evia, G. y Gudynas, E. (2004). *Soja y carne en el Mercosur: comercio, ambiente y desarrollo agropecuario*. Montevideo: Coscoroba.
- Leites Cartagena, V. (2009). *Estudios de fauna íctica en Salto Grande*. Comisión Técnica Mixta de Salto Grande. Jornadas de actualización, CARU (Comisión Administradora del Río Uruguay).
- Levigard, Y.E. y Rozemberg, B. (2004). «A interpretação dos profissionais de saúde acerca das queixas de "nervos" no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos». *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1515-1524.
- Little, P. C. (2016). «New toxics uncertainty and the complexity politics of emerging vapor intrusion risk». En: *A companion to the anthropology of environmental health* (pp. 281-301). Nueva Jersey: Wiley-Blackwell. Recuperado: 2018, 13 de junio. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118786949.ch14>.
- Mañay, N.; Rampoldi, O.; Álvarez, C. et al. (2004). «Pesticides in Uruguay». *Reviews of Environmental Contamination and Toxicology*, 111-138.
- Manta, E.; Cancela, H. y García Préchac, F. (2013). *Informe sobre la calidad del agua en la cuenca del río Santa Lucía: estado de situación y recomendaciones*. Montevideo: Udelar.
- Menasche, R. (2004). «Capinar: verbo conjugado no feminino? Notas de pesquisa sobre gênero e percepções de risco na agricultura familiar». *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 53 (1), 25-36.
- Menéndez, E. L. (1998). «Estilos de vida, riesgos y construcción social: conceptos similares y significados diferentes». *Estudios Sociológicos*, 16, 37-67.

- (2005). «El modelo médico y la salud de los trabajadores». *Salud Colectiva*, 1, 9-32.
- (2008). «Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades». *Región y Sociedad*, 20, 5-50.
- (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial. Recuperado: 2018, 9 de junio. Disponible en: <http://biblioteca.colson.edu.mx:8081/de-sujetos-saberes-y-estructuras-introducci%C3%B3n-al-enfoque-relacional-en-el-estudio-de-la-salud>.
- Menéndez, E. L. y Spinelli, H. G. (2006). *Participación social: ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MGAP (Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca; 2015). *Regiones agropecuarias del Uruguay*. Montevideo: MGAP.
- Mora Bayo, M. (2011). «Producción de conocimientos en el terreno de la autonomía: La investigación como tema de debate político». En: Baronnet, B.; Mora Bayo, M. y Stahler-Sholk, R. (eds.). *Luchas «muy otras»*. México: UAM (Universidad Autónoma Metropolitana), CIESAS (Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social).
- Muñoz, A. (2015). «Rodeados». *La Diaria, Nacional*, 3 de marzo. Recuperado: 2018, 4 de setiembre. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2015/3/rodeados/>.
- Narbondo, I. y Oyhantcabal, G. (2011). *Radiografía del agronegocio sojero: descripción de los principales actores y de los impactos socioeconómicos en Uruguay*. Montevideo: REDES-AT (Redes Amigos de la Tierra).
- Nardo, D. (2011). *Estudio del impacto de plaguicidas utilizados en el cultivo de soja y en otras actividades agrícolas sobre las especies acuáticas de consumo humano en el área protegida Laguna de Rocha*. Tesis de maestría en nutrición con énfasis en salud pública. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay.
- Nardo, D.; Evia, G.; Castiglioni, E. et al. (2015). «Determinación de glifosato mediante inmunoensayo enzimático (ELISA) en el paisaje protegido Laguna de Rocha y su entorno». *INNOTEC (Revista del Laboratorio Tecnológico del Uruguay)*, 64-70. Montevideo: LATU.
- Nota, C. y Ávila, M. (eds.) (2010). *Report from the 1st National Meeting of Physicians in the Crop-Sprayed Towns*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Oliva, A.; Biasatti, R.; Cloquell, S. et al. (2008). «¿Existen relaciones entre los factores ambientales rurales y la salud reproductiva en la Pampa Húmeda Argentina?». *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 785-792.
- Osorio, R.M. (2001). *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Ciudad de México: CIESAS (Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social).
- Peterson, J. (2003). «Plaguicidas, efectos en la salud y resistencia ciudadana». En: Bejarano, F. y Bernardino, M. (eds.). *Impactos del libre comercio, plaguicidas y transgénicos en la agricultura de América Latina (SIBE)*. San Luis Potosí: Red de Acción sobre Plaguicidas y Alternativas en México, Red de Acción en Plaguicidas y sus Alternativas en América Latina, Universidad Autónoma de Chapingo, Sociedad Mexicana de Agricultura Sustentable, Secretaría de Educación del Gobierno del Estado Libre y Soberano de San Luis Potosí. Recuperado: 2018, 13 de junio. Disponible en: <http://bibliotecasibe.ecosur.mx/sibe/book/000036100>.
- Prüss-Üstün, A.; Wolf, J.; Corvalán, C.; Bos, R. y Neira, M. (2016). *Preventing disease through healthy environments: A global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Quandt, S. A.; Arcury, T. A.; Austin, C. K. y Saavedra, R. M. (1998). «Farmworker and farmer perceptions of farmworker agricultural chemical exposure in North Carolina». *Human Organization*, 359-368.
- Quandt, S. A.; Hernández-Valero, M. A.; Grzywacz, J. G. et al. (2006). «Workplace, household, and personal predictors of pesticide exposure for farmworkers». *Environmental Health Perspectives*, 114, 943-952.
- REDES-AT (Redes Amigos de la Tierra; 2014). *Crecimiento de la agricultura y el uso de agrotóxicos en Uruguay*. Recuperado: 2018, 19 de junio. Disponible en: <https://www.redes.org.uy/wp-content/uploads/2014/03/Folleto-Agr-y-Agrotoxicos-Redes-WEB.pdf>.
- Renfrew, D. (2007). «Justicia ambiental y contaminación por plomo en Uruguay». En: Romero Gorski, S. (comp. y ed.). *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*. Montevideo: Unesco y Nordan Comunidad.
- (2009). «In the margins of contamination: lead poisoning and the production of neoliberal nature in Uruguay». *Journal of Political Ecology*, 16, 87-103.

- (2011). «Uruguay: el plomo y la justicia ambiental». *Ecología Política: Cuadernos de Debate Internacional*, 41, 82-89.
- (2013). «“We are not marginal”: the cultural politics of lead poisoning in Montevideo, Uruguay». *Latin American Perspectives*, 40, 202-217.
- (2016). «“We want to know what we’re breathing”: cement factories and contested environmental illness in Minas, Uruguay». *Toxic News*. Recuperado: 2018, 19 de junio. Disponible en: <https://toxicnews.org/2016/02/02/we-want-to-know-what-were-breathing-cement-factories-and-contested-environmental-illness-in-minas-uruguay/>.
- Ríos, M. (2012). Evaluación participativa de impactos de los plaguicidas utilizados en soja y forestación en un área protegida y su cuenca. Maestría en Ciencias Ambientales. Montevideo: Facultad de Ciencias, Udelar. Recuperado: 2018, 19 de junio. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/3977/1/uy24-15946.pdf>.
- Ríos, M.; Zaldúa, N. y Cupeiro, S. (2010). Evaluación participativa de plaguicidas en el sitio RAMSAR, parque nacional Esteros de Farrapos e islas del río Uruguay. Montevideo: Vida Silvestre Uruguay.
- Ríos-González, A.; Jansen, K. y Sánchez-Pérez, H. J. (2013). «Pesticide risk perceptions and the differences between farmers and extensionists: Towards a knowledge-in-context model». *Environmental Research*, 124, 43-53.
- Rivas, M. (2010). «Valorización y conservación de la biodiversidad en Uruguay». En: Ernst, O.; Bidegain, M.; Pristch, C. et al. (eds.). *Intensificación agrícola: oportunidades y amenazas para un país productivo y natural*. Montevideo: CSIC (Comisión Sectorial de Investigación Científica).
- Rodríguez, N. y Heinzen, J. (2017). «Producciones de sentido en torno a la exposición a agroquímicos: el caso de la ciudad de Young». *INNOTEC (Revista del Laboratorio Tecnológico del Uruguay)*, 115-124.
- Romero, S. (2010). «Discusión conceptual antropológica en el marco del abordaje ecosistémico». En: Basso, C. (ed.). *Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en Uruguay*. Montevideo: Udelar.
- Santos, C.; Oyhantcabal, G.; Berro, I. y Brazeiro, A. (2010). «Las temporalidades como desafío para la integración de actividades de extensión en proyectos interdisciplinarios». En: *En clave inter*. Montevideo: Espacio Interdisciplinario, Udelar.
- Saxton, D. I. (2015a). «Ethnographic movement methods: Anthropology takes on the pesticide industry». *Journal of Political Ecology*, 22, 368.
- (2015b). «Strawberry fields as extreme environments: The ecobiopolitics of farmworker health». *Medical Anthropology*, 34, 166-183.
- Schwartz, N. A.; Von Glascoe, C. A.; Torres, V.; Ramos, L. y Soria-Delgado, C. (2015). «“Where they (live, work and) spray”: Pesticide exposure, childhood asthma and environmental justice among Mexican-American farmworkers». *Health & Place*, 32, 83-92.
- Shapiro, N. (2015). «Attuning to the chemosphere: domestic formaldehyde, bodily reasoning, and the chemical sublime». *Cultural Anthropology*, 30, 368-393.
- Singer, M. (2016). «Introduction». En: *A Companion to the Anthropology of Environmental Health* (pp. 1-17). Nueva Jersey: Wiley-Blackwell. Recuperado: 2018, 13 de junio. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781118786949.ch0>.
- Singer, M. y Baer, H. (2011). *Introducing Medical Anthropology*. Paperback. Plymouth: Altamira Press.
- Soutullo, A.; Oyhantcabal, G.; Santos, C. et al. (2013). «Impactos socioambientales de la expansión agrícola en Uruguay: una mirada interdisciplinaria al proceso de “sojización”». En: Fernández Reyes, L. y Volpedo, A. V. *Evaluación de los cambios de estado en ecosistemas degradados de Iberoamérica*. Buenos Aires: CYTED (Programa de Ciencia y Tecnología para el Desarrollo).
- Taran, L.; Ortega, C. y Laborde, A. (2013). *Intoxicaciones por plaguicidas agrícolas y veterinarios en el Uruguay*. Montevideo: Departamento de Toxicología, Facultad de Medicina, Udelar. Recuperado: 2016, 23 de enero. Disponible en: <http://downloads.gvsig.org/download/documents/articles/Intoxicacion-por-Plaguicidas-en-el-Uruguay.pdf>.
- Tiscornia, G.; Achkar, M. y Drazeiro, A. (2014). «Efectos de la intensificación agrícola sobre la estructura y diversidad del paisaje en la región sojera de Uruguay». *Ecología Austral*, 24, 212-219.
- Widger, T. (2014). «Pesticides and global health: “Ambivalent objects” in anthropological perspective». *Somatosphere: Science, Medicine, and Anthropology*. Disponible en: <http://somatosphere.net/2014/08/>

pesticides-and-global-health-ambivalent-objects-in-anthropological-perspective.html.

Yáñez, L.; Ortiz, D.; Calderón, J. et al. (2002). «Overview of human health and chemical mixtures: Problems facing developing countries». *Environmental Health Perspectives*, 110, 901-909.

Ye, M.; Beach, J.; Martin, J. W. y Senthilselvan, A. (2013). «Occupational pesticide exposures and respiratory health». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 6442-6471.

## Notas

1 Ver, por ejemplo: Aguilar (2017); La Diaria (2015); Gyurkovits (2014a, 2014b, 2014c, 2014d); Muñoz (2015).

2 Ver, por ejemplo: resolución de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH) sobre medio ambiente y salud laboral en el departamento de Treinta y Tres, n.º 627-2018-883-17, o resolución INDDHH n.º 327-2015 sobre uso de agroquímicos.

3 Denominación popular para los plaguicidas que se utilizan específicamente para el tratamiento de las semillas.

4 Denominación genérica para vegetales que «compiten» con el cultivo.

5 Denominación local para los bidones o envases plásticos con los que se comercializan los plaguicidas líquidos.

6 Se trata de un pequeño contenedor que la persona se cuelga como si fuese una mochila; por medio de un sistema de bomba manual, rocía el producto.

7 Se refiere a los alambres eléctricos que se utilizan para dividir potreros.

8 Denominación local para patrones y empresarios agrícolas adinerados.

# LA LENGUA COMO DETERMINANTE DEL ACCESO A LA SALUD: EL CASO DE LA COMUNIDAD SORDA URUGUAYA

FERNANDA OLIVAR

Licenciada en Antropología Social; especialista en Políticas Sociales; asistente del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina, Udelar. Contacto: fernandaolivar87@gmail.com

## ABSTRACT ◀

This article presents the results of a research framed as postgraduate thesis in Social Policies, Faculty of Social Sciences, University of the Republic. The problem posed is the unequal access of deaf people to health services in the country given the communication barrier, since deaf people are natural speakers of the Sign Language and as such belong to a minority linguistic community.

From an ethnographic approach, the experiences of deaf users are inquired into as a strategy to understand the demands made by deaf people to the Uruguayan health system, since they directly address the Uruguayan health policy agenda, and invite reflection on the possibility of develop a line of interdisciplinary and intersectoral research that contributes with inputs to promote actions and practices of health promotion towards deaf people and other minorities of the population.

Based on the understanding that the health system is universal, it does not foresee a form of communication with deaf people that promotes equal access and effective use of the services offered. At first, reference will be made to deafness in so much condition, emphasizing two aspects widely studied from the social and human sciences but scarcely studied from the health sciences: its linguistic dimension and its cultural dimension, thus decentering the attention of the medical

dimension of deafness. In a second moment, the research will be developed in the Health Unit for Deaf People (USS) belonging to the Luisa Tiraparé Municipal Polyclinic of Montevideo and the meetings with the community in the deaf associations of the departments of Salto and Maldonado. Finally, the results will be presented, from which it is possible to draw some conclusions and recommendations to continue working on the subject in question.

*Keywords: linguistic minority, deaf community, access, health, Uruguay.*

## RESUMEN ◀

Este artículo expone los resultados de una investigación enmarcada como tesis de egreso del posgrado en Políticas Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. La problemática planteada es el acceso desigual de las personas sordas a los servicios de salud en el país dada la barrera comunicacional, ya que las personas sordas son hablantes naturales de la lengua de señas y, como tales, pertenecen a una comunidad lingüística minoritaria. Desde un abordaje etnográfico, se inquiriere en las experiencias de los usuarios sordos como estrategia para comprender las demandas

realizadas por las personas sordas al sistema de salud uruguayo; las personas sordas interpelan directamente la agenda política de salud del Uruguaye invitan a reflexionar sobre la posibilidad de desarrollar una línea de investigación interdisciplinaria e intersectorial que contribuya con insumos al impulso de acciones y prácticas de promoción de salud hacia las personas sordas y otras minorías de la población. En el entendido de que el sistema de salud, si bien es universal, no tiene prevista una forma de comunicación con las personas sordas que propicie el acceso igualitario y el uso efectivo de las prestaciones ofrecidas, en un primer momento se hará referencia a la sordera en tanto condición, haciendo énfasis en dos aspectos ampliamente estudiados desde las ciencias sociales y humanas, pero escasamente tenidos en cuenta desde las ciencias de la salud: su dimensión lingüística y su dimensión cultural, descentrando así la atención de su dimensión médica. En un segundo momento se desarrollará lo investigado en la Unidad de Atención en Salud para Personas Sordas de la policlínica municipal Luisa Tiraparé, de Montevideo, y lo extraído de los encuentros con la comunidad en las asociaciones de sordos de los departamentos de Salto y Maldonado. Por último, se expondrán los resultados de los que es dable desprender algunas conclusiones y recomendaciones para continuar trabajando la temática en cuestión.

*Palabras clave: minoría lingüística, comunidad sorda, acceso, salud, Uruguay.*

## 1 ▼

### INTRODUCCIÓN

La comunidad sorda está integrada por hombres y mujeres cuya deficiencia sensorial los condiciona socialmente a ser reconocidos como discapacitados, dado que la variable auditiva los ubica por fuera de la mayoría de la población; así, encuentran innumerables trabas para participar e incidir activamente en la sociedad y acceder en forma equitativa a los servicios esenciales, pues estos no están preparados para las demandas de los grupos sociales minoritarios. De esta manera, los sujetos experimentan múltiples problemas de reproducción social en su más amplio sentido, además de vivir en permanente puja por que se les garanticen derechos humanos aún hoy vulnerados, como por ejemplo, el acceso equitativo y el uso efectivo de los sistemas de salud y de educación, o el acceso al mercado laboral.

La inequidad en el acceso y el uso de los servicios de salud limita significativamente la calidad de vida de las personas y puede llegar a convertirlos en población de riesgo. La situación, incluso, se convierte inminentemente en un problema epidemiológico; ejemplo paradigmático de esto es lo sucedido en la década del sesenta en Francia (Dagron, 2016), donde hubo una explosión de casos con VIH entre personas sordas debido a la carencia de información adecuada, «ya que est[a]s se encontraban aislad[a]s y enfrentad[a]s a un sistema sanitario que ignoraba su particularidad lingüística y cultural» (Galiffet, Míguez y Ortega, 2017:16). Y si a esto le sumamos el hecho de que la población sorda a nivel mundial presenta bajos índices de escolarización, altos índices de desempleo y, por ende, altos índices de pobreza, la situación se complejiza en forma exponencial.<sup>1</sup>

El tratamiento históricamente dado a la sordera ha sido desde un enfoque biomédico y proaudiación, en el que la deficiencia auditiva es etiquetada junto con otras muchas diversidades funcionales, lo cual ha generado la percepción de homogeneidad entre todas ellas; las limitaciones y las potencialidades que cada problemática posee se pierden de vista dentro de la etiqueta «discapacidad», lo que ha favorecido el desconocimiento de la sordera y propiciado profundos problemas de integración social, tanto comunicacionales como relacionales, y por ende, estigmatización y exclusión social.

El caso de la sordera es especialmente delicado, ya que si bien puede ser considerada una discapacidad, al no representar *per se* una alteración al estado de salud del cuerpo, no parece claro que sea una patología. Si lo pensamos desde el modelo social, es posible identificar la denominada *cultura sorda* y reconocerla como una comunidad lingüística; trascendiendo la patología, el modelo social posibilita avizorar en toda su dimensión el desafío de nuestro sistema de salud de desarrollar formas de comunicar y producir salud en clave cultural desde la universalidad y con el enfoque de los derechos humanos.

El año 2004 marca un hito histórico nacional al asumir por primera vez la presidencia del país un gobierno de izquierda. En lo político, esto significó que se abriera «una ventana de oportunidad» (Fuentes, 2013) para realizar cambios estructurales. Rápidamente, el Poder Ejecutivo propone al Parlamento un proyecto de reforma

del sistema sanitario<sup>2</sup> con el que se crea el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), se descentraliza la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y se crea la Junta Nacional de Salud (Junasa), incluso con votos provenientes de la oposición (Medina, 2014:33). La ley 18.211 explicita como principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) la promoción de la salud con énfasis en los determinantes sociales y los estilos de vida de la población; la orientación preventiva e integral; la intersectorialidad de las políticas de salud y, por último, la universalidad de la cobertura. Esta universalidad refiere a la pretensión de que toda la población nacional, sin discriminación de sexo, edad, género ni raza, tenga acceso al sistema sanitario en condiciones equitativas y de calidad. Pero ¿qué pasa con la diversidad lingüística?

Es importante llevar a la superficie los mecanismos de exclusión que estructuran los servicios esenciales para que las minorías, en todas sus manifestaciones —étnicas, sexuales, culturales, lingüísticas—, salgan de la invisibilidad, y así, sus demandas se legitimen y encuentren cabida entre las prioridades de las políticas sanitarias.

## 2 ▼

### METODOLOGÍA

Técnicamente, esta investigación requirió de una intérprete en lengua de señas uruguaya (LSU), ya que si bien poseo un manejo de esta lengua, es muy básico como para desarrollar las técnicas de entrevista y los talleres participativos propuestos. Durante más de cuatro meses concurrí a la Unidad de Atención en Salud para Personas Sordas (USS) sola, practicando la inmersión en el universo lingüístico de las personas sordas con las que tomé contacto. Durante este tiempo fui capaz de seguir conversaciones con diferentes usuarios del servicio. Al menos, a grandes rasgos, entendía el tema, el concepto, la idea general, pero sentía que me perdía de muchos detalles, lo que me impedía conocer a mi interlocutor, entenderlo, comprenderlo y reconocer su «voz».

Con frecuencia me sucedía que en la imposibilidad de hilar fino en las preguntas, buscando sin éxito la palabra adecuada, la acepción correcta, debía dar muchos ejemplos, lo que generó enseñada la necesidad de contar con alguien idóneo en LSU. Pero luego de algunos meses de trabajar junto a la intérprete, me di cuenta de que tam-

bién a ella le era difícil hilar fino en las preguntas, buscando la palabra o la acepción adecuadas; había allí algo característico de la LSU que se había visualizado:

“Eso pasa cuando vos aprendés un campo nuevo... Por ejemplo, estás aprendiendo sobre lingüística; el profesor tiene que explicar qué es un *morfema*, porque si no explicás... Entonces, vos tenés que explicar al estudiante que no sabe lo que es un morfema, o al aprendiz de una tecnología o lo que fuere. Vos explicás el concepto. ¿Qué les pasa a los sordos? Cuando se les explica el concepto, no tienen a su vez una palabra..., porque lo que hace el léxico es como un *clúster* de memoria: lo que hace el léxico es meter toda la información de ese concepto adentro de ese *clúster*, y eso lo mete a la memoria a largo plazo. Entonces, lo que hacemos con la sintaxis es: corremos la sintaxis sobre las piezas léxicas y generamos nueva información a partir de información que ya está en nuestro cerebro. O sea que cuando yo te digo «mujer», no tengo que explicarte lo que es una mujer, porque ya tenés [la palabra] metida dentro del léxico. Pero si vos no lo tenés metido dentro del léxico, lo tenés que explicar cada vez que lo decís, porque no tenés esa unidad, ese *clúster* de información, que lo que hace es... condensar esa unidad de información. Entonces, ¿qué pasa? Cuando yo le estoy enseñando a un sordo qué es un morfema y el sordo en su lengua no tiene la palabra *morfema*, no tengo cómo meter toda esa información en el *clúster* léxico; por lo tanto, no puedo generar sintaxis sobre algo de lo que no tengo léxico. Eso lleva a que con los sordos se trabaje con ejemplos, porque al trabajar con ejemplos, estás siempre, permanentemente, haciendo conexiones.” Extracto de entrevista a referente académico)

Así, la tradicional relación investigador-consultor resultó a través de un proceso mediado por la intérprete, obligando a replantear las estrategias metodológicas tanto para alcanzar a los interlocutores como para construir los vínculos y consolidar las relaciones con los sujetos participantes, y, posteriormente, concebir esta mediación en las narraciones resultantes.

La escena etnográfica se fue construyendo con base en dos situaciones bien diferenciadas: la sala de espera de la USS y los encuentros con la comunidad en las asociaciones de sordos de

los departamentos de Salto y Maldonado. En la articulación de las diferentes instituciones y agentes participantes, la pesquisa se tornó un escenario donde confluyó una polifonía de demandas, intereses, preocupaciones e incluso interpretaciones heterogéneas de la problemática planteada.

Por todo esto, las condiciones performáticas de producción (Katzer y Samprón, 2011:60) de la información y los datos recabados durante el proceso se concibieron desde la teoría de la etnografía colaborativa (Lassiter, 2005), ya que si bien se parte de una problemática de conocimiento construida desde el campo académico, en el devenir del proceso se concibió el inmanente entramado de relaciones implicado que determinó la construcción dialógica de lo aquí expuesto, pues los objetivos están ligados a las demandas y necesidades expuestas por la misma comunidad, y, por ende, la problematización es producto de una relación dialógica donde cada participante —incluida la investigadora— posee una posición epistemológicamente relevante.

La observación participante se realizó tanto dentro de la policlínica —sala de espera, consultas (previa autorización de los usuarios) y otras instancias, como reuniones del equipo de salud de la unidad— como en actividades sociales organizadas por esta. Asimismo, fuera del ámbito asistencial se coordinaron encuentros con las asociaciones de Salto y de Maldonado, participantes de la investigación; se participó también de varias actividades conmemorativas de fechas importantes para la comunidad sorda en el país y se realizaron talleres de discusión grupal. El registro de todo lo observado y en lo que se participó se realizó mediante notas en diario de campo, además del registro en audio, previo consentimiento informado.

### 3 ▼

## LA SORDERA COMO MINORÍA LINGÜÍSTICA Y CULTURAL

Boivin plantea tres categorías de la otredad: *por la diferencia, por la diversidad y por la desigualdad* (Boivin et al., 1998). La persona sorda cabe en todas ellas, ya que encarna una subjetividad marcada por la diferencia de su condición física y sensorial, a la vez que se construye en un contexto de diversidad lingüística y cultural propiciada por la lengua de señas como herramienta comunica-

cional; y desigual, en cuanto son ciudadanos que si bien se ven contemplados en los textos de las políticas sectoriales de salud, no se les reconoce las especificidades que subyacen en sus demandas, por lo que sus derechos son fácil y frecuentemente vulnerados.

Existe gran cantidad de estudios acerca de la lengua de señas provenientes de las más diversas disciplinas. Así, por ejemplo, desde la lingüística teórica se

“demostró que las lenguas de señas son sistemas verbales como cualquier lengua oral. Actualmente está abocada al estudio de las diferentes lenguas de señas, tratando de modificar metodologías clásicas para que puedan ser aplicables a este tipo de lenguas; desde la psicolingüística se han estudiado las diferentes modalidades de adquisición del lenguaje por la que pasan los niños sordos, y se demostró que en el caso de niños sordos de padres sordos, hablantes de lengua de señas, la adquisición del lenguaje tiene las mismas características que en niños oyentes de padres oyentes, adquiriendo una lengua oral; [...] y desde la sociolingüística se plantea que es posible reconocer las características de comunidad de habla que presentan los grupos sordos, así como aspectos que hacen a la identidad de ser sordo en tanto perteneciente a dicha comunidad, y las ideologías y políticas lingüísticas que están implicadas.” (Peluso, 2010:7)

También desde el área de la salud se ha estudiado la lengua de señas. Por ejemplo,

“la neuropsicología cognitiva del lenguaje mostró [...] que las lenguas de señas se sostienen a través de los mismos sistemas neurológicos que las lenguas orales, y que las diferencias a este nivel son de tipo periférico y [están] relacionadas con los nervios sensoriales implicados (en un caso, el auditivo; en otro caso, el óptico) y todo lo vinculado con esto.” (Peluso, 2010:8)

Gracias a estos aportes multidisciplinarios, hoy es dable afirmar que la comunidad sorda es una comunidad lingüística (Gumperz, 1979), ya que comparte un mismo repertorio lingüístico, y a través de él, sus miembros mantienen relaciones permanentes y frecuentes, estableciendo así marcos culturales.

Existe un concepto *emic* de la sordera, es decir, una definición interna, que si bien no es la única, se encuentra ampliamente extendida entre los miembros de la comunidad sorda, que basa su reivindicación en el carácter de minoría lingüística y cultural a través de la lengua de señas. Esta endodefinición responde a un elevado grado de integración simbólica y sentimiento de pertenencia que las personas sordas han desarrollado a través de la lengua como elemento aglutinador de las diversas formas de experimentar, transitar y vivir la sordera<sup>3</sup> y estructurante de estos múltiples itinerarios bajo el sentido de comunidad. Y como en toda comunidad, el ser sordo no se define como «un estado fijo de identidad [...], sino desde una multiplicidad de identidades en las que pueden coexistir [...] en términos de nacionalidad, etnia, género, orientación sexual, idioma, estado social y otras dimensiones» (McIlroy y Storbeck, 2011:4). De esta forma, encontramos personas sordas que construyen su identidad esforzándose por superar la carencia de audición para integrar el mundo de los oyentes, que no toman contacto con la lengua de señas por tanto su identidad va a ser la de un oyente pero en negativo: un no oyente. Al mismo tiempo que encontramos personas sordas que son hablantes de la lengua de señas y se nuclea en torno a ella, construyendo su identidad y formando parte de una comunidad lingüística. Erting (1982) acuñó el término *Sordos*, con ese mayúscula, para conceptualizar la construcción identitaria de este último grupo.

La discapacidad, a lo largo de la historia de las sociedades occidentales, principalmente, pero también en algunas denominadas «tradicionales», ha sido interpretada como «una experiencia dolorosa e indeseable [...]; la vida con una discapacidad parecería ser una vida que no merece ser vivida, una experiencia no plenamente humana» (Ferrante y Venturiello, 2014:46). Entendida desde el punto de vista estricto de la biomedicina, la sordera significa una desviación a la regla, a lo común, a lo norma, y por tanto, a lo humano. Esta concepción de la sordera legitimó por décadas un accionar rehabilitador y medicalizador en el que «la sordera aparece como uno de los paradigmas de la cuestión de los límites entre humanidad y animalidad. Los sordos pusieron en cuestión el carácter fonológico del lenguaje y el fonocentrismo aristotélico que le es inherente» (Benvenuto, 2006:6).

En un encuentro realizado en Maldonado, dos

de los participantes debatieron acaloradamente sobre sus percepciones de la discapacidad y su relación con la sordera. Uno de ellos decía:

“La diferencia es que en las distintas discapacidades, son todos oyentes. La sordera genera un concepto de identidad y una modificación en el entorno [...]. La lengua de señas: ¿está relacionada con la discapacidad o está considerada un idioma natural de las personas sordas? En la discapacidad pueden faltar muchas cosas; un brazo o lo que fuese. La «dis» marca la falta. Pero las personas sordas tienen un lenguaje propio con el cual se pueden comunicar. Entonces yo lo que le pregunto, como persona sorda, es: ¿se considera usted discapacitado o no? Yo te entiendo, pero hay que cambiar la mentalidad, porque el sordo como discapacitado siempre tiene que estar luchando por la igualdad, por la aceptación de la lengua de señas... Pero ¿está dentro, verdaderamente, de la discapacidad? Porque, claro, cuando las personas te ven hablando en lengua de señas, piensan que sos deficiente, y es ahí donde falta información.” (Extracto de diario de campo)

Su interlocutor responde: se siente un discapacitado.

Esta conversación nos sitúa en una cuestión central en la comprensión de la sordera como identidad: la percepción —o no— de discapacidad. Aquí no solo se enfrentan dos sujetos conscientes de su diversidad funcional, sino también dos subjetividades encarnadas (Vico-Miranda, 2011), producto de vivencias e itinerarios antagónicos respecto de sus situaciones de discapacidad. Ella, joven, rondando los treinta, de Paysandú, hija única de madre soltera, sorda bilateral profunda de nacimiento, prematura de seis meses; fue a escuela común y posteriormente a liceo de sordos; nunca fue oralizada ni tampoco intervenida quirúrgicamente; no utilizó nunca audífonos u otros apoyos técnicos; hoy, estudiante universitaria, parte del gremio estudiantil, militante de la comunidad sorda y en situación de discapacidad física y auditiva. Él, adulto, rondando los sesenta, sordo bilateral profundo, concurrió a la escuela para sordos donde la oralización fue parte de su educación; ha utilizado apoyos técnicos para superar su déficit sensorial; hoy es profesor de LSU y, a pesar de su sordera severa, es capaz de comunicarse oralmente. Ambos se definen orgullosamente sordos y forman parte

de la comunidad lingüística; sin embargo, significan de modos opuestos lo que fisiológicamente podría categorizarse como la misma variación sensorial. Por este y otros relatos obtenidos a lo largo del trabajo de campo, la experiencia del ser sordo no parece sostenerse en la mera diversidad sensorial, sino, y por sobre todo, en la representación propia de la sordera, que comprende la elaboración de sus síntomas y la forma en que se encarnan necesidades por las que los sujetos toman decisiones y emprenden acciones que se vinculan a su padecimiento (Menéndez, 2014).

#### 4 ▼

### EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD PARA PERSONAS SORDAS (USS)

Detectada la necesidad de que las personas sordas en el país contaran con atención médica profesional en su propia lengua y en condiciones de accesibilidad, el Centro de Investigación y Desarrollo para la Persona Sorda (Cinde) se apropia del proyecto, contacta a los profesionales aptos y comienza así a materializarse la USS. Surge en el año 2012, al realizarse desde la Asociación de Padres y Amigos de Sordos del Uruguay (Apasu), el Cinde y la Asociación de Sordos del Uruguay (ASUR) presentaciones en el Ministerio de Salud Pública que dieran origen al proyecto para la creación de esta unidad de salud, réplica de su homónima parisina, fundada en 1996. Este dispositivo, creado en Francia por el Dr. Jean Dagrón, lleva actualmente veinte años de funcionamiento y ha servido de modelo para experiencias similares a nivel internacional; existen hoy veintiún unidades de salud para personas sordas en Francia, a las que se suman las de Uruguay (2012) y Argentina (2017); en África, el representante es Túnez, y próximamente se esperan más en otros países del continente.

Es importante destacar que aunque forme parte de la política nacional de atención en salud con enfoque de derechos, la USS no es política del Ministerio de Salud Pública, sino que es un proyecto comunitario, creado, impulsado y sostenido por las instituciones propias de la comunidad, tales como la Federación Nacional de Sordos del Uruguay (Fenasur) y otras instituciones civiles vinculadas a la comunidad que trabaja en la defensa de los derechos civiles y sociales de las personas sordas, como por ejemplo, el Cinde y la Apasu; cuenta, sí, con el apoyo de ASSE, la Intendencia de Montevideo y

el Programa Nacional de Discapacidad. Cinde y Fenasur contratan mediadores e intérpretes, respectivamente; ASSE traslada a los usuarios; la Intendencia otorga la infraestructura; el Ministerio financia. Recepción y consultas cuentan con apoyo de mediadores sordos; las interconsultas con especialistas, análisis clínicos y exámenes cuentan con apoyo de intérpretes de LSU.

La USS es lo único específico para sordos y apunta a la atención directa en LSU, ya que ninguna otra política desarrollada por el Estado en materia de calidad de atención en salud y discapacidad contempla particularmente a esta población.

“A través de su creación, se busca mitigar el estado de desafiación en la que se encuentran sumergidas las personas sordas, que no necesariamente equivale a una ausencia completa de vínculos, sino también la ausencia de inscripción del sujeto en estructuras dadoras de sentido [...]. Genera transformaciones sociales, al dar respuestas a las demandas de la colectividad, buscando ampliar el espectro de operatividad de la política, complementando los derechos sociales y desarrollando las capacidades propias de los receptores de la política, ofreciendo herramientas para superar su situación de vulnerabilidad.” (Olivar, 2015:41)

Las consultas son entendidas por el equipo de la USS como espacios de educación para la salud donde no solo se atiende al paciente, sino que, además, se pretende la capacitación y el fortalecimiento de la capacidad de decisión y de acción de los usuarios y usuarias sobre su propia salud y bienestar, de manera que se vaya adquiriendo cultura en salud<sup>4</sup> (Gil de França et al., 2016). Entre sus objetivos, la USS se propone hacer un fuerte trabajo interinstitucional enfocado en primer lugar en la sensibilización, y en segundo lugar, en la formación de profesionales y equipos en los distintos niveles de atención a la salud del usuario sordo, sus formas de abordaje, sus demandas, etc. De 2012 a la fecha se han realizado varios talleres en el hospital de Clínicas, en el Pereira Rossell, en el Maciel, en el Pasteur y en el Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas de la Universidad de la República.

Entre los motivos de consulta más frecuentes de los usuarios y las usuarias de la unidad se encuentran: angustias; dificultades de relaciona-

miento, tanto intrafamiliar —se estima que el 90 % de estos usuarios son hijos de padres oyentes y solo el 10 % lo son de padres sordos— como en el contexto educativo —según la psicóloga de la USS, el 80 % de estos casos responde a falta de condiciones para dar respuesta por parte de las instituciones—, y problemas de pareja.<sup>5</sup> Es necesario precisar que el perfil socioeconómico de los beneficiarios de la unidad se caracteriza por condiciones de vida críticas, con un alto grado de vulnerabilidad social manifestado en problemas familiares y laborales, especialmente.

“Desde un análisis ocupacional y de género, podemos visualizar que, sin distinción de sexo, la mayoría de las personas sordas adultas en edad laboral no ha tenido experiencias de trabajo formal. Por otra parte, los varones adultos han presentado experiencia en trabajos informales (hurgador, jardinero, mecánico, vendedor ambulante, volantero, etc.) o programas del Estado, como Uruguay Trabaja.” (Lambiasse y Verdún, 2018:2)

Y si bien los problemas en el acceso y el uso del sistema de salud de esta población son en líneas generales los mismos para todos los miembros de la comunidad, ya que responden a condiciones estructurales, determinantes sociales y situaciones culturales, el universo de participantes de esta investigación no representa a la totalidad de la comunidad sorda uruguaya.

En la consulta de medicina familiar, las enfermedades crónicas no transmisibles son las más prevalentes: asma, diabetes, hipertensión, enfermedades reumáticas..., todas fácilmente prevenibles. Sin embargo, los usuarios sordos muestran un alto grado de desconocimiento sobre ellas, a tal punto que cuando a una persona se le diagnostica diabetes, lo que consulta a la médica es: «Entonces, ¿no puedo comer más asado?». Señala Gularte que la LSU es la «promotora del clima de entendimiento, generando bienestar emocional de la persona sorda tanto dentro del ámbito familiar como en el comunitario» (Gularte, 2014:8), y en el campo de la salud, la información está «en código oyente, y todo lo que no estaba en lengua de señas no les llegaba; entonces, no les llegaba nada» (extracto de entrevista a integrante del equipo de la USS). Hoy, los usuarios y usuarias sordos de la USS se sienten interlocutores válidos en el espacio de la consulta; preguntan, cuestionan, intentan comprender lo que les pasa, y ese cambio actitudinal

de los propios usuarios da cuenta de la exclusión experimentada a lo largo de la historia, donde en la relación médico-paciente, la persona sorda, más que como sujeto de derecho, era tratado como objeto de caridad.

## 5 ▼

### SALA DE ESPERA, TIEMPO DE ENCUENTROS

“Casi las 11.00 de la mañana. Al entrar, como siempre, el silencio que la lengua de señas deja en el aire se hace notar. Hay poca gente. La policlínica es chiquita. A mitad de la sala de espera, un grupo de personas sordas reunidas en círculo parece estar discutiendo algo. Mesa al centro y sobre ella, el mate. Hay niños esperando ser atendidos por la pediatra [...]. Una de las mujeres que está en el círculo pareció advertir mi presencia y en lengua de señas dijo algo sobre mí... Advirtió mi presencia foránea [...]. Me dirijo hacia un asiento próximo al círculo de personas en medio de la sala de espera para sentarme, pero llega Mara y me presenta a este grupo, pues le pareció que, «ya que vas a estar acá y te van a empezar a ver y a reconocer, está bueno que sepan quién sos y qué estás haciendo; vení, que te presento». Y así conocí a Hannah, seña como acariciándose la mejilla con pinzas; a Silvana, cuya seña no logro recordar, y a Mauricio, que su seña es como «negro», pero en la palma de la mano.”

Más tarde, sentada en la salita de espera, como siempre mientras escribo, en un momento se me acerca la doctora y me pregunta: «¿Qué necesitás?; ¿querés entrar a una consulta?». Quedé perpleja. La verdad, no esperaba esta invitación; al menos, no tan pronto. Mal o bien, estoy penetrando en una institución médica, en un centro de asistencia, con todo lo que ello implica. Intenté salir de mi asombro lo más rápido posible y le respondí: «Eso sería genial». La primera consulta que presencié fue la de Romina y su marido, ambos sordos. Apenas entramos (la doctora primero, luego Romina y el marido, y detrás yo), la doctora les contó que yo venía a investigar en la USS, que era antropóloga, etc. Ellos, muy abiertos, me saludaron, se presentaron y me integraron a la conversación amablemente.

Quien consultaba era en realidad Romina (su seña es un puño en la sien). Tenía cosas como «pendientes». Me pareció que venía a ponerse

al día: pase al oftalmólogo, prescripción de medicamentos, etc. El marido, muy simpático, me comentaba que se había caído en un accidente de trabajo desde una altura de dos o tres pisos; trabaja en la construcción y es jefe, por lo que entendí, por eso no puede tomarse más licencia ni seguir faltando.

Al terminar la consulta, ambos se despidieron. Allí fue que ella me preguntó el nombre; yo se lo deletreé en señas y luego le dije mi seña (una efe que se mueve, simulando un rulo), como es costumbre en esta comunidad lingüística. Ella me dijo: «¡Muy bien! ¡Cómo entendés la LSU!». El esposo y la doctora asintieron, sonriendo; yo sentí eso como un lindo mimo, un gesto de aceptación.

La segunda consulta fue la de una señora que había tenido un accidente de auto: un choque contra un ómnibus que iba delante y provocó un efecto cadena. Se quejaba del dolor en una de sus pantorrillas; le dolía, pero podía caminar bien, no era impedimento. La doctora le pidió que se descalzara, se quitara las medias y subiera un poco la calza: no vio nada relevante. Salió y le consiguió unas pastillas que necesitaba repetir y luego se fue. Allí me comenta que no tenía nada, que el accidente fue hace dos meses y que desde entonces hasta ahora ha venido reiteradamente, nunca con un problema «muy real». Se refirió a ella como «adicta al médico».

Ella era su última paciente [...]. Nos quedamos conversando y luego de un rato entra otra doctora para pedir si podría dejarle el consultorio a una colega que tiene pacientes. Accede, por supuesto. Tomamos nuestras cosas y nos fuimos a la salita médica, que en la puerta tiene un cartel que dice «Sala multiuso». Al entrar allí me sentí plenamente dentro de la institución [...]. La recepción y el interés de la USS han sido formidables.

En la sala multiuso, los ánimos se relajaron; la prisa de más temprano bajó y se dio tiempo para conversaciones, mates e intercambios varios.

Mientras, en la sala de espera hay personas amontonadas en el escritorio de enfermería, más tres personas en el centro de la sala; entre ellas, dos mujeres sordas con niños chicos. Una niña sale de un consultorio y sigue a uno de los niños pequeños que no sé si es sordo, pero la niña, evidentemente, no lo es, ya que le dice: «Por acá, acá está, acá». El niño se le escabulle. Se va con una de las mujeres que están a mi lado y ella le habla a

la niña en lengua de señas, quien le entiende y le explica que va sola al consultorio. Llega una mujer. Saluda y la saluda. Se le acerca el niño y ella lo saluda. El niño le da un beso y la señora se sorprende por su ternura. Entre juegos, la señora, de unos setenta años, se acerca a las mujeres a mi lado y le pregunta a una de ellas «¿cuánto tiene?», en referencia al bebé que esta tenía en brazos. Ella no le presta atención, le sonrío y sigue viendo fotos con la otra mujer... La señora se aleja y sigue jugando con el pequeño. El niño es oyente; debe tener unos cuatro años, más menos, y habla en LSU con su mamá sorda. Me di cuenta cuando salió Hilda, una de las intérpretes de la unidad de salud, y el niño se le acerca a preguntarle por su papá: «¿Y papá?», oralmente y en LS [lengua de señas]. Ella le responde: «No sé, debe estar ahí», y el nene se da vuelta y le pregunta: «¿Papá?», en LS a la madre, que seguía a mi lado con la otra mujer en el centro de la sala de espera, sentadas, conversando.

Hoy no viene la doctora; por eso, al no haber policlínica de medicina, hay poca gente y está tranquilo. De pronto, una de las mujeres se va y la que queda se da vuelta, y de pronto me empieza a hablar. Comenzamos así, hablando de la beba que estaba plácidamente dormida. «Está llena», me dijo, y que estaba esperando —no sé si entendí bien— al esposo o solo a sus hijos, que estaban dentro de algunos de los consultorios. Le pregunté el nombre y su seña; ella hizo lo mismo conmigo, y una vez presentadas, entre conversaciones triviales, Celia me pidió que la agregara a Facebook, así seguíamos conversando. Me sorprendió, pero acepté encantada, pues de alguna manera esa pequeña acción respondía a la construcción de un vínculo que se estaba gestando allí. El hijo pronto salió de la consulta con la doctora rubia. [La doctora] le comenzó a hablar [a la madre] en LS y me sentí en medio de una conversación ajena y que debía ser privada. Pensé en la confidencialidad médico-paciente y dejé de mirar. Luego vino el mediador,<sup>6</sup> y la doctora los dejó conversando a ellos; parecía que debían arreglar algo. Me corrí, entonces, para cederle el asiento al mediador; me pareció un momento entre incómodo y difícil de llevar. Al final, entre idas y vueltas, agendó nueva fecha; le dieron recetas, me saluda y se van. En la policlínica quedan tres personas en la sala de espera y yo.

Me quedé conversando con las señoras mayores que durante todo este rato han estado atentas tanto a los pequeños que pululaban por

la sala de espera como a mí y mis interacciones con las mujeres sordas que acaban de retirarse. Una de ellas, la que jugaba con el niño, me comentaba que ha visto muchos pacientes sordos en la policlínica y le sorprende el trato tan amable y cercano que tiene el equipo con los usuarios [...]. La intérprete, en un momento de tranquilidad, se sienta junto a mí: «¿Qué dice, investigadora?», y comenzamos a charlar, mirando ambas hacia el grupo del centro alrededor de la mesa. Vemos que es un espacio propicio para el diálogo en señas, ya que congrega a los interlocutores a estar de frente, a reunirse en círculo, y garantiza así el contacto visual tan necesario para que el canal logre transmitir el mensaje. Le comenté que no sé si es que «me hago la cabeza» o realmente lo experimento, pero me he estado fijando que después de unas cuantas interacciones con ciertas personas sordas, me pasa que cuando entablo «conversación» - si es que mi competencia dentro de mi incompetencia en la LSU me lo permite -, siento que mientras me signa, escucho una voz, como se siente cuando lees algo escrito por alguien que conocés y has hablado con esa persona. Esa evocación es a la que hace referencia Sacks con el título sugerente de *Veo una voz*. Comenzar hablar la LSU te da esa posibilidad de conocer a la otra persona, de reconocerla en cuanto interlocutor; la hace existir. Es como si la fueras conociendo, y cada vez que hablás con esa persona, la reconocieras y reconocieras sus inflexiones, sus tonalidades, su «color de voz». Por lo general, me pasa con las personas sordas con las cuales he tenido más comunicación; quizás signifique que las voy conociendo. Para mi sorpresa, esto no asustó a Hilda, sino que ella me confirmó que es algo que suele suceder o que al menos a ella le suele suceder. Inmediatamente pienso: «Confirmado: el lenguaje es un puente de inteligibilidad». Hilda sigue su turno.» (Extracto de diario de campo)

Consultados los usuarios oyentes de la policlínica sobre sus percepciones del servicio de la USS y sobre la relación con los usuarios de la policlínica, se pudo ver que existe gran conformidad y que se percibe que el servicio brindado «es bueno y se nota que los tratan bien».

Katerine y Marcelo son una pareja que se atiende hace un año en la policlínica Luisa Tíraparé. Se han interesado mucho en conocer algo más sobre la cultura sorda. Desde que ella quedó embarazada, los controles los hicieron en la policlínica, y a partir de entonces han ob-

servado con curiosidad e interés la interacción con los usuarios sordos de la USS: «Cuando empezamos a venir a la pediatra de tarde, fue que estuvimos charlando con una intérprete y nos enseñó un par de señas, que algunas son obvias; cómo decir “hola”, por ejemplo, con la mano; o le pregunté el tema de [cómo decir en señas] la cédula», comenta Marcelo mientras me muestra con sus manos las señas aprendidas. Consultados sobre cómo percibían el funcionamiento de la USS dentro de la policlínica, comentaban que les parecía bien, que los han tratado muy bien; sienten que los usuarios sordos se integran bien al resto de los usuarios de la policlínica y que hablan entre sí como si se conocieran mucho entre ellos. Ya desde el primer día hubo cosas que les llamaron la atención; lo primero fue la rapidez con la que mueven las manos. Después charlaron con la intérprete un buen rato porque les pareció interesante la temática.

El centro asistencial y, en particular, la sala de espera ofician de lugar de encuentro para las y los usuarios de la USS, a la vez que posibilitan el encuentro de dos mundos simbólicos: el de los usuarios oyentes y el de los usuarios sordos, que comparten la infraestructura del centro de salud en un ámbito intercultural desde lo lingüístico. Estas relaciones permiten a unos y otros aportar a la construcción de la accesibilidad sociocultural (Stolkiner, 2006), ya que la sala de espera, en tanto espacio-tiempo,<sup>7</sup> es un lugar con la potencialidad para el encuentro entre los usuarios

“como sujetos sociales capaces de generar una trama de relaciones de la que son parte, que los construye y que colaboran a construir. De esto estamos hablando cuando decimos *comunicación* en términos inicialmente humanos, de configuración de los sujetos sociales en el marco de un recorte territorial, geográfico o temático dado.” (Díaz y Uranga, 2011:116).

Según cifras proporcionadas por el equipo de salud, la USS atiende a 313 usuarios, aproximadamente, y se compone de 238 adultos, 3 adultos mayores, 30 adolescentes, 32 niños en edad escolar y 10 en primera infancia. De este total de usuarios, el 54 % son mujeres y el 46 % restante, hombres. Una característica relevante de la población de la USS es el alto número de mujeres, de todas las edades, que asisten de forma regular. Pudo verse, a lo largo del trabajo de campo, que los hombres asisten mayoritariamente en calidad de acompañantes

o llevan a sus hijos a control; así, mientras el universo de entrevistados en la policlínica se compuso de alrededor de veinte usuarias mujeres, la población masculina de entrevistados no superó los cinco. Este sesgo femenino identificado responde a una tendencia general entre los usuarios de salud nacional (Romero, 1993, 2004, 2006; Álvarez Pedrosian, 2009; Rostagnol et al., 2015) e internacionalmente; pareciera estar anclado en la distribución de roles de género, en la percepción de la mujer como «vehículo de cura» (Evia, 2015:547).

A la vez, este sesgo femenino permitió que entrevista tras entrevista fueran apareciendo en los relatos diversas experiencias relacionadas con la violencia obstétrica. Una usuaria de la unidad incluso compartió en una entrevista haber entrado a «parir» acompañada de su madre, quien en un momento dado le muestra unos papeles, le dice que «está todo bien, firmá tranquila» y, acto seguido, haber salido con una ligadura de trompas no informada ni consentida. Estos testimonios evidencian la vulnerabilidad experimentada dentro de las instituciones médicas, donde los usuarios transitan sin conocer la justificación de los exámenes prescritos, el alcance de los diagnósticos dados sobre su propia situación o el porqué de las indicaciones farmacológicas; experimentan situaciones angustiantes y psicológicamente extenuantes, aunque se trate de exámenes paraclínicos simples como tomarse la presión.

## 6 ▾

### INTERIOR DEL URUGUAY

En el interior del país, la situación de la comunidad sorda se ve agravada por la macrocefalia<sup>8</sup> capitalina que vive Uruguay, tanto a nivel demográfico como administrativo y de servicios, a pesar de las pequeñas dimensiones territoriales.

En la ciudad norteña de Salto, Osvaldo, presidente de la Asociación de Sordos de Salto desde hace cuatro años, cuenta su perspectiva en lo relativo a las organizaciones gubernamentales y su relación con la asociación:

“Fundamos la asociación honoraria departamental de discapacitados porque lo pidió Montevideo. Entonces surgió que algunos sordos querían fundar una asociación, y ahí, justo que ella era escribana, Ercilia, la que

representaba al Ministerio de Educación y Cultura, hizo la personería jurídica y la fundamos ahí. Montevideo pidió un representante de Salto. La comisión, viste que cada vez que cambia el gobierno, cambia todo, y ahora está en el Ministerio de Desarrollo Social. Yo pensé que seguía aparte, pero no, está incluida. La psicóloga debe informar a la asociación siempre que haya un llamado a capacitación... Los sordos, nada. Debe avisar o invitar a una reunión, y nada. O no le interesa.”

Al consultarles acerca de la situación actual de la Comisión Honoraria de Discapacidad de Salto, los directivos de la asociación plantean que hoy por hoy no hay ningún representante sordo: «No. Por eso mismo, antes sí, pero ahora no. Hay [representantes] de *down*, hay [representantes] de mental, ¿y los sordos?, ¿dónde están? No nos llaman. Pasamos una nota, pero no hay interés».

En cuanto a la posibilidad de crear una Unidad de Salud en Salto, nos cuentan que

“en setiembre de 2014 vinieron [a Uruguay] desde Francia, luego de que se formó la unidad de salud, y se llamó a varios actores. La Universidad se involucró. Había mucha gente interesada, pero... no respondieron [...]. Y después no se supo más nada en cuanto a brindarles intérpretes o mediadores en la salud. Ese proyecto [en Salto] desapareció, no se sabe más nada.”

Han hablado con Asur y también con el Ministerio de Salud Pública, haciendo pedidos de apoyo, y sienten que «han sido indiferentes». En la Universidad ha habido charlas sobre el tema intérpretes y mediadores, pero «así como empezaron, terminaron». De estos testimonios se desprende que la barrera geográfica es la primera que encuentran las personas sordas radicadas en el interior del Uruguay. La USS, si bien está fija en Montevideo, atiende a usuarios y a usuarias de otros departamentos, quienes costean el traslado y todo lo asociado de forma particular. La USS atiende demandas fuera de la capital con acompañamientos solo en casos puntuales, como por ejemplo, en procesos judiciales.

En lo relativo a la comunicación en el ámbito sanitario, todos los participantes plantean varias dificultades al respecto. Identifican la carencia de intérpretes en el interior en general: «El año pas-

ado recién se recibieron los primeros intérpretes en Salto, porque antes no había más que los cursos que se hacían acá en la Asociación. Pero desde el año pasado, que se abrió la tecnicatura en facultad, acá en Salto se recibieron cinco personas; son muy pocas», dice Natalia, estudiante de trabajo social y de la Tecnicatura Universitaria en Interpretación en Lengua de Señas Uruguaya que acude a la Asociación como pasante. A través del contacto con una diputada suplente del Partido Nacional sorda bilateral que trabaja como asesora en discapacidad, han estado reclamando el servicio gratuito de intérpretes que brinda el Cinde en Montevideo, ya que la mayor parte de los servicios de interpretación disponibles en el interior son privados y poseen costos que la mayoría de la población sorda no puede pagar.<sup>9</sup> Dice algún participante, perdido entre el ruido silencioso, que «hay muchos que estudian para intérprete, se reciben y desaparecen. [Me parece] que hay una mala organización en el Cinde de derivar esos intérpretes recibidos; que antes, la organización pudo haber estado bien, pero ahora...». Lo expresado por este usuario refiere al hecho de que en Uruguay, al 2016, se contaba con 156 intérpretes, entre egresados y estudiantes avanzados. El Centro del Servicio de Interpretación (Cesei) del Cinde surge en 2012, producto de la alta demanda de empresas, sindicatos y organismos del Estado que solicitan el servicio de interpretación. Con solo 34 intérpretes vinculados a este servicio, las demandas individuales —acompañamiento en citas médicas, judiciales o reuniones personales o laborales, por ejemplo— se intentan cubrir con los estudiantes, quienes realizan pasantías y horas de práctica a través de estas solicitudes.

La ley 17.378, de julio de 2001, que reconoce la LSU como la lengua natural de las personas sordas en todo el territorio nacional, constituye sin dudas una ampliación de la base social de la comunidad sorda del país. Sin embargo, dada la falta de reglamentación de gran parte de sus artículos, la igualdad ante la ley aún no es efectiva, y al no ponerse en práctica, se niega a los ciudadanos sordos uruguayos el «derecho a tener derechos» (Arendt, 2013). Especialmente relevante resulta detenerse en los artículos 4, 5 y 6, que prevén la acción del Estado en materia de provisión de servicios y bienes —materiales y simbólicos—; con el enfoque analítico desarrollado en esta investigación se deja en evidencia que las demandas y exigencias de la comunidad

sorda para con el Estado se anclan, precisamente, en esta falta de reglamentación.

## 7

### RESULTADOS

En materia de salud de la comunidad sorda del Uruguay, el problema que puede identificarse es que si bien se cuenta hoy con un proyecto comunitario que da respuesta a uno de los grandes problemas en el acceso al sistema de salud y al uso efectivo de sus prestaciones médicas, aunque este devenga en política social focalizada, al no contar con un centro de contrarreferencia será extremadamente difícil conseguir el tránsito desde este dispositivo asistencial focalizado, particularizado y específico hacia las políticas sectoriales universales y, por ende, establecer canales de diálogo entre uno y otras.

“El mercado y las comunidades generan parámetros agregados que luego se transforman en constreñimientos estructurales a la acción y a las oportunidades, pero no toman decisiones legalmente vinculantes de extracción y distribución de recursos y regulación de acciones. Este es, sin duda, el rol esencial y monopolístico del Estado. (Filgueira, 2007:12)”

Estado y sociedad civil encuentran en la USS un ámbito propicio para la interacción, el diálogo y el intercambio desde donde sentar las bases para el desarrollo de políticas sectoriales que contemplen el estado de situación de la comunidad sorda.

LA COMUNICACIÓN EMERGE COMO ESSENCIA DEL PROBLEMA. Las barreras comunicacionales en la relación médico-paciente, e incluso dentro de las instituciones, llevan a las y los usuarios sordos a situaciones de vulnerabilidad e incluso de exclusión del sistema de salud. Esa situación de vulnerabilidad se agrava al transversalizar su situación de sordo —o «no oyente»— con sus características étnicas, sexuales o de género; así, por ejemplo, se detectó un alto grado de violencia obstétrica. La evidente necesidad de políticas lingüísticas que otorguen a la comunidad sorda el reconocimiento pleno de sus hablantes, las garantías de servicios de interpretación gratuitos en todos los ámbitos —sobre todo en la salud— y la educación, en cuanto espacios determinantes de la inserción

de los sujetos a su medio y otorgadores del capital simbólico y cultural necesarios para desarrollarse autónomamente en sociedad y en igualdad de condiciones, se desprende por sí sola de los relatos precedentes.

Porque, en definitiva, entender la salud como derecho inherente del ser humano hace inevitable que la coordinación y reorientación de los equipos profesionales sean un hecho.

Para cerrar, colegir que fortaleciendo los principios rectores de la reforma, efectivizando la universalidad del acceso, garantizando el uso de las prestaciones y mejorando la calidad de la asistencia, es posible producir equidad social.

## BIBLIOGRAFÍA

Arendt, H. (2013). *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid: Alianza.

Álvarez Pedrosian, E. (2009). *Los estrategas del Maciel. Etnografía de un hospital público*. Montevideo: Udelar, Comisión Sectorial de Investigación Científica.

— (2013). «Miradas y voces en el espacio-tiempo de la espera. Notas etnográficas entre las mediaciones sanitarias». En: Guigou, L. y Álvarez Pedrosian, E. *Abordajes hacia una etnografía de la comunicación contemporánea*. Montevideo: Udelar, Comisión Sectorial de Educación Permanente.

Benvenuto, A. (2006). *Lo sordo y lo inaudito*. Disponible en: <http://www.uruguayeduca.edu.uy/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?ID=139626> consultado 19/12/16.

Boivin, M.; Rosato, A. y Arribas, V. (1998). *Constructores de otredad: una introducción a la antropología social y cultural*. Buenos Aires: Eudeba.

Dagron, J. (2016). *Du souvenir á l'histoire*. París: EHESS (mimeo.).

Díaz, H. y Uranga, W. (2011). «Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria». *Revista de Comunicación y Salud*, 1 (1), 113-124.

Erting, C. (1982). *Social Aspects of Deafness: Interpersonal communication and deaf people* (vol. 5). Washington D. C.: Gallaudet College.

Evía, V. (2015). «Los procesos de salud-enfermedad-atención desde la perspectiva de los usuarios de una policlínica del primer nivel de atención en Montevideo, Uruguay: Análisis de trayectos terapéuticos». *Revista Salud Colectiva*, 11 (4), 537-552.

Ferrante, C. y Venturiello, M. P. (2014). «El aporte de las noticias de cuerpo y experiencia para la comprensión de la "discapacidad" como asunto político». *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14 (2), 45-59.

Filgueira, F. (2007). «Cohesión, riesgo y arquitectura de protección social en América Latina». *Serie Políticas Sociales*, 135. CEPAL.

Fuentes, G. (2013). «El sistema de salud uruguayo en la post dictadura: análisis de la reforma del Frente Amplio y las condiciones que la hicieron posible». *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, 19 (1). Montevideo: Udelar, Facultad de Ciencias Sociales, Instituto de Ciencia Política.

Galiffet, F.; Míguez, M. N. y Ortega, M. (2017). «Rol del trabajo social en las unidades de salud para sordos». *Acción Colectiva. Boletín Onteaiken* (23), 10-30.

Gil de França, E.; Andrade Pontes, M.; Cavalcanti Costa, G. M. y Sátiro Xavier de França, I. (2016). «Dificultades profesionales en la atención médica de pacientes con sordera severa». *Ciencia y enfermería*, 22 (3), 107116. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000300107>.

Gularte, A. (2014). *Niños sordos hijos de padres oyentes: comunicación y relacionamiento*. Tesis de maestría. Montevideo: Udelar, Facultad de Psicología.

Gumperz, J. (1979). «The speech community». En: Giglioli, J. P. (ed.), *Language and social context* (pp. 219-231). Nueva York: Penguin Books.

Katzer, M. L. y Samprón, A. (2011). «El trabajo de campo como proceso. La "etnografía colaborativa" como perspectiva analítica». *Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social* (2), 59-70.

Lambiasse, E. y Verdún, M. (2018). *Informe Unidad de Salud para personas Sordas. Policlínica Misurraco* (mimeo.).

Lassiter, L. E. (2005). *The Chicago guide to collaborative ethnography*. Chicago: University of Chicago Press.

Martínez, E. J. y Macchio, L. A. (2016). *Entre la macrocefalia estructural y el policentrismo emergente*. Montevideo: Ediciones Universitarias.

McIlroy, G. y Storbeck, C. (2011). «Development of deaf identity: An ethnographic study». *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16 (4), 494-511.

Medina, M. A. (2014). «El devenir de la reforma de la salud en el marco de la arquitectura de bienestar y estructura de riesgo del Uruguay». *Revista Discusiones (I)*, 31-39.

Menéndez, E. (2014). «La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional?». *Alteridades (7)*, 71-83.

Olivar, F. (2015). «Políticas sociales: o el peligro de la iatrogenia». *Revista Discusiones (II)*, 39-44.

Peluso Crespi, L. (2010). *Sordos y oyentes en un liceo común*. Montevideo: Editorial Psicolibros.

Romero, S. (1993). «Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural?». En: Barrán, J. P., *La medicalización de la sociedad*. Montevideo: Nordan Comunidad.

— (2004). «La diversidad en el campo de salud». En: Romero, S. (ed.), *Anuario de Antropología Social Cultural en Uruguay (2)*.

— (2006). «Modelos culturales y sistemas de atención de la salud». En: Romero, S. (ed.), *Anuario de Antropología Social Cultural en Uruguay (4)*.

Rostagnol, S.; Calce, C.; España, V.; Goñi, M.; Magnone, N.; Mesa, S.; Meza, F.; Pacci, G. y Viera, M. (2015). *La violencia contra las mujeres en la agenda pública: Aportes en clave interdisciplinar*. Montevideo: Imprenta Rojo.

Stolkiner, A. (2006). «El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios». *Anuario de Investigaciones*, 14, 201-209. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Uruguay (2004). *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. Informe final*. Montevideo: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: [http://www.ine.gub.uy/c/document\\_library/get\\_file?uuid=a392b150-fee4-49dd-987b-10730629d88a&groupId=10181](http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=a392b150-fee4-49dd-987b-10730629d88a&groupId=10181).

Uruguay (s/f.) *Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Presidencia de la República. Disponible en: <https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf>.

Vico-Miranda, C. (2011). *Cuerpos que extrañan. Deconstruyendo las dis/capacidades desde una mirada feminista*. Tesis. Granada: Universidad de Granada.

## Notas

1 Según datos del censo de población 2015, Uruguay tiene 3.380.177 habitantes. El 7,6 % de la población (residente en localidades de más de 5.000 habitantes) tiene al menos una discapacidad, lo que representa 210.000 personas; el 13,6 % de estas (28.560) tiene problemas de audición o son sordas. No existen datos desagregados por tipo de discapacidad; sin embargo, el panorama general que se muestra en este relevamiento muestra que un «alto porcentaje de personas con discapacidad de 25 años o más de edad que carecen o tienen muy bajo nivel de instrucción (37,7 %) contrasta con el observado para la población sin discapacidad (12,6 %) [...]». Solamente la quinta parte de la población con discapacidad de 14 años o más participa en el mercado de trabajo. Su tasa de actividad es muy baja con relación a la población sin discapacidad (19,6 contra 62,4 %)» (Uruguay, 2004).

2 «Esta reforma se propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia a ese acceso, equidad en el gasto y el financiamiento de esta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema [...]. Un primer eje es el cambio en el modelo de atención a la salud hacia una orientación que privilegie la atención integral [...]. Un segundo aspecto se refiere al rol del Ministerio de Salud Pública como el responsable de conducir el proceso de construcción del sistema y de ejercer efectivamente la rectoría del sistema de salud [...]. Un tercer aspecto se refiere al cambio en el sistema de gasto y financiamiento, asegurando cobertura universal, equidad y solidaridad a través de un Seguro Nacional de Salud. Los cambios propuestos en el actual sistema de financiamiento de la salud se basan en la justicia distributiva» (Uruguay, s/f.).

3 Las personas sordas pueden ser *hipoacúsicas* o *sordas profundas*. La hipoacusia va desde leve —pérdida no superior a 40 dB para las frecuencias centrales— hasta profunda —de 40 a 90 dB—, lo que significa que la persona sorda profunda posee una pérdida superior a los 90 dB. Asimismo, existe una multiplicidad de familias en torno a la sordera: padres sordos con hijos oyentes, padres oyentes con hijos sordos, padres e hijos sordos, sordos que no hablan la lengua de señas uruguaya, oyentes que sí la hablan, familias que oralizan a sus integrantes sordos y desestimulan el aprendizaje de la lengua de señas, etc.

4 Esta expresión fue utilizada por la psicóloga Andrea Gularte en una entrevista realizada por *Subrayado*, canal 10, refiriéndose a la falta de *habitus* que las personas sordas tienen respecto al sistema de salud en general. Refiere a que la población sorda no presenta el hábito de concurrir a los centros de primer nivel para

realizarse los controles de salud: la gran cantidad de barreras encontradas por los usuarios en los centros de salud los han llevado a optar por no concurrir (entrevista disponible en: <http://www.subrayado.com.uy/Site/noticia/30488/unidad-de-atencion-para-sordos-funciona-en-policlinica-municipal>).

5 Datos proporcionados por el equipo de salud de la USS.

6 El *mediador sordo* es una figura innovadora que tiene como función, dentro del equipo de salud, la de ser un referente comunicacional y cultural. Por definición, es una persona sorda, hablante competente de la LSU, quien trabaja junto al intérprete para asegurar que el mensaje transmitido sea exitosamente entendido. El mediador acompaña al paciente y hace de nexo entre este y el intérprete; actúa como facilitador de la información y, por tanto, del conocimiento sobre derechos. ¿Por qué no es suficiente el intérprete? Porque él puede encontrar también barreras en la comprensión de ciertas señas o modos de hablar la lengua de señas que son conocidas solo por los sordos (pensemos que no todos los sordos hablan y manejan la lengua de señas estándar; además, al ser una lengua viva, posee regionalismos y modismos propios de cada contexto).

7 Para ampliar, ver Álvarez Pedrosian, 2013.

8 «El censo de 2011 apoya una lectura actual del territorio del Uruguay donde la ciudad de Montevideo sigue perdiendo importancia, y a pesar de la disminución de la pobreza, se agudiza la segregación sociocultural de y en el conurbano. Al mismo tiempo, emerge Maldonado-Punta del Este-San Carlos, posicionándose como una segunda área metropolitana. Por su parte, un sostenido crecimiento económico, la reconversión productiva y las implantaciones logísticas, además de alternativas en la matriz energética, van pautando subsistemas urbanos que gradualmente contrapesan la histórica macrocefalia montevideana» (Martínez y Macchio, 2016:15).

9 El precio al que se contrata a los intérpretes va de \$ 300 a \$ 500 o 1 UR la hora. (A noviembre de 2016, el valor de la UR se ubicaba en \$ 927,12, según el Centro de Información Oficial [IMPO].)

# CANNABIS EN URUGUAY: REPRESENTACIONES EN TORNO A SUS USOS Y PRÁCTICAS DE CULTIVO <sup>1</sup>

ANDREA FERNÁNDEZ BERRUTTI

Licenciada en Ciencias Antropológicas, FHCE, Udelar; maestranda en Ciencias Humanas, opción Antropología de la Cuenca del Plata, FHCE, Udelar  
Contacto: a.fer.berrutti@gmail.com

## ABSTRACT ◀

This article is written based on my ethnographic degree work, which I made in the process of legal regulation of the cannabis market in 2014. It reflects on the different representations of groups and subjects who cultivate cannabis in the city from Montevideo. The purpose is to approach the senses that are given to cannabis use, particularly when it is linked to the cultivation of the plant, taking into account that this practice is highly valued at a subjective and collective level. The categorization of marijuana as a drug is discussed, considering the relationship that this construction has had with the legal institution and with the medical institution, where the plant and its uses have been disqualified, whether condemned to its users as criminals or as addicts. In a context that begins to open up legally to its different uses, we reflect on what this transition represents as promising a social destigmatization.

*Keywords: cannabis, marijuana, cultivation, drugs, Uruguay.*

## RESUMEN ◀

Este artículo está basado en mi trabajo etnográfico de grado, el que realicé durante el proceso de regulación jurídica del mercado de cannabis en Uruguay, en 2014. En él se reflexiona sobre las distintas representaciones de grupos y sujetos que cultivan cannabis en Montevideo. El propósito es acercarse a los sentidos que se le dan al consumo de cannabis, en especial cuando este se encuentra ligado al cultivo de la planta, práctica que resulta muy valorada subjetiva y colectivamente. Se discute sobre la categorización de la marihuana como droga, en atención a la relación que ha tenido esta construcción con las instituciones jurídica y médica, donde la planta y sus usos han sido descalificados, y sus usuarios, tratados como delincuentes o adictos. En un contexto que comienza a abrirse legalmente a sus diferentes usos, se reflexiona acerca de lo que representa esta transición como promesa de desestigmatización social.

*Palabras clave: cannabis, marihuana, cultivo, drogas, Uruguay.*

## PRESENTACIÓN ▼

La *Cannabis sativa* ha sido foco de interés y discusión desde varias perspectivas: su uso, extendido por casi todo el mundo,<sup>2</sup> puede ser estudiado histórica y antropológicamente a través de los diferentes grupos humanos o colectivos que lo han introducido en sus prácticas y lo han significado, dotándolo de diferentes propiedades y valoraciones. Dejando de lado el uso industrial que se le ha dado a ciertas variedades de cáñamo a lo largo de la historia, me centro en el consumo de la flor de *Cannabis sativa* como variedad particular, en conexión directa con la práctica de su cultivo por parte de colectivos e individuos de la ciudad de Montevideo.

Como mi trabajo se ha centrado en el uso de la marihuana ligado a la práctica del cultivo de la planta, fue necesario, en primer lugar, contextualizar dicha práctica en la construcción del concepto de *droga* como discurso occidental y hegemónico en el que se introdujo la marihuana como parte de su problema. Asimismo, reflexiono sobre los modos de consumo que aparecen pautados desde los discursos institucionales: consumo medicinal —recetado— o recreativo, en acto legal/ilegal, en cantidad problemática/no problemática; el uso ritualizado o místico-religioso no es mencionado por las instituciones, ya que no se considera una realidad dable en este contexto (jóvenes de una urbe moderna, laica y desencantada). Las categorías de consumo mencionadas son contrastadas con los diferentes sentidos que los colectivos y sujetos le dan al consumo de la flor de cannabis y el cultivo de la planta, mostrando que los cultivadores de cannabis no suelen apropiarse de dichas calificaciones; por el contrario, manifiestan múltiples razones por las cuales tanto el consumo como el cultivo de la planta se entienden beneficiosos. Estas prácticas resultan difíciles de categorizar, ya que existe una concepción integradora del uso de la planta: cotidiana, pero sacra; individual y colectiva; trasgresora, aunque ya no tanto; terapéutica para el cuerpo, la mente y el espíritu; objeto de transmisión solidaria de conocimiento técnico y botánico, y apoyo para el abandono de consumos adictivos (en oposición al discurso que afirma lo contrario), entre tantos otros sentidos que fueron revelados en el campo y que seguramente distan del concepto de *uso recreativo*.

Si bien otras cuestiones también fueron tratadas en el campo de la investigación, he seleccionado aquí aquellas que, por encontrarse aún como temas vigentes, considero más enriquecedoras para la discusión.

La metodología de trabajo fue de carácter etnográfico, a través de un acercamiento al campo que implicó un involucramiento tal que me permitiera el acceso a espacios privados, como ser los de cultivo —en un contexto donde tímidamente se comenzaban a hacer explícitos—, los de discusión grupal o los propios hogares; predominó, como es característico del método etnográfico, un enfoque cualitativo, en el que la realidad es subjetiva y múltiple. Dado el corte de mi investigación, los sujetos del campo debían llevar adelante la práctica del cultivo de cannabis, por lo cual se buscaron espacios de participación en asociaciones o colectivos de cultivadores con cierto grado de organización y militancia; también el acercamiento a diferentes sujetos o grupos informales de cultivadores no asociados, pero en los cuales existiera, en todos los casos, una actitud concienzuda hacia la práctica del cultivo y el consumo. El método de observación participante guio la investigación en los ámbitos colectivos —la gran mayoría—; además, gran parte del trabajo se apoyó también en la técnica de la entrevista desestructurada, con un enfoque dialógico y reflexivo.

Con respecto a la observación participante, expresa Ghasarian:

Este abordaje permite, en efecto, observar directamente el comportamiento más que abordarlo a través de relatos indirectos. Estando presente, el investigador puede ver lo que sucede desde el punto de vista de las personas cuando estas se preparan para un acontecimiento, siguen las reglas o las rompen. La inmersión en su vida cotidiana le permite ser menos extraño, menos invasivo [...]. Este método de exploración también da al etnólogo la posibilidad de descentrarse y distanciarse de lo que toma, por lo general, como evidente. (Ghasarian, 2008:15)

## LA MARIHUANA COMO DROGA: CATEGORÍAS DE CONSUMO ▼

En el mundo occidental se ha catalogado a los productos psicoactivos derivados del *Cannabis sativa* como drogas. En su *Historia general de*

las drogas, Escotado (1998) nos habla de la construcción occidental del concepto de *droga*, comenzando por rastrear las transformaciones semánticas de algunos conceptos que acaban por constituir parte de un discurso y un sentido comunes. El autor expone la dualidad del *phármakon*, concepto que proviene de la Grecia clásica (Platón) y que ha sido trabajado por Derrida (1968) como remedio y veneno, como cura y amenaza, todo a la vez:

La toxicidad es algo expresable matemáticamente, como margen terapéutico o proporción entre dosis activa y dosis mortífera o incapacitante. La frontera entre el perjuicio y el beneficio no existe en la droga, sino en su uso por parte del viviente. (Escotado, 1998:20-21)

El autor menciona también el término —más actual— *narcótico*, del griego *naurkon* ('adormecer, sedar'); en inglés, *narcotics*, y en francés, *estupéfiants*, este último como término que, en el siglo XX, revela su connotación moral. Esta inclusión de conceptos morales aplicados a las sustancias narcóticas —sedantes— le quitó a lo farmacológico su lógica categórica, comenzando a incluir en la categoría de estupefacientes sustancias no sedantes y a excluir sustancias que sí lo eran:

Tras varias décadas de esfuerzos por lograr una definición «técnica» del estupefaciente, la autoridad sanitaria internacional declaró el problema insoluble por extrafarmacológico, proponiendo clasificar las drogas en lícitas e ilícitas. (Escotado, 1998:21)

En 1961, Naciones Unidas aprueba la Convención Única sobre Estupefacientes (Naciones Unidas, 1961), enmendada luego por protocolo en 1971, primer tratado de carácter internacional en el que los países firmantes —Uruguay entre ellos— se comprometen a controlar y fiscalizar las drogas definidas como «ilegales», apoyando de esta manera la lucha contra la producción y el tráfico de drogas (estupefacientes). Allí, el cannabis y su resina, así como los extractos y tinturas de cannabis, se introducen en la lista de estupefacientes susceptibles de fiscalización. En las resoluciones aprobadas por la conferencia, «preocupados por la salud física y moral de la humanidad», se les recomienda a las partes, en la resolución III:

1. Que tengan en cuenta el hecho de que la toxicomanía de estupefacientes es con frecuencia resultado de una atmósfera social malsana en la que viven quienes están más expuestos al peligro del abuso de los estupefacientes;
2. Que en todo lo posible combatan la difusión del uso ilícito de los estupefacientes;
3. Que desarrollen medios de diversión y actividades favorables a la salud física y psíquica de la juventud. (Naciones Unidas, 1961:12)<sup>3</sup>

De esta manera, la farmacología se afirma una vez más como instrumento de un régimen jurídico represivo y moralizante, que ejerce un control sobre el cuerpo, el juicio, el comportamiento, la percepción y el estado de ánimo del sujeto, en especial el joven. La categorización de drogas «buenas» y «malas» —y de la droga en sí como categoría— es construida arbitrariamente por instituciones detentoras de poder físico y simbólico, atribuyendo, como expresa Escotado (1998), «cualidades morales y éticas a los productos químicos». En el mismo sentido, Garrido (1999) representa la droga como una cuestión pragmática que toma la forma —performativa— del mal:

La droga no es nada concreto. Se trata solo de una definición o de un nombre, de un estereotipo que recoge numerosos fantasmas, miedos, ilusiones, intereses; es un símbolo del mal [...]. Como símbolo adoptado, la realidad de la droga [...] no puede ser otra que la realidad de su cultura. (Garrido, 1999:2)

Bayce (2012) devela algunas causas y consecuencias de esta representación discursiva, que tiene como eje rector un proceso de estigmatización que, en este caso, recae sobre los consumidores y cultivadores de marihuana. El autor propone una serie de dicotomías con las que se construye la estigmatización aludida; por ejemplo, aquella que crea un «imaginario moral secular y cívico dominante», a su entender, las «vías de perfección» que se construyen desde la racionalidad y la ciencia, en contraposición con las que se construyen desde las mágicas, místicas y extáticas contemplaciones (dicotomía entre lo corporal material y lo espiritual). Estas dicotomías, según el autor, tienen su raíz en el pensamiento de la Modernidad, el iluminismo y el evolucionismo, que impulsa las ideas de progreso y desarrollo como valores de los sectores hegemónicos, en contraposición al atraso

y el subdesarrollo de quienes no siguen aquella racionalidad (Bayce, 2012:73). De allí que la peligrosidad de las drogas se extienda mucho más allá de las cuestiones relacionadas con la salud física y mental del individuo: atentan contra las «vías de perfección» establecidas hegemónicamente.

Resulta interesante, en este marco interpretativo, repensar las categorías en las que se incluye el uso de la marihuana según los discursos institucionales en nuestro país y en el mundo. Se puede decir que existe un uso *recreativo*, uno *medicinal* y otro *ritual* —este rara vez suele mencionarse—; existe asimismo un uso *problemático* —según la cantidad consumida— y, por lo tanto, otro que no lo es. La pregunta es la siguiente: ¿qué y quiénes delimitan los diferentes modos de consumo de la marihuana? Me centraré aquí en el uso medicinal y el recreativo.

El uso *medicinal* que se hace de cualquier sustancia tiene como objetivo el tratamiento de alguna dolencia o malestar particular. En nuestra sociedad, la institución médica cumple el rol protagónico en cuanto poseedora de la «verdad científica»<sup>4</sup> y, por lo tanto, de la legitimidad social para definir los beneficios o perjuicios que el uso de la sustancia —en el caso, la marihuana— puede provocar en quien la consume. El cuerpo médico diagnostica y distribuye la certificación para adquirir marihuana entre quienes necesitan un tratamiento particular y restringe su uso; al mismo tiempo, es el colectivo médico el que posee la potestad —existe una regulación jurídica del uso medicinal— de romper las barreras de la ilegalidad de la sustancia (es solamente él quien detenta el conocimiento para indicar un uso no abusivo). Haciendo historia, es a mediados del siglo XIX que la institución médica cobra hegemonía simbólica y material en Occidente:

Le permite asegurarse el monopolio en el campo de la salud del que hasta entonces no había gozado (pues estaba en competencia directa con otros tipos de adivinos y pronósticos, como curanderos, sanadores, etc.). La eficacia simbólica que supone la introducción de la receta (lo escrito/científico en frente de lo oral/popular) se afianza posteriormente (tanto a nivel simbólico como técnico) con el desarrollo del modelo hospitalario, organizado alrededor de diversas tecnologías entre las que el medicamento tiene un papel central. (Romaní, 1997:43)

En concordancia con esta línea, el antropólogo mexicano Julio Glockner hace referencia en su trabajo (2006) a Thomas Szasz, psiquiatra exponente de la *antipsiquiatría*, cuando expresa que, en las sociedades occidentales, «hoy los rituales médicos han ocupado el lugar de los rituales religiosos». En este sentido, es el cuerpo médico el que tiene el poder de tomar las decisiones políticas que controlan la definición de *droga* y su correcto uso, influyendo fuertemente en su legitimidad y disponibilidad en el mercado; esto es, «vivimos en una *farmocracia*».<sup>5</sup> Sin embargo, como sostienen Fiore y Vehlo (2008), el discurso que construye la institución médica no podría detentar un poder tan pujante si no fuera porque su discurso recae en una sociedad «medicalizada» que lo avala. De esta manera, se quita al colectivo social de su posición pasiva y se lo coloca en relación —como actores activos— con la construcción de ese poder-saber que construye y explica el mundo:

Se a medicina pode ser entendida como discurso [...] é porque se tem em conta que, como bem apontou Clavreul (1983), dela não participam apenas médicos e cientistas, mas todos aqueles que, de alguma forma, tomam como objeto a saúde e a vida humana; uma sociedade medicalizada, na falta de um outro termo melhor, não é necessariamente aquela em que os médicos e suas prescrições impõem seu poder, na condição de sujeitos, sobre cidadãos leigos sujeitados; trata-se de uma sociabilidade em que os dilemas colocados pelos saberes médicos são compartilhados enquanto valores fundamentais e perseguidos continuamente. Buscar a vida saudável, afastar a morte, aliviar o sofrimento, identificar as patologias e alcançar a normalidade. (Fiore, 2008:142-143)

La legitimidad del discurso médico puede observarse en la tendencia global actual de introducir el uso de marihuana medicinal en las legislaciones de varios países europeos y americanos. En muchos de ellos, el uso recreativo no está permitido debido a sus connotaciones negativas; en lugar de ello, la institución médica, con su poder, introduce la sustancia-mercancía y así, a través de sus saberes científicos y avalada por las sociedades medicalizadas, legitima su uso.

La expresión uso recreativo refiere a una forma de consumir determinada droga, a un objeto específico a través del cual hacerlo y a una es-

parcialidad concreta. El cannabis, en uno de sus usos, puede pertenecer a esta «categoría» del *uso recreativo*, categoría cuyos límites aún resultan difusos. Según Infante, Barrio y Martín,

el propio término *drogas recreativas* hace alusión a su contexto de consumo. Son drogas asociadas al ocio del fin de semana, a la música, el baile, las ocasiones o fiestas especiales, al ambiente nocturno [...]. En cualquier caso, se trata de un consumo grupal, con los amigos. (Infante et al., 2003:83-84)

Por su lado, Calafat y otros autores, desde una perspectiva posológica, realizan una clasificación de los consumidores de cannabis en conexión directa con actividades recreativas de su vida nocturna (principalmente salidas a restopubs, cafés, discotecas; Calafat et al., 2000). La cantidad consumida, asociada a sus riesgos, determinará si nos encontramos frente a un consumo moderado o a uno más asiduo, tendiente a problemático. Es así que los autores hablan del *nunca consumidor*, el *abstinente*, el *ocasional*, el *recreativo* y el *habitual*, en función de la frecuencia de consumo: el consumidor *recreativo* sería aquel que consume más de una vez al mes y hasta una vez por semana; *habitual*, quien lo hace más de un día por semana y hasta todos los días... El análisis continúa cuantificándose para cada perfil, pero esto no interesa a nuestro objetivo: lo que sí nos interesa es comprender a qué refiere la clasificación de *uso recreativo*. ¿Se determina por la cantidad consumida o por un espacio concreto de consumo, separado de los espacios cotidianos? ¿Se define por una mayor o menor dependencia, es decir, por la capacidad de una autorregulación del consumo por parte del propio usuario? ¿Qué decir de la asociación casi directa que se suele establecer entre el uso recreativo y los jóvenes, al tiempo de ocio, sus empleos y su industria? Ciertamente, es en este contexto y desde estas perspectivas que parece existir un alto riesgo de pasar de un uso recreativo a uno problemático. Por otro lado, ¿sería posible pasar de un uso médico —recetado— a uno problemático?

## LOS CULTIVADORES ▼

El uso de marihuana en Uruguay —como en otros países de América y Europa— es una práctica que se ha vuelto común en este siglo. En el campo de trabajo se observó una multiplicidad

de sujetos —usuarios y cultivadores— de diferentes edades, ocupaciones, perfiles socioeconómicos y niveles educacionales. Dentro de la población que consume marihuana en nuestro país se encuentran todos aquellos colectivos e independientes que practican el cultivo de *Cannabis sativa*, pertenecientes algunos de estos —los que interesaron a mi investigación— a la ciudad de Montevideo. Algunos de estos cultivadores, como mencionábamos recién, se organizan en diferentes agrupaciones,<sup>6</sup> mientras que otros son cultivadores independientes. En el campo etnográfico se conocieron personas con trayectorias añosas en el ejercicio del cultivo, prestigiosas en sus círculos relacionales por su conocimiento y experiencia en el área, además de una trayectoria concedora de un estigma social que ya comenzaba a desvanecerse; muchos otros cultivadores, en cambio, recién comenzaban a adquirir esta práctica, impulsados por una apertura jurídica y de aceptación social cada vez mayor, tendencia que continúa.<sup>7</sup>

A propósito de la aceptación del uso del cannabis como consecuencia de la regulación jurídica, Maxi expresaba:

La gente, si lo dice la ley, lo acepta. De a poco se va aceptando socialmente [...]. El otro día le di —que tenía unos cogollos— a la abuela de un amigo. Ella tomaba pastillas para dormir. Yo le decía que se fume uno antes de acostarse, y bueno, se lo llevó. Hace tiempo ya y todavía no lo fumó, pero lo tiene ahí. Se necesita un proceso. La doña lo tiene ahí, lo mira; necesita darse cuenta de que eso no hace daño. Cada uno con sus tiempos, ¿no? Pero eso es algo bueno que tiene la ley: que socialmente se va aceptando, y la gente se va sacando los prejuicios de la droga. (Maxi, 29 años)

Por otro lado, desde una perspectiva crítica hacia la regulación del mercado, Maxi expresaba su desconfianza con respecto tanto a dicho proceso como a los colectivos nucleados alrededor de la consigna prolegalización:

El control existe siempre. Con la marihuana, igual. La ley es para empezar a controlar desde las instituciones formales. Trabajan para las grandes empresas... La ley no está hecha para gente como uno, que planta; no está hecha para el cultivador: está hecha para las

empresas. Y toda esta gente, ahora, que sale por los derechos de los cultivadores y asociaciones de cannabis y no sé qué, cada vez más politizados, están todos ahí, metidos; no digo que no haya gente que quiera los derechos y cultive bien, porque quiere sus flores, pero muchos buscan su lugarcito en las instituciones [...]. Y fijate: nadie tiene idea de nada, ni quién va a producir ni cómo. Y bueno, el tema del control [...]. Hablan en el Uruguay y en el extranjero del país modelo y qué sé yo... ¿Viste la última *THC* [se refiere a la revista]? ¿Qué decía abajo?: «Uruguay, el país de la libertad». ¿Vos te creés que esa ley sale acá de casualidad? ¡¿Qué?! ¡Se le ocurrió a Sabini [Sebastián Sabini, diputado frenteamplista defensor del autocultivo]! ¡Vamos! Uruguay se está tomando como conejillo de Indias; es un cambio que se va a dar regional o mundialmente, y empezaron probando acá. ¡Las empresas! Todo el trasfondo es económico; el narcotráfico, las empresas productoras de semillas... ¡Los tipos tienen el monopolio de las semillas! ¿Entendés? ¡Del alimento! Y uno es lo que come. (Maxi)

La aceptación social de la práctica del cultivo de *Cannabis sativa* es paulatina. Sabemos que, hasta hace poco tiempo, esta práctica era penada legalmente y estigmatizada, y es discutible hasta qué punto no es aún objeto de estigma; pero esta desestigmatización dependerá de varios factores, como el generacional y el entorno social y territorial. Lo cierto es que siempre han existido grupos sociales —más que etarios— que han sido condenados y reprimidos, y tratados como chivo expiatorio de los males de la sociedad.

En el campo, también se conocieron cultivadores añosos que vivieron la ilegalidad de la práctica de cultivo. Expresaba Marcos:

Ahora hay una apertura al tema del cultivo, legalmente y socialmente también. Cuando nosotros éramos más chicos, no se podía fumar así nomás. ¡Ahora fumás adelante del policía! Es increíble. Nosotros, los cultivadores viejos, venimos de otro contexto. Los cultivadores viejos somos más perseguidos porque vivimos en carne propia la represión; gente en cana por plantar en serio. Y vos te re-perseguías porque antes, de repente, si te encontraban con un prensado bueno, vaya y pase; pero tenías una planta, una sola, y ya ibas preso, eras narcotraficante [...]. Aho-

ra está más abierta la cosa. Igualmente, hay gente que se persigue mucho, sobre todo si lo sufriste en carne propia. (Marcos, 40 años)

En la misma línea contaba Andrés:

Cuando éramos chicos no existía toda esta información que hay ahora para cultivar [...]. ¿Sabés cómo hacíamos nosotros, que recién empezábamos? Íbamos a donde se juntaban los viejos cultivadores, que la tenían clara; ahí nos quedábamos medio que a un costado, y de repente rescatábamos alguna punta que ellos nos tiraban. ¡Era lo mejor! Ahí empezamos a conocer lo que eran las flores [...]. Antes, para fumar, arreglábamos con el grupito de amigos; nos juntábamos en la plaza o algún lado medio escondido, a una hora. Ahí, ronda, una pitada cada uno rápido y todos para su casa: se terminó la historia. No existía juntarse en la plaza a fumar uno tranquilo y compartir otras cosas, sobre todo en espacios públicos. (Andrés, más de 40 años)

En este sentido, se puede observar cómo se han transformado las espacialidades donde se mueven las redes de socialización: la calle y la plaza ya no son vedados; las redes sociales se imponen como espacio donde mostrarse uno mismo y su cultivo. De esta manera comienza a generarse una aceptación paulatina de esta práctica. El consumo se impone en el espacio público; sin embargo, el cultivo de cannabis continúa siendo una práctica que mayoritariamente tiene su lugar en el espacio privado, el compartido con el grupo de pares o el entorno familiar.

El sentido que los cultivadores de cannabis le dan al consumo de las flores es diverso. Varios sujetos con los que se conversó expresaron un sentir casi místico hacia el consumo de la flor de cannabis, que no se separaba de la práctica del cultivo; otros conectaban el consumo a experiencias más cerca de las ritualistas, como las de tocar en una comparsa de tambores o juntarse con otros cultivadores en tiempos de cosecha a catar las diferentes genéticas cultivadas, mientras se conversa sobre el proceso de cultivo de ese año. Estaban quienes consumían sus flores como un medio para equilibrar su humor y relacionarse mejor con su entorno después de salir del ritmo de la urbe; también aquellos que tomaban la práctica de cultivo desde una posición ideológica, como un acto de soberanía en el que el hecho de autoabastecerse era valorado en

tanto se conocía qué sustancia se estaba consumiendo, además de desvincularse del mercado negro y la toxicidad de los productos que allí circulan. No resultaba raro observar que quienes tomaban esta postura cultivaran otros tipos de plantas para el propio consumo. Decía Maxi: «¡Mirá mis tomates! Yo me emociono igual con mis tomates que con un cogollo». Fabián, otro cultivador, afirmaba:

¡Ah!, esto no tiene retorno. Cuando empezás, no parás más. Cuando te florezcan las primeras, vas a ver... Cuando veas que lo que vos le das a la tierra ella te lo devuelve, no vas a separarte más. Y al final ya no te va importar si es *ganjah*, zanahorias o tomates. (Fabián, más de 40 años)

Desde una perspectiva distinta, Ana, otra persona que se conoció en campo, nueva en la práctica de cultivo de esta planta, le daba un sentido al consumo de cannabis que era, como ella lo expresaba, «espiritual», interesándose además por diferentes plantas enteógenas, como el San Pedro (*Salvia divinorum*):

¡Vení, vení, que te muestro las plantas! Están divinas. Acá yo empecé ahora a plantar, pero las tengo como escondiditas para que no se vean, porque a los vecinos de acá mucho no les gusta [...]. Son plantas de poder, plantas maestras... Yo fumo porque me conecta con todo: me conecta con el mundo, con la naturaleza, conmigo misma. Todas estas plantas... son mágicas. (Ana, 50 años)

Por su lado, Lucas expresaba:

Yo fumo porque me hace bien... Mi madre vive en Argentina, y cuando viene, no toma sus pastillas, esas de farmacia; esas drogas sí que nos invaden. Yo le doy una flor y ella duerme bien. Cuando viene, deja las pastillas. Es que estas plantas son medicinales, son curativas, terapéuticas, y el contacto con la tierra, ese es fundamental; es parte de la terapia. A mí me ayuda a lidiar con todo lo cotidiano, incluso en mi relación con ellos [mira a su hijo]. Vos a veces llegás del trabajo, estás de mal humor, ¡y a ellos qué les importa eso! Ellos se te cuelgan de la pierna y vos los arrastrás, y ya está. Se están divirtiendo, ¿por qué les vas a hablar mal? ¿Porque vos estás de mal humor, estresado? La marihuana te ayuda a ser más tolerante; te baja las revoluciones,

te cambia el humor, te ayuda a relacionarte mejor con la gente. Yo en mis viajes<sup>8</sup> aprendí que nuestra manera de ver las cosas es una más; hay que aprender a escuchar a la gente, no tenemos la verdad. Pero no sabés lo difícil que es sacarse los prejuicios; es muy difícil. (Lucas, 37 años)

Nicolás vinculaba el tocar candombe con el consumo de cannabis:

— ¡Ah, salís en las Llamadas!

— Sí. Es un viaje, imaginate: vos tenés que tocar re fuerte para escucharte a vos mismo y a su vez escuchar a los otros, porque si te colgás, podés hacer perder a veinte tipos... Escucharte a vos, pero si sos inteligente, escuchar al de al lado. Y estar ahí cuando los negros empiezan a gozar es... Yo no toco si no fumo... Solo toco fumado. Son goces que van juntos, no los separo. Una vez se había armado problema porque el director ahí, de la comparsa, no quería que fumáramos. Estaba perseguido con el tema de las drogas y el tipo no quería ni oír hablar. Pero yo fumo igual... Si no fumo, ¿para qué voy a ir? Muchos no se cuelgan con el piano; es el más grave y va de atrás. Pero vos sostenés al grupo, sos la base, ¿entendés? Yo llegué a estar en las llamadas sintiendo a treinta negros gozando al unísono y todos colgados de mi piano... ¡Yo los llevaba a todos! (Nicolás, 25 años)

Glockner (2006) distingue entre *droga* y *enteógeno*,<sup>9</sup> entendiendo la primera como una construcción moderna occidental, y el segundo como un concepto que quiere desmarcar de la primera los usos rituales y místico-religiosos llevados adelante por grupos étnicos tradicionales (en el caso, indígenas de México). El autor subraya ciertos aspectos a su entender fundamentales para distinguir los diferentes usos culturales de las llamadas *sustancias psicoactivas*. Un aspecto es la *procedencia* de la sustancia, ya sean plantas naturales, asociadas a los usos rituales de diferentes etnias americanas, ya sean sustancias artificiales, creadas por la industria química y, por lo tanto, provenientes de un mundo desacralizado, con una lógica de mercado. Otros aspectos importantes son la *finalidad* de su consumo y sus *efectos* individuales y grupales. Aquí tendríamos, por un lado, un consumo mágico-religioso, con fines terapéuticos o adivinatorios (adaptados a la vida comunal); por

otro lado, un consumo que busca experiencias placenteras, lúdicas, o que busca satisfacer una adicción. Esta última forma de consumo es asociada al espacio urbano, donde se encuentran los efectos de la «marginación, delincuencia y persecución policíaca» (Glockner, 2006).

Se capta la intención del autor: volver necesario que un Estado como el mexicano logre diferenciar los usos religiosos que de las plantas hacen sus diferentes grupos indígenas de otros usos posibles; en su lugar, la cosmovisión más aceptada no considera los distintos sentidos atribuidos a los usos de las diferentes drogas, incluidas las plantas naturales que se encuentran en el espacio urbano. De todos modos, no se trata de afirmar que allí, en el uso de sustancias psicoactivas, exista un uso religioso propiamente dicho —aunque podría haberlo— ni que se le dé el mismo sentido y espacio al consumo de psicotrópicos que al de plantas naturales, aunque en las ciudades modernas también existen consumos que trascienden los efectos meramente placenteros o lúdicos de los primeros.

Guigou, en su artículo *Textualidades cannábicas* (2012), destaca las «vías sociales de experimentación» o «mundos de experimentación» que las culturas cannábicas viven con respecto a la planta como espacios que gestan

cierto resto de sacralidad (que puede ser plenamente secularizada y no trascendentalista) [...] como parte de los necesarios procesos de re-simbolización de la vida social. La importancia de estos procesos de re-simbolización resultan fundamentales en nuestra contemporaneidad, ya que nuestras salidas varias (salida de lo político, de lo religioso y de las plurales modalidades de trascendentalidad), a la vez que caracterizan esta contemporaneidad, no hacen más que anunciar su finitud. (Guigou, 2012:175-176)

## DONES Y CONTRADONES CANNÁBICOS ▼

En contacto con sujetos y grupos de cultivadores pude observar cómo la práctica de cultivo no resulta un acto individualizado; por el contrario, genera dinámicas de relacionamiento y de solidaridad. «Acá nos conocemos todos del cultivo, todos cultivadores. Somos como una gran familia», expresaba Gerardo. En los espacios

cannábicos, el proceso de cultivo de la planta pasa a ser una práctica de carácter dicotómico: es individual y es colectiva; está inmersa en lo cotidiano, al tiempo que resulta una práctica altamente valorada, en ocasiones, muy especializada, y en cierto sentido, sacralizada. No hay separación entre los espacios de lo cotidiano y la práctica del cultivo, la que, para algunos, constituye incluso un estilo de vida. Cultivar resulta una actividad a la que el cultivador se dedica todos los días, brindando tiempo a sus plantas, experimentando diferentes técnicas basadas en conocimientos adquiridos y compartiendo, a través del encuentro, opiniones y experiencias con otros cultivadores. El proceso de experimentación y cuidado diario genera una suerte de vínculo con la planta, con la tierra y con la naturaleza. La práctica del cultivo es compartida con otros cultivadores; no es solo una vinculación individual con las plantas, sino que cobra sentido colectivo una vez que se comparten técnicas, esquejes, semillas y flores. Se cultiva para uno y también para los demás; se «presenta», a modo de don, una flor para compartir con el grupo, en un acto que genera en él reconocimiento. Al mismo tiempo, el acto de compartir o «convidar» brinda un sentido de identidad e integración a una red de pertenencia y abastecimiento constante. Rodrigo, conocedor del cultivo de plantas en general y de cannabis en particular, expresaba:

Acá la idea es que las cosas fluyan. Es estar en una red donde todos podamos tener flor todo el año. (Rodrigo, 30 años)

En los círculos cannábicos, este tipo de intercambios genera una fuerte vinculación con el grupo. Mauss (1925), a propósito de algunas características esenciales de sus conceptos de *don* y *contradon*, en referencia al honor y al crédito que se manifiesta en el régimen del don, expresa:

La vida material y moral y el intercambio funcionan entre ellos bajo una forma al mismo tiempo desinteresada y obligatoria. Además, esta obligación se expresa de manera mítica, imaginaria o, si se quiere, simbólica y colectiva: adopta la apariencia del interés unido a las cosas intercambiadas; estas nunca están despegadas por completo de quienes las intercambian. (Mauss, 1925:138-139)

El autor considera este intercambio un fuerte

símbolo de la vida social, imbricando, a través de la obligación de dar y recibir, a personas y grupos humanos:

En el fondo, se trata de mezclas. Se mezclan las almas en las cosas y las cosas en las almas. Se mezclan las vidas, y así es como las personas y las cosas mezcladas salen cada una de su esfera y se mezclan: eso es precisamente el contrato y el intercambio. (Mauss, 1925:109)

## CONCLUSIONES ▼

Este campo de trabajo me ha brindado la oportunidad de acercarme a espacios y subjetividades muy distintas, pero que compartían algo en común: la valoración de la práctica del cultivo de cannabis, práctica que transformaba incluso el sentido de su consumo. La flor cosechada, presentada; el esqueje o la semilla regalada, eran dones que comunicaban a los sujetos, afianzando su vínculo a través de una visión compartida de sacralidad hacia la planta, pero inmersa a la vez en la cotidianidad de su manipulación y consumo.

Presenté en este artículo algunos conceptos a ser cuestionados a la luz de las opiniones, usos y sentires de diferentes grupos y sujetos con los cuales se trabajó en el campo. En lo que refiere a las categorizaciones de consumo analizadas, el uso recreativo de cannabis apareció como una cualidad forzada, en cuanto ningún cultivador la consideró propia. Aquellos efectos que, según contaron los sujetos del campo, influían en el bienestar físico y anímico, la sensibilidad, la espiritualidad, la comunicación y la empatía con los otros no lograron encajar en lo que se considera un uso recreativo de la sustancia. Sin duda, el consumo de marihuana no se separa de los encuentros sociales con los pares para disfrutar de un encuentro, pero para los cultivadores de cannabis con los cuales se conversó en campo, lejos está de constituir una droga acomodada a la industria del ocio. El uso recreativo, categoría en que se enmarca la ley uruguaya, no acaba siendo del todo aceptada, ya que carga con el estigma de no tener una legitimación médica que indique su modo de uso —por ejemplo, su dosis— para que no resulte dañina. Además, la regulación del mercado se ha afincado sobre el concepto de *riesgo*: consumir marihuana es inherentemente un acto riesgoso; es por ello

que debió importarse, a modo de justificación, el paradigma de reducción de daños y riesgos, al tiempo que se implementó una política de control —el registro— sobre los consumidores, parte demandante en el mercado del cannabis regulado, y sobre los cultivadores, estos últimos, fuera del mercado del cannabis, aunque presumiblemente potenciales traficantes.

Por otro lado, sí parece existir una mayor identificación con un uso medicinal o terapéutico como hecho categórico, pero con un concepto de lo terapéutico entendido de manera holística. El sentido terapéutico es integrador. No trae solamente un beneficio físico (no enfermedad): también contribuye a generar círculos de reciprocidad e identificación grupal, así como a cubrir necesidades de bienestar individual y relacional. En general, no se consume marihuana —fumada— como medicamento para calmar una dolencia física puntual —sí se usan cremas o aceites con este fin—, sino para equilibrar el humor y quitar la ansiedad frente a situaciones estresantes del entorno, descansar mejor, potenciar la creatividad y las experiencias artísticas, generar momentos de introspección, afianzar el vínculo con grupos de pertenencia y para experimentar una percepción sensitiva del entorno diferente, entre otras múltiples razones. El cannabis sí tiene sentido como medicina, aunque para su uso, y desde la perspectiva de sus cultivadores, no se precisa de la prescripción médica.

Desde el punto de vista del proceso legal, en el campo de investigación se encontraron distintas posturas con respecto a la regulación del mercado de cannabis. Algunas veces han resultado complejas, en cuanto los sujetos entendían que la nueva ley permitiría una desestigmatización por la cual se abogaba, además de la adquisición del derecho a cultivar cannabis sin arriesgar su libertad; pero a la vez, se rechazaba fuertemente el control, la vigilancia y las restricciones que condicionaban a sus usuarios («regular no es liberar», me dijeron una vez en el campo). Del mismo modo, surgía en algunos sujetos una desconfianza y rechazo al perfil de un nuevo discurso internacional que traería consigo intereses productivos y comerciales de gran envergadura. Por esta razón, se encontró un marcado perfil en algunos sujetos que cultivaban, además de cannabis, otros tipos de plantas con frutos u hojas comestibles para el propio consumo; aunque lejos estuvieran de adquirir

una soberanía alimentaria, constituía un acto simbólico de protesta —urbana— hacia el manejo del mercado agroalimenticio.

Como reflexión última, queda aquella que el quehacer etnográfico persigue: intentar dar voz a los protagonistas para construir discursos más plurales, que transformen la realidad en algún sentido, y teniendo como cierto que el investigador, como un actor más con cuerpo y opinión, siempre estará presente en el campo de investigación como participante que influye y acciona, y no como mero observador.

## BIBLIOGRAFÍA

Bayce, R. (2012). «Los trasfondos del imaginario sobre “drogas”: valores culturales, geopolítica, intereses corporativos y hechos mediáticos». En: Aporte universitario al debate nacional sobre drogas: art. 2 (pp. 63-115). Montevideo: CSIC, Udelar.

Bioidi, M.; Cruz, J.; Queirolo, R. y Bello-Pardo, E. (2004). Regulación del mercado de marihuana: evidencia desde Uruguay a las Américas. Montevideo: Departamento de Ciencias Sociales y Políticas, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Católica del Uruguay.

Calafat, A.; Fernández, C.; Becoña, E.; Gil, E.; Juan, M. y Torres, M. A. (2000). «Consumo y consumidores de cannabis en la vida recreativa». *Adicciones*, 15 (2), 197-230. Recuperado: 2018, 2 de mayo. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/682>.

Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Espasa Calpe.

Fiore, M. y Velho, G. (2008). «O consumo de psicoativos como campo de pesquisa e de intervenção política». En: Caiuby Labate, B.; Goulart, S.; Fiore, M.; MacRae, M. y Carneiro, H. (orgs.). *Drogas e Cultura: novas perspectivas* (pp. 123-139). San Pablo: Edufba.

Garrido Peña, F. (1999). «La droga como figura contemporánea del mal». *Gazeta de Antropología*, 15 (2), 1-6. Recuperado: 2018, 17 de mayo. Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G15\\_02Francisco\\_Garrido\\_Pena.pdf](http://www.ugr.es/~pwlac/G15_02Francisco_Garrido_Pena.pdf).

Ghasarian, C. (2008). *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Buenos Aires: Del Sol.

Glockner, J. (2006). «Drogas y enteógenos: reflexiones entorno a un problema cultural». En: Glockner, J. y Soto, E. (comp.). *La realidad alterada: drogas, enteógenos y cultura*. Ciudad de México: Debate. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Anamaria\\_Ashwell/publication/26483479\\_La\\_realidad\\_alterada/links/570fd08e08ae68dc79096b23/La-realidad-alterada.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Anamaria_Ashwell/publication/26483479_La_realidad_alterada/links/570fd08e08ae68dc79096b23/La-realidad-alterada.pdf).

Guigou, N. (2012). «Textualidades cannábicas». En: *Aporte universitario al debate nacional sobre drogas*. Art. 2 (pp. 171-177). Montevideo: CSIC (Comisión Sectorial de Investigación Científica), Udelar.

IDPC (International Drug Policy Consortium) (2016). *La sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas: informe del evento*. Londres: IDPC. Disponible en: [http://fileserv.idpc.net/library/UNGASS-proceedings-document\\_SPANISH.pdf](http://fileserv.idpc.net/library/UNGASS-proceedings-document_SPANISH.pdf).

Infante, C.; Barrio, G. y Martín, E. (2003). «Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España». *Adicciones*, 15 (2). Recuperado: 2018, 2 de mayo. Disponible en: <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/454>.

Mauss, M. (1925). *Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Buenos Aires: Katz.

Molina, M. (2008). «El cannabis en la historia: pasado y presente». *Revista Cultura y Droga*, 13 (15), 95-110. Recuperado: 2018, 7 de mayo. Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/Historia7.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Historia7.pdf).

Naciones Unidas (1961). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacentes*. Recuperado: 2018, 2 de mayo. Disponible en: [https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention\\_1961\\_es.pdf](https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/1961-Convention/convention_1961_es.pdf).

Romaní, O. (1997). «Etnografía y drogas: discursos y prácticas». *Nueva Antropología*, 53 (agosto), 39-66. Recuperado: 2013, 10 de setiembre. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905303>.

## Notas

1 El presente artículo está basado en mi trabajo etnográfico «Reflexiones antropológicas sobre las representaciones en las “formas de cultivar” *Cannabis sativa* en el Uruguay de comienzos del siglo XXI», realizado en los años 2013 y 2014, con el cual obtuve

la titulación de grado en Antropología Social y Cultural, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Udelar.

2 Molina (2008) realiza un trabajo sintético en el que brinda una perspectiva histórica y geográfica del uso de *Cannabis sativa*, el que se extiende por África, Asia y América.

3 Otras vías de discusión internacional más recientes se plantearon con respecto a la temática tratada. Ejemplo de ello es la sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas; en su reunión de 2016 se discute la idea de la «guerra contra las drogas», se critica la criminalización a consumidores y víctimas de las redes más bajas del narcotráfico y se pronuncia a favor de un enfoque desde los derechos humanos. Dichas perspectivas no llegaron a ser consensuadas en absoluto, lo que demuestra la eficacia y vigencia del discurso represivo y demonizador de las sustancias y sus usuarios. Nuevos enfoques progresistas —como el tomado por Uruguay— que entiendan realmente las circunstancias de discusión podrían resultar transformadores.

4 No se dejan de tener en cuenta los usos y saberes terapéuticos tradicionales de distintas plantas y otros métodos de curación como práctica extendida que convive con la de la medicina occidental.

5 Szasz, T. (1990). *Drogas y ritual: la persecución ritual de drogas, adictos e inductores*. Madrid: Fondo de Cultura Económica. (Citado así en el trabajo de Glockner.)

6 Diferentes grupos, asociaciones y ONG de cultivadores cannábicos constituyeron un frente político común para el impulso del proceso legislativo de regulación del mercado de cannabis. Algunos de estos colectivos se disolvieron tras culminar dicho proceso.

7 Estudio de carácter cuantitativo sobre las diferentes vías de acceso de los usuarios de marihuana en Uruguay: <https://lacc.fiu.edu/events/2015/marijuana-legalization-in-uruguay-and-beyond/folleto-seminario-regulacion-marihuana.pdf>.

8 No se refiere al «viaje» como experiencia provocada por el consumo de marihuana u otra sustancia psicoactiva, sino a los viajes que durante muchos años realizó a países de América Latina en los que incluso residió.

9 «El neologismo *enteógeno* proviene de *en theos genos*, que significa 'engendrar dentro de sí a Dios', o 'generar

lo divino', y fue propuesto por un grupo de especialistas en etnomicología que consideraron que esta palabra captaba de manera notable las ricas resonancias culturales evocadas por ciertas sustancias vegetales que, al ser ingeridas, proporcionan una experiencia mística» (Glockner, 2006:19).

# MIRADAS CRUZADAS

EDITORIAL

MIRADAS CRUZADAS ▼

Como suele ocurrir en los grandes asuntos, en esta sección el liderazgo le pertenece al espacio social. En el espacio social advertimos diversidad; mientras sectores permanecen pasivos, indiferentes, como en “otra realidad”, donde la finitud planetaria no es tal y no hay cuestionamientos sobre el quehacer humano, donde no hay obstáculos para continuar caminando de esta manera.

Será indiferencia, confusión o negación?

En diversos lugares aparecen grupos con claridad en el contacto con los procesos sociales, políticos y ambientales que nos revelan urgencia de acción; esta claridad otorga fuerza de convicción para avanzar; en modalidad de grupo, de alianza colectiva, porque no puede ocurrir de otra forma. Grupos que encuentran claridad en el regreso a lo importante, lo imprescindible para la vida; el agua, la biodiversidad, el aire, el suelo, los alimentos; con un sentimiento de respeto así como con el entendimiento de la interrelación: el cuidado de los anteriores acompaña el cuidado de la vida humana.

En su camino de reflexión, comunicación y lucha, transforman y cuestionan implícitamente el sentido del ser humano en la Tierra y en relación a los otros seres humanos y no-humanos con quienes compartimos el Planeta.

En Miradas Cruzadas nos propusimos identificar y dar voz a quienes están en este lugar de la trinchera; donde desde los lugares más cotidianos y dispersos en nuestro territorio nacional están generando este cambio necesario, la transformación del caminar humano, invitando a la reflexión crítica y de ahí a la acción, sin vueltas, haciendo; proponiendo, dialogando, buscando respuestas, generando preguntas.

Con un discurso fundado que suele provocar irritación en el sistema político, colocan al poder

y a los tomadores de decisión en un lugar donde son interpelados; la sociedad civil habitando los territorios en estrecho vínculo con las transformaciones locales en pleno Siglo XXI no está dispuesta a permitir que las transformaciones en sus territorios no consideren sus lugares, no son territorios de despojo, en sus localidades (rurales o urbanas) ríos, arroyos, montes nativos, tierra, tienen un sentido propio y pensando en relación a los demás.

En Uruguay, como en el resto de América, la sociedad civil no encuentra un espacio válido para construir modelos alternativos (se la ve como un discurso de hippies románticos, que no desean el progreso) donde el capitalismo continúa intocable devorándolo todo, llevándose vidas de quienes alzan su voz contra los mega emprendimientos que arrasan comunidades e impactan de forma irremediable al ambiente, la salud de los humanos y entre éstos a los más pobres. Es al sur del sur en América y África donde las luchas por la defensa de la naturaleza cobran más vidas por año de activistas ambientales, siendo Brasil el país sudamericano más castigado.

Las organizaciones sociales que comparten el espacio de miradas cruzadas eligieron su forma de participar, así es que algunas prefirieron ser entrevistados por el equipo responsable del dossier temático y otras optaron por compartir reflexiones en formato ensayo. Le damos la bienvenida a esa diversidad de formatos.

Quizá esta sección de TRAMA es la más esperanzadora de toda la revista, sabemos que en todo el territorio hay comunidades dialogando sobre estos temas y actuando coherentemente. Quién cuida la naturaleza se cuida a sí mismo, cuida al otro y aporta a la construcción de una mejor vida en comunidad y sociedad, invitándonos a construir caminos para todas y todos.

# CALIDAD DE AGUA Y SALUD ECOSISTÉMICA EN PLAYAS RECREATIVAS DE LA PALOMA, ROCHA

CARLA KRUK, MATÍAS DOBROYAN, LETICIA GONZÁLEZ, ANGEL M. SEGURA, IRENE BALADO, NATALIA TRABAL, FERNANDA DE LEÓN, GASTÓN MARTÍNEZ, ALEXIS RODRÍGUEZ, CLAUDIA PICCINI, GUILLERMO CHALAR Y NATALIA VERRASTRO

IECA-Facultad de Ciencias, Udelar, ckruk@yahoo.com  
EFSA-CURE, Udelar  
Bromatología, Intendencia Municipal de Rocha  
LGA-CURE, Udelar  
Maren-CURE, Udelar  
Facultad de Enfermería, CURE, Udelar  
Gepeia-CURE, Udelar  
Centro Interdisciplinario en Manejo Costero Integrado. CURE UDELAR, arqverrastro@gmail.com  
Microbiología, Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable, MEC

Saberes y experiencias sobre la exposición a plaguicidas entre mujeres que residen en contextos agrícolas en Soriano, Uruguay

## SUMMARY ◀

Environmental problems affecting water quality are directly related to public health. Applying a multidisciplinary and participatory approach associated with the territory, is a key step to generate management plans and actions producing sustainable and equitable solutions. In this work, we present an experience of a group of researchers who, using the Ecohealth approach, analysed the relation between water quality problems and its potential effects on public health, in recreational beaches (La Paloma, Rocha). Preliminary results are described using the catchment area as the study. Application to teaching, water quality monitoring, local perception of population and experts, as well as the interaction with the involved institutions are detailed.

*Keywords: Ecohealth, integrated watershed management, faecal contamination*

## RESUMEN ◀

Las problemáticas ambientales que causan pérdida de la calidad del agua están directamente relacionadas con la salud pública. Para diseñar acciones que resulten en soluciones sustentables y equitativas, es fundamental hacer un abordaje multidisciplinario y participativo asociado al territorio como se define en el marco de la Ecosalud. En este trabajo relatamos una experiencia de un grupo de investigadores que utilizando la aproximación de Ecosalud se planteó abordar la problemática de calidad de agua en playas recreativas de Rocha y sus potenciales efectos sobre la salud pública. Se describen algunos resultados preliminares donde se utilizó la cuenca como unidad territorial de estudio. Se detallan algunas experiencias sobre la capacitación de recursos humanos, monitoreos de calidad de agua, relevamiento de la percepción de la problemática entre la población y expertos, así como la interacción con las instituciones involucradas.

*Palabras clave: Ecosalud, manejo integrado de cuenca hidrográfica, contaminación fecal*

## INTRODUCCIÓN ▼

El agua es fundamental para la vida y se ha consagrado en la constitución como un derecho humano fundamental (Art. 47). Los ecosistemas acuáticos dan beneficios múltiples, incluyendo alimentos, recreación, protección de la costa, secuestro de carbono, entre otros (Conde et al., 2002). El agua es fuente de poder económico y político, y su escasez un factor limitante del desarrollo económico y social (Narasimhan, 2008). La pérdida de la calidad y disponibilidad de agua afectan la salud y el bienestar público (UNICEF, 2008; Vidal et al., 2017) y generan de hecho una privatización por contaminación (Santos, 2010). Quién decide sobre el acceso y distribución del agua, es uno de los temas más presentes y tensos en los debates sociales y políticos en el mundo (Santos et al., 2014) y en Uruguay (Santos, 2010). En algunos casos las tensiones se expresan públicamente como conflictos ambientales (Laffite et al., 2014).

Las zonas costeras son las más habitadas del planeta y concentran gran parte de la producción de bienes y servicios (Clark, 1998; Conde et al., 2007; Barragan, 2014). Son las más expuestas a la contaminación y a las modificaciones físicas. En Uruguay el 69 % de la población habita en las costas estuarina y atlántica y en ellas se genera el 70% del PBI (Gorfinkiel, 2006; Gómez et al., 2010; INE 2011). Durante las últimas décadas, la acción antrópica, en especial la asociada a la ocupación urbana, ha generado grandes transformaciones y problemas ambientales (Panario y Gutiérrez, 2006; Gadino et al., 2012). En la zona costera de Rocha, el crecimiento urbano es más reciente y se asocia a un mercado turístico de modalidad “sol y playa” que va paulatinamente reemplazando el suelo rural por fraccionamientos balnearios (Goyos et al., 2011). En este entorno, las playas concentran las actividades recreativas y turísticas, y son zonas donde la pérdida de calidad del agua puede generar efectos nocivos en la salud pública (Vidal et al., 2017, Cervantes et al., 2008).

Para evaluar los efectos de estas transformaciones en la calidad ambiental y la salud es fundamental analizar a las zonas costeras en relación con la cuenca que integran (Bormann y Likens, 1967; O’Sullivan, 1979; Tundisi, 2008). La cuenca es el conjunto de tierras drenadas por un cuerpo de agua principal y sus afluentes, donde los procesos biogeoquímicos, económicos y

sociales se integran y se conectan (Pires, et al., 2002). Los cambios en los usos del territorio de la cuenca afectan directa e indirectamente la calidad y disponibilidad de agua y las zonas costeras reciben y concentran la influencia de estos cambios (Santos, 2010; Catalurda y Hede, 2004). Por estas razones, el manejo de cuenca hidrográfica constituye una alternativa para enfrentar las relaciones conflictivas entre sociedad y ambiente, cuya complejidad motivo que en los últimos años la participación de la población haya recibido atención significativa en las acciones y proyectos orientados a su gestión (Benez, et al. 2010).

Las respuestas ante cambios de la calidad de agua deben ser atendidos por los tomadores de decisiones locales, en las escalas de tiempo y en el contexto en que ocurren los procesos de transformación del territorio (semanas - meses). Este reto requiere un enfoque de investigación multidisciplinario, que incorpore el conocimiento y requerimientos de diferentes actores (Clark, 1998; Forst, 2009), así como también su valoración, percepción y actitud frente al ecosistema (Cervantes et al. 2008). Para favorecer la construcción de puentes de entendimiento y de motivación a favor de una acción participativa en la gestión de cuencas, se deben identificar los puntos de coincidencia y percepciones ambientales de los involucrados (Benez et al., 2010). Esto contribuye al uso más sustentable del ambiente; aumenta la comprensión de opiniones diferentes y apoya la participación local en el desarrollo y la planificación. En estos procesos se integra información diversa y su adecuada traducción a los administradores, políticos, pobladores locales y demás actores involucrados (Kleppel et al. 2006). Es fundamental además que las respuestas rápidas para solucionar problemas particulares, se complementen con políticas de ordenamiento territorial a mediano (años) y largo plazo (décadas) que permitan anticipar y prevenir los cambios en la calidad de agua.

Los programas de monitoreo de la calidad de agua son herramientas diseñadas para prevenir riesgos a la salud en el corto plazo (semanas). La información generada es utilizada para la generación de alertas y gestión de los usos y exposición directos (Thoe et al., 2014; Shively et al., 2016; IMM, 2017). También puede ser utilizada para mejorar la salud colectiva identificando factores de riesgo en el territorio involu-

crado (OPS, 1998). La aplicación de esta aproximación, abordada por la epidemiología desde sus orígenes (i.e., Snow, 1849), sigue presentando dificultades en la actualidad. Estas dificultades incluyen la limitada disponibilidad de información territorial sobre la exposición, la falta de conocimiento sobre la calidad ambiental fuera del ecosistema propiamente dicho, y la falta de conexión entre el sistema de salud y el sistema de monitoreo (Soller et al., 2015). Lo cual resulta en casos no bien resueltos de exposición a riesgos ambientales (Vidal et al., 2017).

La contaminación por aguas de origen cloacal es particularmente frecuente en las zonas costeras, especialmente en aquellas con producción animal intensa o sin adecuado saneamiento, estando directamente asociada al número de habitantes. La contaminación puede llegar a la costa proveniente de la descarga de efluentes o desde subsuelo (WHO, 2003). Los mecanismos de exposición incluyen la recreación en aguas contaminadas y las enfermedades hídricas asociadas incluyen una amplia variedad de infecciones gastrointestinales, respiratorias, neurológicas, de la piel, de los oídos, de los ojos y de las heridas (WHO, 2003; Sabino et al., 2014, OMS, 2014). Los más susceptibles son los niños, mujeres embarazadas, ancianos y las personas con el sistema inmunitario debilitado o comprometido. El grado de exposición también depende del conocimiento de la población sobre los efectos, de sus posibilidades económicas de elegir otros sitios, entre otros.

Para evaluar este tipo de contaminación se monitorea la calidad bacteriológica a través de la abundancia de microorganismos indicadores de contaminación fecal (coliformes, enterococos) cuyos valores se asocian a distintas probabilidades de desarrollo de enfermedad (WHO, 2003, Soller et al., 2015, Sabino et al., 2014). Los protocolos de monitoreo y valores límites permitidos e incluidos en las normativas varían entre países o dentro de un mismo país. La gestión de los resultados del monitoreo involucra la inclusión de cartelería de habilitación, la prohibición de baños luego de lluvias, o la inhabilitación continua de algunas zonas de baños (<http://www.montevideo.gub.uy/playas>).

## OBJETIVOS Y FORMA DE TRABAJO ▼

La aproximación de la Ecosalud resulta apropiada para facilitar la resolución de problemas de

agua y salud. Ésta involucra un marco conceptual y metodológico de investigación, educación y práctica que tiene como objetivo mejorar la salud y bienestar humano, propiciando comunidades prósperas, ambientalmente sustentables y equitativas, que permitan una dinámica de producción de conocimiento y acción, a través del pensamiento sistémico (Charron, 2014). En este trabajo relatamos las experiencias y resultados preliminares de un grupo de investigación multidisciplinario que tiene como principal objetivo utilizar la aproximación de Ecosalud a la solución de problemáticas asociadas a la pérdida de calidad de agua en las playas de La Paloma-Rocha.

Para llevar a cabo este objetivo se han venido desarrollando una serie de actividades utilizando como unidad territorial utilizada las playas y las cuencas que integran, tanto para la investigación como para la planificación y futura gestión. Se ha trabajado con especialistas de diferentes disciplinas, actores de distintas instituciones (IDR, MSP) y miembros de la sociedad civil para abordar de forma interdisciplinaria la investigación. Asimismo, se vienen desarrollando actividades de capacitación de recursos humanos e iniciado procesos de investigación que incluyen monitoreo de la calidad de agua, morbilidad y evaluación primaria de la percepción de los actores involucrados. Mediante la combinación de las distintas fuentes de información y su discusión en los distintos ámbitos, vamos obteniendo resultados preliminares que nos permiten generar una visión conjunta del problema de pérdida de calidad de agua en las playas de la Paloma para luego aplicar en la descripción del proceso y la búsqueda de alternativas para la prevención o gestión del mismo.

## RESULTADOS ▼

El desarrollo de la Universidad en el interior llevó consigo un acervo de técnicos e investigadores que en un período de tiempo reducido comenzaron a interactuar con diferentes actores de la comunidad de forma permanente. El Centro Universitario Regional Este (CURE) es visto hoy día por parte de vecinos organizados e instituciones como un articulador para plantear y atender problemáticas o conflictos de la zona. Asimismo, la forma de campus universitario donde confluyen investigadores de diversos servicios permite que de manera espontánea se generen interacciones fuera de la zona de confort de las discipli-

nas tradicionales. En particular, la Licenciatura en Gestión Ambiental (LGA), hace foco en propiciar el enfoque interdisciplinario fuertemente asociado al territorio. De esta manera, se generó para atender el problema de la calidad de agua de las playas, de forma cuasi-espontánea un grupo de trabajo que incluye licenciados en enfermería, biólogos, arquitectos, ingenieros, economistas, abogados, médicos y geólogos, integrando docentes y funcionarios de otras instituciones de la Universidad y fuera de ella.

Como un ejemplo concreto del abordaje educativo asociado al objetivo, se diseñó y dictó por primera vez en el año 2017 el curso semestral de grado “Agua para la Salud Ambiental y Humana” que fue co-organizado por el CURE y la Facultad de Ciencias. Este se enfoca en el desarrollo de la Ecosalud en torno a la calidad y disponibilidad del agua y los servicios ecosistémicos asociados. En el curso participan docentes con formación en economía, enfermería, biología, y de otras instituciones incluyendo los Ministerios de Educación y Cultura (MEC, Instituto de Investigaciones Biológicas Clemente Estable) y de Salud Pública (MSP, ASSE). Como ejemplo de la integración a nivel de los estudiantes, en la primera edición del curso participaron educandos de la Licenciatura en Ciencias Biológicas (Plan 2015, Facultad de Ciencias), Licenciatura en Gestión Ambiental (CURE), Tecnicatura en Administración y Contabilidad (CURE) y Licenciatura en Geología (Facultad de Ciencias). Durante el curso se utiliza el caso de estudio de la exposición recreativa en playas de la paloma. Se realizan salidas de campo que incluyen muestreos de calidad de agua, encuestas, entrevistas recorriendo las playas y sus cuencas asociadas. Tanto en el curso de grado como en otros proyectos de investigación realizados por estudiantes, estos se vieron enfrentados a temáticas y actividades fuera de su área de confort, teniendo que hacer un esfuerzo por comprender lenguajes no comunes a su formación. A pesar de ello, las experiencias enriquecedoras.

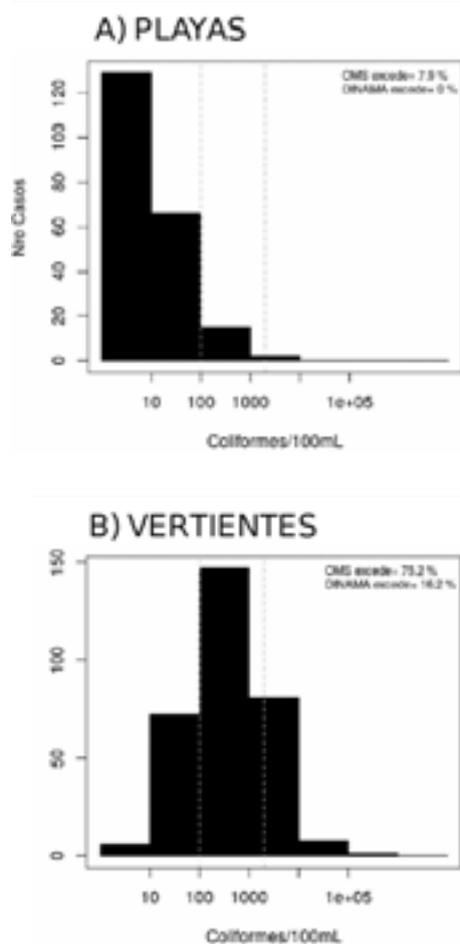
El desarrollo del presente caso surge en parte como propuesta de los integrantes de las instituciones involucradas en la gestión de la Intendencia Departamental de Rocha (IDR). Así como también, asociada a la comunicación de la Alcaldía de La Paloma y la IDR con el CURE en relación con un proyecto de “Secado de Arena” (<http://lapalomahoy.uy/nota/2988/>) cuyo objetivo es recuperar la pérdida de valor turístico de

algunas playas afectadas por la pérdida de arena seca. La IDR ha generado en el transcurso de los años información histórica sobre la calidad bacteriológica en las playas de todo el departamento. Esta información fue analizada desde el punto de vista de los estándares legales establecidos en los decretos que regulan la calidad de agua para fines recreativos para generar un punto de partida y una discusión sobre el tema. Por otra parte, y en el marco de la salud comunitaria se plantea y analizan los potenciales efectos de la pérdida de calidad ambiental sobre la salud con representantes regionales del Ministerio de Salud Pública (MSP), actores locales de la Administración de los Servicios de Salud del Estado y el colectivo Médico Rochense (COMERO-IAMPP). En la discusión conjunta entre representantes institucionales e investigadores, se reconoce parcialmente que la calidad de agua en algunos casos es deficiente y se generan interrogantes sobre sus efectos en la salud humana. Esto aporta al desarrollo de estrategias futuras gestión pero también de sistematización de la información, tanto a nivel del monitoreo como en el sistema sanitario en el caso de las historias clínicas electrónicas.

En el balneario La Paloma (Rocha) el proceso de urbanización se ha intensificado en los últimos 20 años vinculado principalmente a la especulación inmobiliaria asociada al aumento de turistas en temporada estival y de la población permanente durante todo el año (INE 2011). La ordenanza de edificación local autoriza la instalación de sistemas de saneamiento tipo cámara séptica con pozos negros impermeables o con robador según la zona urbana. Se suma a esto el cambio en la cobertura del suelo, relleno de bañados, y la alteración de los cauces y vegetación asociada a los cursos de agua que escurren hacia la playa (Gadino et al., 2012). Esta dinámica genera problemas de contaminación por aguas cloacales que pueden producir perjuicios en la calidad de agua. Para mantener la funcionalidad de las playas así como su potencial turístico es fundamental avanzar en el monitoreo y desarrollo de planes de manejo costero.

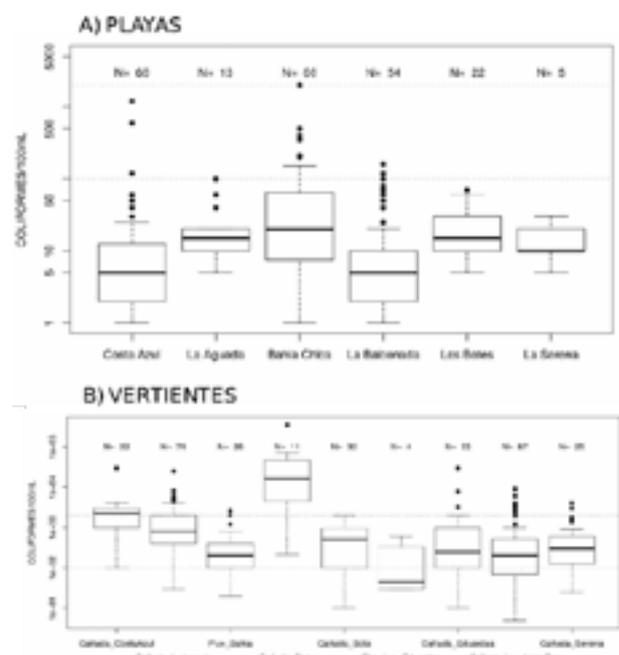
A partir de los datos históricos de calidad bacteriológica del agua generada por la IDR se analizaron las playas del Municipio de la Paloma en dos sectores: el agua marina y las vertientes que llegan a las playas. Los datos sobre la cantidad de unidades formadoras de colonias cada 100 mL (UFC/100ml) provienen de los análisis rutinarios que se realizan en el laboratorio de Bromatología

(IDR). Se analizaron un total de 529 datos generados entre 2008 y 2017 para 6 playas y 15 efluentes y se detectó presencia de coliformes en una gran fracción de las muestras analizadas. En las playas, el valor máximo fue 2000 con una media de 51 UFC/100ml, las vertientes presentaron un valor máximo de 350000 y una media de 2993 UFC/100ml. Las playas no exceden en ningún caso el valor de 2000 UFC/100mL que establece la normativa (Decreto 253/79 y mods.) para valores puntuales en cuerpos de agua clase III (Figura 1A). Las vertientes exceden en 16.8% de los casos las 2000 UFC/100mL establecidos en la normativa (Figura 1B). El agua marina en las playas de Bahía Chica y Los Botes presentan valores promedio significativamente mayores, así como también los vertientes frente a la playa los botes, con registros de hasta 350000 UFC/100mL (Figura 2 A y B).



**Figura 1.** Distribución de todos los valores registrados en el agua marina: A) PLAYAS y en los efluentes: B) VERTIENTES. Se indican en línea punteada gris los valores de referencia límite del decreto nacional que reglamenta la calidad de agua (Decreto 253/79 y mods. Clase 2b y 3) y los límites sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003) para playas con uso recreativo.

Para evaluar si existe una relación entre la cantidad de habitantes y las concentraciones de coliformes fecales en agua se evaluaron diferencias en la base de datos histórica y e indicadores de ocupación en microcuencas asociadas a algunas playas seleccionadas (Figura 3). En la base histórica la temporada alta se vinculó positivamente con la presencia de coliformes fecales tanto en agua de mar como en vertientes a playa. Por otra parte, las playas con mayor número de habitantes en sus microcuencas en la temporada estival tuvieron las mayores concentraciones de coliformes en los efluentes y el mar (i.e. Playa Los Botes y Anaconda, Figura 2 y Figura 3B). Fueron más fuertes las relaciones cuando además los habitantes se ubicaron directamente sobre la faja costera más próxima (Figura 3B). De esta manera la contaminación generada en el territorio próximo a las playas estaría potencialmente llegando hasta la playa por las vertientes, especialmente luego de ocurrencia de precipitaciones (De León y Segura, 2018). En relevamiento realizados en los efluentes, aguas arriba de las vertientes a las playas, en sitios intermedios y en la playa propiamente dicha, se observó una disminución en la contaminación, especialmente en los sitios donde la vegetación natural se mantiene, por ejemplo en forma de humedales (Figura 4). Finalmente cabe destacar que fueron realizados los primeros análisis de coliformes en arena de las playas de La Serena y Los Botes. Estos tuvieron variaron entre valores indetectables hasta 3174 UFC/100g.



**Figura 2.** Diagramas de cajas representando la distribución de los valores de coliformes fecales/100ml de agua para playas: A) PLAYAS y B) VERTIENTES.

efluentes: B) VERTIENTES del Municipio de La Paloma. Las cajas representan el rango intercuartil (25-75 %), las líneas se extienden 1.5 el rango intercuartil y los puntos negros representan mediciones extremas, se indica el número de observaciones (N). En línea punteada gris se incluyen los límites del decreto nacional que reglamenta la calidad de agua (Decreto 253/79, Clase 2b y 3) y los límites sugeridos por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2003).



**Figura 3.** A) Mapa con la delimitación de las cinco microcuencas seleccionadas en La Paloma. De oeste a este: La Serena Oeste, La Serena Oeste, microcuenca Intermedia, Anaconda y Los Botes. Se pueden observar los cursos hídricos, las cotas con su máximo valor hacia el Norte del mapa con cotas superiores a los 40m y hacia el Sur cotas menores a los 5m sobre el nivel del mar, hasta llegar a la costa. En el fondo del mapa se puede apreciar el parcelario urbano y rural que se encuentran sobre el área de estudio. B) Carga máxima y mínima de habitantes sobre las microcuencas, concentración de coliformes. FC: Faja Costeras y AA: Aguas.



**Figura 4.** Fotografías recabadas durante la temporada estival 2018. A) Niños realizando actividades recreativas en vertiente a la playa Los Botes. B) Playa Anaconda. C) Playa Serena. D) Humedal observado aguas arriba en la microcuenca que drena en Playa La Serena. Faja Costeras y AA: Aguas.

A partir de una primer aproximación se viene realizando la identificación de los actores sociales involucrados, sus diferentes intereses y percepciones. En un primer acercamiento al conocimiento sobre la problemática se pudo observar que en la zona existe la percepción de

que hay cierta relación entre la calidad ambiental, y el bienestar y salud público. En trabajos previos, y a través de entrevistas y encuestas se identifica que la población en general reconoce la relevancia de la conservación de las playas para evitar la pérdida de valores asociados y la relación entre la calidad ambiental y aspectos paisajísticos (Gadino et al., 2012). En consulta con vecinos de la zona se recaba información sobre la realización de denuncias por vertido de efluentes por parte de emprendimientos sobre la costa a instituciones locales (Alcaldía) y nacionales (MVOTMA).

A partir del año 2017 y como resultado de la difusión del trabajo realizado en Cabo Polonio por Soumastre et al. (2017) se renueva la discusión sobre calidad de agua y falta de saneamiento en Uruguay y en Rocha. En dicho trabajo, se muestra que el área más amenazada en términos de la calidad del agua coincide con ser la más densamente poblada durante el verano. La alta carga de visitantes (no controlada actualmente), sumada a la inadecuada construcción y localización de los pozos negros constituyen una combinación a evitar si el objetivo es proteger la calidad del agua. Estos resultados son tomados y divulgados por la prensa oral (Radio Uruguay 1050 AM, 5 de julio 2017) y luego escrita (ej. Diario la Juventud, 19 de Agosto 2017). Esto resulta en declaraciones de jerarcas como el intendente de Rocha Aníbal Pereyra (El País, 19 de agosto 2017) que en relación al estudio indica “si se hace en Aguas Dulces o en otros balnearios donde se dan impactos de ocupación, vamos a tener el mismo problema”. Aceptando la situación como un problema generalizado de la costa. A nivel local, el Alcalde Arq. José Luis Olivera de La Paloma realiza declaraciones y manifiesta su desconocimiento de datos concretos referidos a la contaminación por coliformes fecales en las playas; aunque afirma que de existir esta situación, significaría un grave problema sanitario (Radio Parque FM 92.1, 25 de octubre 2017).

A partir de esta serie de comunicados y durante el último año se observó que las percepciones sobre la problemática se polarizan entorno a los diferentes intereses que se puedan ver afectados, en contraste con aquellos que ponen como tema mas relevante el bienestar general. La actividad turística estival juega un papel clave en los ciclos o pulsos de tratamiento de la problemática a nivel de la opinión pública, generando mayor presión entre la población mas

dependiente económicamente de la temporada estival y por lo tanto a la que mas debería interesar la mejora de la calidad ambiental de las playas, principal recurso de la principal actividad económica local.

En este marco y como parte de las investigaciones realizadas por los estudiantes del curso de Agua y Salud se realizaron encuestas y entrevistas para conocer la percepción de la población y técnicos locales sobre el problema. Se encuestaron 72 personas a las cuáles se les preguntó si se bañaba en la playa y si pensaba que se habría enfermado o podría enfermarse al bañarse. Éstas pertenecieron a las localidades de Rocha (27), la Paloma (45) y Montevideo (2) y tuvieron una proporción equitativa de hombres y mujeres. Del 89,2% que dijo bañarse en las playas de la Paloma solo el 10,8% piensa que podría enfermarse. A través de registro fotográfico en playas durante la temporada 2018 se observó el uso de las vertientes y las arenas circundantes con fines recreativos por los niños (Figura 4A). Esto podría estar generando exposición a concentraciones muy elevadas de coliformes, que generarían condiciones peligrosas para la salud.

Por otra parte, en entrevista con pediatra de las policlínicas de la zona (COMERO y ASSE) se recabó su percepción de que las playas en La Paloma están contaminadas. El pediatra indica haber atendido casos de personas que acuden enfermas, incluyendo cuadros clínicos como vómitos, diarreas y eccemas de piel. Estos especialmente entre niños, a quienes reconoce cómo el grupo etario más vulnerable. Sin embargo, menciona que es difícil hacer una asociación directa con las actividades recreativas ya otras variables deberían descartarse para verificar si los casos están ligados justamente a la contaminación.

En este contexto se inició en la temporada de verano 2018, un trabajo de investigación para determinar la prevalencia de enfermedades hídricas en niños de 0 a 14 años y su asociación con el uso de aguas recreacionales con contaminación fecal de playas de La Paloma (Rocha), con el fin de proponer medidas de prevención en el balneario. En este proyecto de investigación participa un grupo multidisciplinario de investigadores del CURE, docentes y estudiantes de la Facultad de Enfermería. Dentro de los objetivos particulares de este estudio se plantea determinar la percepción del personal de salud, de las

familias de los niños que concurren a consulta (COMERO-IAMPP y ASSE) y de los guardavidas que trabajan en la zona sobre la contaminación de playas de La Paloma y su efecto en la salud humana.

## CONCLUSIONES, REFLEXIONES Y PERSPECTIVAS ▼

La aplicación de la metodología de Ecosalud resultó adecuada para la aproximación a problemas de salud asociados a la contaminación ambiental. La combinación de conocimientos y visiones de distintos expertos y actores, así como el uso del caso durante la docencia también facilitó la identificación de los principales elementos y mecanismos asociados.

Los resultados del estudio permitieron analizar la situación de calidad bacteriológica del agua marina y de los efluentes que llegan a las playas, y arena y confirmar la presencia generalizada de coliformes fecales. Los valores se encuentran dentro de las normativas nacionales en lo que respecta al agua marina, pero presentan valores que son en algunos casos varios órdenes de magnitud mayores a lo permitido en los efluentes. Los peores indicadores se registraron en temporada alta en ambos ecosistemas. Esta contaminación se asocia a los asentamientos humanos en la cuencas, especialmente a aquellos que se ubican sobre la faja costera. La principal causa de la contaminación sería la falta de saneamiento y sus efectos sobre el agua superficial y subterránea, la cual es mayor en zonas con más habitantes y se traslada a la playa por los efluentes, especialmente aquellos con menos vegetación. Asimismo, se observa una sinergia positiva entre la contaminación y el grado de modificación física de la franja costera, elemento a ser considerado a futuro en evaluaciones de vulnerabilidad costera. La dinámica estival natural pero particularmente la asociada al turismo son forzantes muy importantes del sistema, que afectan las dimensiones ecológicas, económicas y sociales.

Rocha se rige por los instrumentos normativos nacionales realizando monitoreos de calidad bacteriológica en forma mensual o quincenal. Sin embargo, hasta el momento no existen instrumentos normativos departamentales específicos o protocolos de acción frente a potenciales valores fuera de la norma nacional. Estos se aplican en otros departamentos, como Montevideo, donde frente a valores fuera de la normativa, por ejemplo se prohíbe el baño hasta 24 o 48

hs luego de lluvias intensas y se utiliza una bandera sanitaria por los guardavidas para prevenir la exposición (IMM, 2017). El caso de Rocha es distinto al resto del país y los protocolos utilizados en otros departamentos no necesariamente serían los más apropiados. En este sentido, la calidad oceánica de la costa podría involucrar otros indicadores microbiológicos (ej. Enterococos) y la gran dependencia económica de las actividades turísticas deberían ser tomadas en cuenta. Por otra parte, las vertientes, las cuales son muy utilizadas por los niños, tienen dinámicas distintas al agua de mar y deberían incluirse en los protocolos de gestión de manera complementaria. Finalmente, la gestión no solo debería involucrar a las playas propiamente dichas, sino la cuenca en su conjunto, ya que las vertientes son mantenidas para la evacuación de aguas de inundación que afectan barrios aguas arriba (Barrio Parque).

Las autoridades y profesionales de la salud perciben una problemática asociada a la recreación. Sin embargo, presentan diferencias respecto de las causas y la asociación con otros mecanismos, como por ejemplo la ingesta de alimentos. Dentro de los actores locales que participan de las discusiones del tema, se observan visiones polarizadas, relacionadas a la dependencia económica de la zona respecto del turismo. Finalmente, la población usuaria de las playas, en su mayoría no reconoce problemas de salud asociados a su uso recreativo. La percepción se podría vincular, en este caso, a la identificación de peligro por lo que determinaría un mayor nivel de exposición al riesgo. Es por esta razón, que será necesario profundizar en los análisis de estos aspectos, que entre otras cosas, permitiría preparar actividades de difusión sobre la calidad ambiental de las cuencas de las vertientes y playas. Los estudios sobre las percepciones ambientales son fundamentales si se desea lograr acciones colectivas, identificando los aspectos que necesitan cambios y los procedimientos para favorecerlos (Benez et al., 2010). Las percepciones sobre calidad del agua, en tanto el acto de percibir, no fueron homogéneas. Si bien fue posible determinar algunos aspectos de esta heterogeneidad, estos deberán ser sistematizados en cuanto a dimensiones personales, culturales y del propio entorno físico.

## AGRADECIMIENTOS ▼

Los autores agradecen a Javier Vitacurt por el apoyo en el avance de la presente propuesta, a Julio Gómez y Beatriz Yannicelli por su partic-

ipación en la discusión y salidas de campo, y a Daniel Panario por sus aportes en cuanto a la vulnerabilidad costera. CK agradece a los estudiantes del Curso Agua y Salud por su interés en la temática del curso y su disposición a la experimentación de nuevas actividades. Este trabajo ha sido financiado por PEDECIBA Geociencias y Facultad de Ciencias.

## REFERENCIAS

- Barragán Muñoz, M. (2014). Política, gestión y litoral. Nueva visión de la gestión integrada de áreas litorales. Editorial Tebar-Flores. Madrid.
- Bedri, Z., Corkery, A., O'Sullivan, J.J., Deering, L.A., Demeter, K., Meijer, W.G, O'Hare, G., Masterson, B. (2016). Evaluating a microbial water quality prediction model for beach management under the revised EU Bathing Water Directive. *Journal of Environmental Management* 167, 49-58. doi:10.1016/j.jenvman.2015.10.046.
- Benez, M.C., Kauffer Michel, E.F., Soares Moraes, D., Alvarez Gordillo, G. (2010). El estudio de las percepciones de la gestión de la calidad del agua, una herramienta para fortalecer la participación pública en la microcuenca del río Fogotico, Chiapas. *Region y sociedad*. Vol XXII. N° 47.
- Bormann, F. H., y Likens, G. E. (1967). Nutrient cycling. *Science*, 155 (3761), 424-429.
- Catalurda, C. y D. Hede (2004). Presentación Ordenanza Costera. Montevideo: Documento DINOT-MVOTMA.
- Cervantes O. y Espejel, I. (2008). Design of an integrated evaluation index for recreational beaches. *Ocean & Coastal Management*. 51(5), 410-9.
- Cervantes, O., Espejel, I., Arellano, E. y S. Delhumeau (2008). User's perception as a tool to improve urban beach planning and management. *Environmental management*. 42(2), 249- 264.
- Charron, D. (Ed.) (2014). La investigación de ecosalud en la práctica. Aplicaciones innovadoras de un enfoque ecosistémico para la salud. International Development Research Centre. Plaza Valdés ed. Madrid.
- Clark, J. R. (1998) Coastal seas, the conservations challenge. Mote Marine Laboratory, Blackwell Science, Ramrod Key, Estados Unidos. 134 p.
- Conde D., Arocena R. y L. Rodríguez-Gallego (2002) Recursos acuáticos superficiales de Uruguay: ambientes algunas problemáticas y desafíos para la gestión (I y II) *AMBIOS* III(10):5-9 y IV(11):32-33.
- Conde D., Baliero W., Biasco E., Cortazzo R., Fossati M., Gorfinkiel D., Lorenzo E., Menafrá R., Píriz C., y Roche I. (2007). El manejo costero en Uruguay: estado actual principales problemáticas y perspectivas de abordaje. Simposio Temático Progresos en América Latina sobre Manejo Costero Integrado COLACMAR XII Abril 15-19 Florianópolis (Brasil).
- de León y A. Segura (2018). Efecto de Atributos Ecosistémicos Naturales y Antrópicos en la Calidad Bacteriológica del Agua en Playas Recreativas. Aproximación a Modelos de Predicción de Coliformes Fecales en La Paloma, Rocha. IX Jornadas de Geociencias, 2018 (Rocha).
- Forst, M. (2009). The convergence of integrated coastal zone management and the ecosystems approach. *Ocean Coast. Manag.*, 52, 294-306.
- Gadino, I., Brazeiro, A., Panario, D. Roche, I. y O. Gutiérrez (2012) *Sustentabilidade em Debate - Brasília*, 3 (2), 21-40
- Gómez, M., Conde, D. y Villarmarzo, R. (2010). Sostenibilidad de la gestión integrada en la zona costera del Uruguay. Montevideo ECOPLATA/IDRo.
- González-Piana, M., Fabián, D., Piccardo, A., y Chalar, G. (2017). Dynamics of Total Microcystin LR Concentration in Three Subtropical Hydroelectric Generation Reservoirs in Uruguay, South America. *Bulletin of environmental contamination and toxicology*, 99(4), 488-492.
- Gorfinkiel, D. (2006). The Economic Valuation of Coastal Areas: The Case of Uruguay. *Ocean Yearbook*, 20, 411-34.
- Goyos F, Lagos X, Verrastro N y De Alava D. (2011). Gobernanza costera para un sistema sócio-ecológico. En: Centro Interdisciplinario para el Manejo Costero Integrado del Cono Sur (2011). *Manejo Costero Integrado en Uruguay: ocho ensayos interdisciplinarios*. Montevideo, Uruguay. UDELAR/CIDA
- IMM - Intendencia Municipal de Montevideo (2017). Programa de monitoreo de agua de playas y costa del departamento de Montevideo. Informe Anual. Abril 2016 - Marzo 2017. Servicio de Evaluación de Calidad y Control Ambiental, Departamento de Desarrollo Ambiental. <http://www.>

- montevideo.gub.uy/sites/default/files/biblioteca/informeanualcalidaddeaguadelacosta2016-2017.pdf
- INE - Instituto Nacional de Estadística. (2011). Microdatos del Censo. Montevideo. En : <http://www.ine.gub.uy/>
- Kleppel G. S., DeVoe M. R. y Rawson M. V. (2006). Changing Land Use Patterns in the Coastal Zone. Managing Environmental Quality in Rapidly Developing Regions. Springer USA.
- Laffite, C., Taks, J y A. Graziano (2014). Mapa de Conflictos del Agua, Recursos educativos sobre agua y sociedad. [https://www.cbb.org.uy/db-docs/Docs\\_secciones/nid\\_50/Mapa\\_de\\_conflictos\\_del\\_agua\\_2013.pdf](https://www.cbb.org.uy/db-docs/Docs_secciones/nid_50/Mapa_de_conflictos_del_agua_2013.pdf)
- Narasimhan. T.N. (2008). Water, law, science Journal of Hydrology, Volume 349, Issues 1-2, 30 January 2008, Pages 125-138
- Nelson C, Botteril N. (2002). Evaluating the contribution of beach quality awards to the local tourism industry in Wales - the Green Coast Award. Journal of Ocean & Coastal Management. 45:157-70.
- O'Sullivan, P. E. (1979). The ecosystem-watershed concept in the environmental sciences—a review. International Journal of Environmental Studies, 13(4), 273-281.
- OMS (2014) Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 92:79. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.126391>
- OPS (1998). Investigación en Salud y Ambiente. Informe sobre investigación en áreas prioritarias, Washington, D.C.
- Panario, D., Guitierrez, O (2006). Dinámica y fuentes de sedimentos de las playas uruguayas. En: Menafrá, R, Rodríguez, L., Scarabino, F., Conde, D. (Eds.): Bases para la conservación y manejo de la costa Uruguaya. Montevideo: Vida Silvestre Uruguay, pp. 21-34.
- Pires, J.S., Santos J.E. y Del Prette, M.E. (2002) A utilização do conceito de bacia hidrográfica para conservação dos recursos naturais. En: Schavetti, A S y Camargo, A F M (Ed). Coccios de bacias hidrográficas. pp. 17-35
- Sabino R, Rodrigues R, Costa I, Carneiro C, Cunha M, Duarte A (2014). Routine screening of harmful microorganisms in beach sands: Implications to public health. Science of The Total Environment. 472(15), 1062-9
- Santos, C. (2010). Agua en Uruguay: lucha social y la emergencia de nuevos esquemas de politización. THEOMAI n° 22 [http://revista-theomai.unq.edu.ar/numero%2022/Art\\_Santos.pdf](http://revista-theomai.unq.edu.ar/numero%2022/Art_Santos.pdf)
- Santos, C.; Taks, J.; Thimmel, S. y Grosse, R. (Eds) (2014). Las canillas abiertas de América Latina III. El agua como bien común y derecho humano. Luchas y desafíos a 10 años del Plebiscito del Agua en Uruguay". Ed: Casa Bertolt Brecht, Montevideo, Uruguay, 106 páginas.
- Shively, D.A., Nevers, M.B., Breitenbach, C., Phanikumar, M.S., Przybyla-Kelly, K., Spoljaric, A.M., Whitman, R.L., (2016). Prototypic automated continuous recreational water quality monitoring of nine Chicago beaches. Journal of Environmental Management 166, 285-293. doi:10.1016/j.jenvman.2015.10.011).
- Snow, J. (1849). On the pathology and mode of communication of cholera London Med. Gazette, 44, 745-752.
- Soller, J., Eftim, S., Wade, T., Ichida, A., Clancy, J., Johnson, T., Schwab, K., Ramirez-Toro, G., Nappier, S., Ravenscroft, J. (2015). Use of quantitative microbial risk assessment to improve interpretation of a recreational water epidemiological study. Microbial Risk Analysis <http://dx.doi.org/10.1016/j.mran.2015.04.001>
- Soumastre, M., Rodríguez-Gallego, L., Piccini, J y C. Piccini (2017). Evaluación de la presencia de microorganismos indicadores de contaminación en agua subterránea del Parque Nacional Cabo Polonio. <https://drive.google.com/file/d/0B1L6JbOOcLK3bVo5SWdpUE4yZmJENUh0b2pCU2QyYVJvdFBz/view>
- Thoe, W., Gold, M., Griesbach, A., Grimmer, M., Taggart, M.L., Boehm, A.B. (2014). Predicting water quality at Santa Monica Beach: Evaluation of five different models for public notification of unsafe swimming conditions. Water Research 67, 105-117.
- Tundisi, J. G. (2008). Recursos hídricos no futuro: problemas e soluções. Estudos avançados, 22(63), 7-16.
- UNICEF (2008). UNICEF Handbook on water quality. New York
- Vidal, F, Sedan, D., D'Agostino, D., Cavalieri, M., Mullen, E., Parot, M., Flores, C., Caixach, J., y D. Andrinolo (2017) Recreational Exposure during Algal Bloom in Carrasco Beach, Uruguay: A Liver Failure Case Report. Toxins, 9(9), 267; doi:10.3390/toxins9090267
- WHO (2003). Guidelines for safe recreational water environments. Volume 1, Coastal and fresh waters. Geneva, World Health Organization. [http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/bathing/srwg1.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/bathing/srwg1.pdf)

# BIOÉTICA, SALUD Y AMBIENTE - ENSAYO

JACQUELINE PONZO

“Necesitamos de una ética de la tierra, de una ética de la vida salvaje, de una ética de población, de una ética de consumo, de una ética urbana, de una ética internacional, de una ética geriátrica, etcétera. Todos estos problemas requieren acciones basadas en valores y en hechos biológicos. Todos ellos incluyen la Bioética, y la supervivencia del ecosistema total constituye la prueba de un sistema de valores”.

(Potter, 1970, citado por Tender Puentes 2013)

## INTRODUCCIÓN ▼

Aunque en el legado de Hipócrates (460-377 a.C), reconocido como padre de la medicina, el ambiente resulta indisoluble de la persona y su salud o enfermedad, la disciplina se desarrolló separada y en gran medida de espaldas al ambiente, ya sea considerado éste en la dimensión más tangible -físico-química y biológica-, o en su dimensión humana, social, económica e histórica. Si en algunas etapas de la historia de la medicina pudo haber cierta consideración al ambiente como asunto propio, esto fue olvidado y postergado tras el desarrollo tecnológico y la especialización basada en sujetos biológicos, fragmentados y descontextualizados.

Siendo así, los movimientos actuales que aproximan la medicina con el ambiente constituyen un campo que, extrañamente, se presenta como nuevo (Ponzo, Rava, y Bruno 2010; Horton et al. 2014).

Mientras tanto, la Salud Pública siguió un curso distinto. Aun de forma errática e insuficientemente jerarquizado, el ambiente fue motivo de atención de salubristas y epidemiólogos en diferentes momentos de la historia.

El movimiento latinoamericano de la Salud Colectiva (incluida la Epidemiología Crítica) probablemente sea la máxima expresión de ese encuentro entre ambiente y salud que se expresa en un producto teórico y empírico acumulado y creciente (Breilh 2003; Rigotto y Augusto 2007; Augusto y Beltrao 2008; Breilh y Tillería Muñoz 2009; Breilh 2015; Soliz 2016).

En la actualidad resulta cada vez más difícil ignorar la importancia del ambiente. “La economía global ha seguido un proceso de transformación de la naturaleza, degradación ambiental y contaminación que nos ha hecho ingresar [...] en un proceso [...] de alto riesgo para la estabilidad planetaria” (Pengue 2015, 68).

Esta consolidación trasciende el plano científico y se encuentra también en el plano político y ético. En 2011, en documento conjunto del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social, señalaban:

“en los últimos años de una acelerada y agresiva economía de mercado, con una acumulación de riqueza y exclusión social sin precedentes, se han tornado igualmente evidente la más profunda crisis de la reproducción de la naturaleza y la justicia ambiental.” (ALAMES y CEBES 2011, 3)

“La Ética de la salud” (Berlinguer 2003), “disciplina, a la vez antigua y moderna” (Penchaszadeh 2003, 9) presenta cierto paralelismo con la medicina. Su presencia se puede identificar ya en tiempos hipocráticos, aunque su auge y visibilidad se consolidaron en el siglo XX. El siglo XXI ofrece nuevos desafíos y está marcando una nueva etapa en su desarrollo.

## ÉTICA Y SALUD. ORIGEN Y PRIMERAS FASES DE DESARROLLO EN EL MUNDO OCCIDENTAL ▼

Se puede ubicar en Grecia el origen de la ética como filosofía de las normas morales. Aristóteles la definió como “la búsqueda de la felicidad orientada por la razón, [...], inteligencia aplicada a la conducta [que] se identifica con el bien obrar y el bien vivir” (Maglio 2001, 444).

A partir de entonces se pueden identificar algunos puntos de inflexión en su evolución entre los cuales Tealdi destaca las influencias de Kant, Hegel y Engels<sup>1</sup>, sucesivamente (2006, 6) e identifica a la ética kantiana como la responsable de distinguir radicalmente entre naturaleza y conciencia humana. La naturaleza, con leyes de determinación que le son propias, y la conciencia humana autónoma que puede establecer sus propias leyes. Así, el mundo resulta una interacción de fenómenos sujetos a la necesidad, por causa de leyes naturales y otros sujetos a libertad, por causa de la razón moral. Esta visión kantiana se reconoce como apertura a la comprensión de las determinaciones económicas, sociales y políticas como procesos sujetos a voluntad y por tanto, modificables. Por entonces las guerras aparecían como ejemplo de los resultados negativos que la voluntad podía ocasionar; entonces ya introduce Kant la idea de una “constitución cosmopolita” para la paz (Tealdi 2006).

Hegel luego identificará al Estado como la figura “para expresar la eticidad o la síntesis entre la interioridad de la conciencia moral y la exterioridad de lo legal” (Tealdi 2006) y la necesidad de un concierto de Estados en torno a esto.

De alguna forma eso se concreta en la creación de las Naciones Unidas, el reconocimiento de los derechos universales, y el derecho a la salud con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1948).

Es un momento de auge integracionista en el cual el “concierto de Estados” que pensaba Hegel o la “constitución cosmopolita” de Kant comienzan a tomar forma. En su desarrollo progresivo el mundo se debate entre el liberalismo, que ponía énfasis en los derechos civiles y políticos, y el socialismo que acentuaba la igualdad en los derechos económicos, sociales y culturales. Aún con estas contradicciones que se resolvían esencialmente en función del poder real de los Estados,

los derechos humanos constituyeron una “moral básica” hasta la década de los '90 (Tealdi 2006). A partir de entonces la fuerza del mercado ha sido devastadora dejando a la ética aristotélica en un lugar de avanzada en relación a muchos de los principios y prácticas hegemónicas en el siglo XXI donde la ética parece ausente.

## ÉTICA MÉDICA ▼

La ética médica no es especial o particular, sino la aplicación de conceptos, principios y teorías éticas a la práctica de la medicina. Desde los tiempos hipocráticos estuvo centrada en el principio de beneficencia: lo mejor para el enfermo (Maglio 2001, 444). Su evolución fue la de la ética en general, pero las transformaciones del último tramo del siglo XX tienen un impacto peculiar en la ética médica.

Maglio ubica la inflexión en los años '70 e identifica tres grandes influencias: el desarrollo tecnológico que introdujo nuevos procedimientos en la medicina, muchos de ellos invasivos; el Mayo francés y sus consecuencias sociales, particularmente el interés por la participación y la jerarquización de la autonomía, y los cambios políticos que traen como resultado la jerarquización de la justicia distributiva (2001, 445).

La relación médico-paciente incorpora el principio de autonomía junto al de beneficencia, lo cual sacude el modelo tradicional donde el vínculo prevalente era benevolente, pero también paternalista y autoritario. La autonomía horizontaliza el vínculo y lo hace participativo; la justicia lo conecta con el contexto, particularmente si se asume como justicia distributiva.

Finalmente, en el siglo XXI, cuando la mercantilización de la medicina es casi universal, el principio de no maleficencia, que desde siempre estuvo incorporado como contracara de la beneficencia (*primun, non nocere*) (Berlinguer 2003, 50) reemerge con fuerza como recurso de reflexión que contribuye a la toma de decisiones frente a las presiones que el mercado impone cada vez más a la práctica médica.

## ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN ▼

La ética de la investigación es otro gran capítulo del desarrollo de la Ética de la salud.

Los graves abusos y crímenes a las que fueron

<sup>1</sup> Immanuel Kant, Georg Wilhelm Friedrich Hegel y Friederich Engels.

sometidas miles de personas durante la Segunda Guerra Mundial para el desarrollo de investigación biomédica dieron lugar al juicio de Nüremberg, y fueron el origen de la primera normativa de carácter ético para la investigación con sujetos humanos, el Código de Nüremberg. Desde entonces se puede identificar un recorrido no lineal de búsqueda y perfeccionamiento de los instrumentos y recursos para la regulación ética de la investigación, y aún queda mucho por recorrer. Lejos que quedar desterradas con la Alemania nazi, son numerosas y probablemente incompletamente conocidas aún las violaciones de derechos humanos que la sucedieron “en favor” de la investigación.

Los tiempos actuales, de capitalismo universal y sofisticado, han introducido, -están introduciendo-, nuevas formas de violación y abuso, como la tercerización de riesgos de los riesgos que la investigación conlleva para sujetos e investigadores, desde los países desarrollados a los menos desarrollados; o los nuevos sistemas de soporte de datos que ofrecen facilidades a los investigadores, pero dificultades a los participantes en el control de los datos aportados, y por lo tanto, para el ejercicio de su autonomía como sujeto de investigación. Se plantean nuevos desafíos al campo de la ética.

### ÉTICA Y SALUD PÚBLICA ▼

Coughlin (2006) es concordante con el enfoque del *Council for International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS 2017) al distinguir dos grandes campos de la ética en el plano colectivo: la investigación epidemiológica y la práctica de la salud pública.

Esta distinción tiene consecuencias principalmente prácticas, que contribuyen a favorecer los procesos y garantías para instituciones, profesionales y comunidades. En la salud pública se identifica una obligación dual para los profesionales, de adquirir y aplicar los conocimientos para restaurar y preservar la salud y al mismo tiempo preservar la autonomía individual de las personas. Es un doble juego que busca sostener el bienestar individual, como en la medicina, pero también el bienestar colectivo (Coughlin 2006, 2). Se han puesto en juego dos grandes enfoques en estos espacios: deontológico, que busca maximizar las garantías, aun cuando ello signifique, por ejemplo, el retraso en el avance de la investigación; y enfoques utilitaristas de la ética, que sustentan decisiones restrictivas de

la autonomía en favor de un bien común, por ejemplo la obligatoriedad de las vacunas.

El acceso a la atención de la salud es otro de los aspectos de este campo que ha ocupado a la ética, principalmente cuando el número de personas que mueren por causas evitables con tecnología disponible (vacunas, antibióticos, cirugías, etc.) resulta excesivo. El derecho a la vida está en cuestión cuando existen elevados indicadores de mortalidad materna o mortalidad infantil, reflejo de estas situaciones de inequidad (Tealdi 2006, 8,10). La justicia distributiva se presenta como un mandato ético en la salud pública, máxime cuando coinciden en este tiempo que vivimos “los mayores progresos en la salud humana con el más alto número de víctimas evitables” (Berlinguer 2003, 17).

La Sociedad Internacional de Epidemiología Ambiental adoptó en 1999 un conjunto de directrices éticas para epidemiólogos ambientales elaboradas por Colin Soskolne y Andrew Light. En ellas se destacan las importantes obligaciones que los epidemiólogos tienen para las comunidades afectadas por los peligros ambientales (Coughlin 2006).

### BIOÉTICA, UNA NUEVA ETAPA ▼

En 1971, van Potter publica su libro titulado “Bioética: un puente al futuro”. No es exactamente el primer uso de la palabra bioética<sup>2</sup>, pero es reconocido como tal pues desde entonces comienza a expandirse. Potter define la bioética como:

“El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias y la salud, en cuanto esa conducta sea examinada a la luz de los valores y principios morales”. (Maglio 2001, 445)

Más explícita que la definición resultan los fundamentos de Potter para esta propuesta. Presenta la bioética como “un nuevo tipo de ética”. Señala la necesidad de promover el diálogo entre las ciencias y las humanidades y en ese *estatus* de puente coloca a la bioética.

Resulta significativa la dedicatoria que realiza a Aldo Leopold, quien mucho antes había intro-

<sup>2</sup> El diccionario de la RAE introduce la palabra a partir de 1992: “disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos” (Gros Espiell 2003, 17).

ducido el concepto de “ética de la tierra” (y anticipaba con esto la apertura de la ética hacia lo que sería la bioética) (Tender Puentes 2013) pues permite calibrar el enfoque holístico de Potter y de la bioética desde el mismo momento de su concepción.

Este momento de génesis de la bioética coincide en la medicina con el auge de la medicalización y la profundización del uso de la tecnología en la salud. Estos procesos no fueron espontáneos sino estrechamente vinculados al desarrollo del complejo médico-industrial-financiero.

En la misma década (1979) se publica otro texto referencial, “Principios de ética biomédica”, de Beauchamp y Childress, donde la bioética es definida como:

“la aplicación de teorías éticas generales, principios y reglas, a problemas de las prácticas terapéuticas, la asistencia de la salud y la investigación médica y biológica”. (Maglio 2001, 445)

Esta publicación es reconocida como el origen de los Principios de la Bioética, que si bien es cierto que estaban vigentes, no habían sido sistematizados como tales hasta ese momento. La bioética anglosajona adhiere al modelo principalista que sustenta esta obra, y que se consolida como hegemónico. Desde ese enfoque se propone una actuación contemporizadora de intereses dentro del sistema económico dominante, sin colocar el derecho a la salud como un asunto central (Penchaszadeh 2016), olvidando la esencia original, ambiental y holística de la bioética propuesta por Potter.

“Necesitamos de una ética de la tierra, de una ética de la vida salvaje, de una ética de población, de una ética de consumo, de una ética urbana, de una ética internacional, de una ética geriátrica, etcétera. Todos estos problemas requieren acciones basadas en valores y en hechos biológicos. Todos ellos incluyen la Bioética y la supervivencia del ecosistema total constituye la prueba de un sistema de valores. Bajo esta perspectiva, la frase ‘supervivencia del más apto’ es simplista y parroquial” (Potter, 1970, citado por Tender Puentes 2013).

Definiciones más recientes y sintéticas resultan igualmente potentes y reafirman que la bioética fundada por Potter logró permanecer por debajo del reduccionismo principalista:

“La bioética constituye un enfoque ético de todo lo relativo a la vida”. (Gros Espiell 2003, 18)

“La bioética no es solamente la ética de la vida, es la ética de la sociedad”. (Byk 2003b, 165-66)

La medicina y el sujeto individual, aislado resultan insuficientes para este enfoque de la bioética que se orienta a la vida, no solo a la ciencia médica; que concibe la autonomía como un ejercicio compartido, como “algo que debemos compartir con los demás ciudadanos en una comunidad organizada y responsable” (Byk 2003b, 166).

### **“OTRA” BIOÉTICA: LATINOAMERICANA, BASADA EN DERECHOS, AMBIENTAL ▼**

La bioética principalista se mantuvo plegada al modelo biomédico, con una visión restringida del campo de la salud, resultando muchas veces funcional a la mercantilización de la medicina y la investigación. Como alternativa a ésta, se fue estructurando, particularmente desde Latinoamérica, una “otra” bioética que jerarquiza el enfoque de derechos y adopta una mirada colectiva y holística que coloca indudablemente dentro de su campo todo lo relativo al ambiente.

Esta perspectiva latinoamericana está muy ligada con una parte poco evocada del origen de la bioética, en las primeras décadas del siglo XX: antes que Potter en 1971, Jahr, en 1927<sup>3</sup>, había propuesto el término bioética para designar la ética de las relaciones entre los seres vivos humanos y no humanos. Este enfoque integral y ambiental de la bioética también estuvo presente en Potter quien la definía como “un saber preocupado con la sobrevivencia de la vida en el Planeta” (Junges 2014, 14).

En las últimas décadas se han consolidado diversos enfoques ecológicos alternativos entre los cuales se puede encontrar la presencia de la ética de forma más o menos explícita:

“el movimiento de la justicia ambiental se involucra en los conflictos socio-ambientales originados en la conformación de territorios por procesos productivos industriales, agrícolas o mineros, ocasionando contaminación que afecta la vida y la salud de las poblaciones circundantes”. (Junges 2014, 16)

<sup>3</sup> Fritz Jahr (1895-1953), teólogo, filósofo y educador alemán, utilizó el término bioética en el editorial de la revista Kosmos (1927; 21: 2-4): “Bio-ethik: Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze” (Bio-ética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas) (Tender Puentes 2013)..

Schramm rescata el concepto de “ética ambiental, o ‘ecoética’ [...] una ética aplicada que discute la moralidad de las relaciones prácticas que el ser humano establece con la naturaleza” (2014, 71). El filósofo Gilbert Hottois, citado por Schramm describe la ética ambiental como un nuevo punto de vista, un nuevo campo de la ética, pero fundamentalmente como una “nueva actitud ética” donde prevalece la ruptura con los conceptos tradicionales, entre ellos el antropocentrismo. Detalla esa “nueva actitud” en cinco puntos: un nuevo objeto para la ética, representado por el mundo natural no humano con valor moral en sí; una nueva temporalidad, que incluye el futuro y las generaciones futuras; una nueva escala espacial, la totalidad de la biósfera terrestre; una nueva calidad de acción humana, comprometida con la preservación de las especies; y un nuevo método de abordaje holístico que no separa las partes del todo, ni el razonamiento de la intuición (Schramm 2014, 73).

En 2002 la Comisión de Bioética de la UNESCO establece como resultados esperados para el final del bienio el “enriquecimiento de la reflexión ética sobre los conocimientos científicos y las tecnologías en los planos nacional, regional y mundial, tomando como base el respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales y la preocupación por los intereses de la sociedad y de las generaciones futuras” (Bernal Alvarado 2003, 63).

Dicha Comisión fue encomendada a ofrecer apoyo a los Estados Miembro para la legislación en materia de bioética y la creación de comités nacionales de bioética. Entre los temas del plan estratégico se incluyó la ética de la ciencia y la tecnología con dos subtemas: ecología (agua, etcétera) y genética y genómica.

Mientras tanto, en el ámbito político-académico, el Congreso realizado en Bahía en el mismo año (2002) marca el momento del “quiebre latinoamericano”, esto es, la consolidación de una corriente bioética crítica del modelo anglosajón dominante. La crítica no se construyó en contra de los cuatro principios de la bioética universalizados (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia), sino que se los juzga insuficientes, particularmente para “un análisis contextualizado de conflictos que exijan flexibilidad para una determinada adecuación cultural, y el enfrentamiento de macroproblemas bioéticos persistentes o cotidianos por la mayoría de la población de los países latinoamericanos con

niveles de exclusión social” (Garrafa sf, 2; Bergel 2015, 450).

En 2005 se aprueba la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura 2005) la cual es ratificada luego por unanimidad de los Estados Miembro de Naciones Unidas. Su Artículo 1 presenta elocuentemente los alcances de esta “otra” bioética “latinoamericana” hecha propia por la comunidad mundial:

### Artículo 1:

La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. (UNESCO 2005)

Este documento termina de consolidar el punto de corte entre la “bioética clásica”, desprovista de una visión social y política, con la “nueva bioética” que ubica al hombre en un escenario global junto a sus semejantes y a los demás integrantes de la biósfera” (Bergel 2015, 446).

La Declaración, con la fuerza que le da la unanimidad en la aprobación y la ratificación (Gros Espiell 2003, 22), enriquece la lista de Derechos Humanos ya reconocidos desde 1948, y agrega los siguientes:

- el derecho al respeto de la autonomía persona;
- el derecho al respeto a la integridad personal;
- el derecho al goce del grado máximo de salud;
- el derecho a una atención médica de calidad;
- el derecho de acceso a los medicamentos;
- el derecho a una alimentación adecuada;
- el derecho de acceso al agua potable;
- el derecho a cubrir las necesidades básicas (reducción de la pobreza);
- el derecho a la alfabetización;
- el derecho al goce de los resultados de la investigación científica;

- el derecho a un medio ambiente no contaminado.

La bioética incorporó de este modo la problemática de los derechos relacionados con los condicionantes sociales y económicos de la vida y la salud humana (Bergel 2015, 448). El ambiente<sup>4</sup> aparece como un componente básico del campo de la salud y la salud como un derecho que solo se puede alcanzar en consonancia con la sustentabilidad de la biósfera y la biodiversidad (Junges 2014, 453).

Víctor Penchaszadeh elabora una lista de los problemas que debe afrontar la bioética en estos tiempos. Entre ellos incluye la destrucción del medio ambiente:

“La economía extractivista y depredadora que se expande en América Latina, tiene como correlato la degradación del medio ambiente, las condiciones de vida y las migraciones multitudinarias en búsqueda de mejores oportunidades. Estas migraciones, a su vez, generan desafíos éticos de primera magnitud por el destierro que implican, la ruptura de lazos familiares, la mala acogida en los países receptores y la estigmatización y violencia contra los migrantes”. (Penchaszadeh 2016)

Garrafa promueve la intervención (si la ética no interviene, no es bioética). Propone “las cuatro P” (4Ps) como guía para la acción: prudencia frente a los avances, prevención de daños e iatrogenia, precaución ante lo desconocido y protección de los más frágiles; “para el ejercicio de una práctica bioética comprometida con los más vulnerables, con la ‘cosa pública’ y con el equilibrio ambiental y planetario del siglo XXI” (Garrafa sf, 6).

Epistemológicamente esta bioética latinoamericana crítica se caracteriza por ser post-positivista, ubicada en “marcos complejos e inter-transdisciplinarios y concretos de la realidad” (Manchola-Castillo 2014, 79).

En una perspectiva metodológica, la narrativa ha sido destacada como método originario de América Latina (Mainetti<sup>5</sup>) en la década del ‘90. Se le reconoce particularmente como alternativa a la racionalidad clásica, introduciendo en su lugar un método “descriptivo-argumentativo-hermenéutico-deliberativo-narrativo” (Manchola-Castillo 2014, 76-77). Este enfoque se contacta con la éti-

<sup>4</sup> Particularmente artículos 14 a 17.

<sup>5</sup> Manchola (2014) señala como año de nacimiento de la bioética narrativa, 1993; como lugar, Argentina; y como autor, José Alberto Mainetti –discípulo de Ricoeur, y precursor de la bioética en América Latina, en la década de 1970.

ca casuística, que propone tomar en cuenta para la toma de decisiones los antecedentes en la resolución de casos complejos (Coughlin 2006).

Es posible que estas aproximaciones metodológicas sean de utilidad en el estudio de casos complejos, particularmente los que involucren temas ambientales, dada la escasa experiencia con que se cuenta aún en este campo. Latinoamérica es actualmente un territorio excepcional para producir experiencia y saber en estos aspectos de la bioética, la salud y el ambiente, particularmente por la confluencia histórica de numerosos conflictos socio-ambientales ocasionados por intentos de explotación destructiva y una corriente activa y comprometida con la salud y el ambiente a nivel de la bioética y la salud colectiva que involucra a profesionales y comunidades en torno a los problemas.

## BIOÉTICA Y TECNOLOGÍA ▼

Tecnología (del griego) significa conjunto de procedimientos. La incorporación y uso de la tecnología en la salud ha sido objeto de la ética desde siempre, pero no así en otros campos. La incorporación de tecnología en una sociedad no debería hacerse alejado de valores. El “si se puede hacer, se hará” no parece ser la guía más adecuada para la toma de decisiones (Cristina 2003).

Es real la posibilidad de dañar al introducir una tecnología. Introducirla simplemente porque está disponible, porque el desarrollo científico y tecnológico lo ha permitido, resulta por lo menos imprudente. Lamentablemente son numerosos los ejemplos que se pueden encontrar en la historia, desde automóviles a plaguicidas o alimentos.

Muchos de los principios y métodos que la bioética ha aplicado en la medicina, encuentran aplicación y vigencia en el espacio comunitario, fuera del campo de la medicina, pero totalmente dentro del campo de la salud, que no se agota en hospitales, procedimientos o consultas médicas.

La biotecnología introduce nuevos desafíos a esta reflexión ancestral (Cristina 2003), y si bien el avance tecnológico aumenta también las amenazas (no solo las posibilidades), tampoco parece razonable evitar su uso, como en Erewhon<sup>6</sup> (Berlinguer 2003, 65), aunque tal vez la situación actual, de introducción continua de tecnología sin suficiente evaluación, reflexión ni debate social –

<sup>6</sup> Novela de Samuel Butler (1872) en la cual se dejan fuera de uso todas las máquinas por temor al daño que podrían producir.

aunque en sentido contrario-, es tanto o más demencial que la estrategia de dicha novela.

Se requiere diálogo interdisciplinario en el que también el público tiene que participar (Engels 2003, 25), y se requiere dar cabida a la ética en esos espacios que no pueden ser exclusivamente técnicos.

## A MODO DE EPÍLOGO: BIOÉTICA Y POLÍTICAS PÚBLICAS ▼

Los derechos humanos pueden constituir un puente entre la bioética y la biopolítica.

Quintanas suscribe el posicionamiento de Garrafa sobre la intervención y subraya la necesidad de una actitud proactiva de la bioética en el campo de la política a fin de promover las condiciones que permitan el alcance de los derechos humanos (2014, 100).

El campo de la política es tan amplio como el de la bioética y admite acciones a diferentes niveles, desde el concierto internacional de naciones “hasta elecciones a nivel social que nosotros, como ciudadanos, y quienes nos representan, tendremos que tomar a nivel de políticas públicas” (Cristina 2003).

En relación a la salud Garrafa subraya la necesidad de que en los países latinoamericanos se incorpore la bioética en las discusiones sobre la responsabilidad social del Estado y todos los aspectos del sistema de salud: la definición de prioridades para la asignación, distribución y control de recursos, la gestión, la participación de la ciudadanía y la formación de los profesionales (Garrafa sf, 3).

Pero como hemos visto, la salud no se agota en el sistema de atención. El derecho a una atención de calidad es solo uno de los componentes que contribuye a hacer efectivo el derecho a la salud. Los aspectos ambientales son imprescindibles, como lo es la extensión de la bioética a este campo.

El desarrollo tecnológico que en su momento impactó y sacudió a la bioética en el campo de la medicina, se reproduce en el ámbito comunitario, a nivel ambiental, en el espacio productivo; instala también allí dilemas éticos, pudiendo vulnerar la salud y el derecho a ésta.

Las decisiones de orden público, las políticas, requieren análisis integrales que permitan evaluar peligros y beneficios, posibilidades y necesidades.

La bioética no puede estar ausente en estas instancias.

Byk (2003a, 140), plantea un asunto interesante al que podríamos llamar “riesgo necesario”. Señala que vivimos la sociedad del riesgo y debemos asumir que la certeza no es posible. Entonces, lo que cabe preguntarse es: ¿hasta dónde aceptar el riesgo?, ¿cuánto riesgo es razonable aceptar? Pero entonces surge otra cuestión esencial: ¿quién puede/debe responder a esta pregunta?, ¿quién decide cuál es el nivel de riesgo aceptable para una sociedad?, y ¿en base a qué criterios se define?

Tomamos la expresión griega citada por Byk para resumir una respuesta: lo define la ciudad, no la ciencia (2003a, 139). O sea, las decisiones son del campo de la política. Entonces, no resulta suficiente la presencia de la ética en el campo de la ciencia. Si se quiere garantizar los derechos, se debe introducir la bioética en el proceso de construcción (entiéndase: propuesta, debate, decisión, implementación, control) de las políticas públicas, particularmente las relacionadas con el ambiente, cuando se trate del derecho a la salud.

## REFERENCIAS

Asociación Latinoamericana de Medicina Social, y Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. 2011. «El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud. Documento de posicionamiento conjunto de ALAMES y CEBES». <http://www.alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/2011/11-el-debate-y-la-accion-frente-a-los-determinantes-sociales-de-la-salud-documento-de-posicion-conjunto-de-alames-y-cebes/file>.

Augusto, Lía Giraldo da Silva, y Alexandre Barboza Beltrao, eds. 2008. *Atencao primária a saúde: ambiente, territorio e integralidade. O ensino da saúde na comunidade*. Recife: Ed. Universitaria da UFPE.

Bergel, Salvador Darío. 2015. «Diez años de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos». *Rev.Bioét (Impr)*. 23 (3): 446-55.

Berlinguer, Giovanni. 2003. *Ética de la salud*. Traducido por Sabina Ohlberg. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Bernales Alvarado, Manuel. 2003. «La perspectiva de la UNESCO y la responsabilidad del sector Ciencias Sociales y Humanas». En *Bioética: compromiso de todos*, editado por DIRAC, Facultad de Ciencias, 57-70. Montevideo: Ediciones Trilce.

- Breilh, Jaime. 2003. «De la vigilancia convencional al monitoreo participativo.» *Ciencia&Saúde Colectiva* 8 (4): 937-51.
- . 2015. «Cambio climático (crisis socio-ambiental global). Economía envilecida, civilización insana y crisis de la vida.» En , 17. Bogotá: Auditorio Huitaca. Alcaldía Mayor: Área Salud. Universidad Andina Simón Bolívar.
- Breilh, Jaime, y Ylonka Tillería Muñoz. 2009. *Aceleración global y despojo en Ecuador: el retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar - Abya Yala.
- Byk, Christian. 2003a. «El mundo del derecho frente a las ciencias de la vida: sociedad del riesgo, derecho y emocracia»,. En *Bioética: compromiso de todos*, editado por DIRAC, Facultad de Ciencias, 135-42. Montevideo: Ediciones Trilce.
- . 2003b. «¿Un abordaje europeo a la bioética?» En *Bioética: compromiso de todos*, editado por DIRAC, Facultad de Ciencias, 149-66. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Coughlin, Steven S. 2006. «Ethical Issues in Epidemiologic Research and Public Health Practice». *Emerging Themes in Epidemiology* 3 (1): 16. <https://doi.org/10.1186/1742-7622-3-16>.
- «Council for International Organizations of Medical Sciences». s. f. CIOMS. Consultado 21 de agosto de 2017. <https://cioms.ch/>.
- Cristina, Juan. 2003. «Campos de reflexión». En *Bioética: compromiso de todos*, editado por DIRAC, Facultad de Ciencias, 9-16. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Engels, Eve-Marie. 2003. «Problemática, metas y posicionamiento de la bioética»,. En *Bioética: compromiso de todos*, editado por DIRAC, Facultad de Ciencias, 25-46. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Garrafa, Volnei. sf. *Bioética de Intervención*. Digital. Programa de Educación Permanente en Bioética. Introducción a la bioética Clínica y Social, Módulo I. Argentina: redbioética-UNESCO. [www.redbioetica-edu.com.ar/](http://www.redbioetica-edu.com.ar/).
- Gros Espiell, Héctor. 2003. «Derecho Internacional, bioética, genética y bioderecho»,. En *Bioética: compromiso de todos*, editado por DIRAC, Facultad de Ciencias, 17-24. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Horton, Richard, Robert Beablehole, Ruth Bonita, John Raeburn, Martin McKee, y Stig Wall. 2014. «From Public to Planetary Health: A Manifiesto». *The Lancet* 383: 847.
- Junges, José Roque. 2014. «Bioética e Meio Ambiente num Contexto de América Latina». *Revista Redbioética UNESCO* 1 (9): 13-19.
- Maglio, Francisco. 2001. «Ética médica y bioética. Aspectos conceptuales». *Revista Argentina de Cardiología* 69 (4): 444-47.
- Manchola-Castillo, Camilo. 2014. «Por una bioética distinta: narrativa y latinoamericana». *Revista Redbioética UNESCO* 2 (10): 70-80.
- Ohlberg, Sabina, y Víctor Penschaszadeh, trads. 2003. «Prólogo». En *Ética de la salud*, de Giovanni Berlinguer, 9-14. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO). 2005. «Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos». [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html).
- Penschaszadeh, Víctor. 2016. «Bioética en los tiempos de América Latina». En . Vol. en prensa. Costa Rica: redbioética-UNESCO.
- Pengue, Walter Alberto. 2015. «Recursos naturales, servicios ambientales y desarrollo en América Latina». *Revista Redbioética UNESCO* 6 (11): 64-69.
- Ponzo, Jacqueline, Paola Rava, y Arianel Bruno. 2010. «La salud ambiental en la práctica del Médico de Familia y Comunitario». En *Medicina Familiar y Comunitaria*, de Julio Vignolo y Cristina Lindner, 219-65. Montevideo: Oficina del Libro/FEFMUR.
- Quintanas, Anna. 2014. «Bioética versus neoliberalismo. Por una nueva política de la vida». *Revista Redbioética UNESCO* 2 (10): 100-109.
- Rigotto, Raquel Maria, y Lia Giraldo da Silva Augusto. 2007. «Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social». *Cadernos de Saúde Pública* 23: S475-85. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001600002>.
- Schramm, Fermín Roland. 2014. «Ética ambiental e bioética global». *Revista Redbioética UNESCO* 1 (9): 71-78.
- Soliz, Fernanda. 2016. *Lo que la mina se llevó. Estudio de impactos psicosociales y socioecosistémicos tras la salida de la empresa Kinross en las comunidades ubicadas en la zona*

*de influencia directa del Proyecto Fruta del Norte*. Quito: Ediciones de la Tierra.

Tealdi, Juan Carlos. 2006. «Retos para la Bioética en el campo de la Salud Pública en América Latina». En . Vol. web. Bogotá: Bioéticas. Guía Internacional de la bioética. <http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo363>.

Tender Puentes. 2013. «Bioética: un puente hacia el futuro». *Tender Puentes* (blog). 5 de junio de 2013. <http://tenderpuentes5.blogspot.com/2013/06/bioetica-un-puente-hacia-el-futuro.html>.

# EL RÍO SANTA LUCÍA; EL AGUA. OTROS TEMAS DE MEDIO AMBIENTE QUE VAN SUCEDIENDO.

ENTREVISTA REALIZADA A MARCOS Y DANIEL  
POR EQUIPO EDITOR  
ESPACIO CARLOS ALFREDO MERC

Nombre de la Organización: Asamblea por el Agua del Río Santa Lucía. Nace en el 2013  
Publicaciones: Artículos, comunicados, denuncias, otros en Fb y canal; también registros de actividades.  
Departamento o localidades donde se desempeñan: Canelones; Comisiones de cuenca, participamos de la Asamblea Nacional Permanente.  
Contacto: porelagua@sejuntalagente.org  
Página web: Fb; canal de youtube "espikatv"

## 1 ▼ ¿CÓMO CREE QUE SE RELACIONA EL AMBIENTE Y LA SALUD?

Partimos de la base que vivimos inmersos en un ecosistema, es de sentido común entender que cualquier factor externo que incide en el, afectara todos los aspectos de la vida y la salud es una de las primeras cosas. Si estamos en un ecosistema que no es sano, obviamente nos va a afectar negativamente. Es lo que hoy está sucediendo, por ejemplo, con los agrotóxicos (AT) en el agua, en el alimento, nos consta, porque hay estudios que lo corroboran. La OSE no puede eliminar los AT del agua, porque los procesos son caros, entonces todos estamos consumiendo eso de una u otra forma. Hay muchos estudios al respecto de las implicancias en la salud, y casos muy elocuentes de las consecuencias que acarrea la exposición a estos productos. Somos agua en un 70%, si el agua que consumimos está contaminada, así como los usos recreativos que hacemos de ella, entre otros, entonces estamos expuestos a que el mayor porcentaje de nosotros, de nuestra esencia esté contaminado con estos productos. Hay muchísimos pueblos en las costas de los ríos y en las playas, hay casos de personas que se han bañado en cuencas contaminadas y han tenido afectación en la piel, contaminación por coliformes, con malestar estomacales, entre otras afectaciones. En el caso de Santa Lucía se ha suspendido el uso recreativo del río en la tem-

porada estival, 2, 3, 4 y hasta 5 días después de la lluvias, porque hay contaminación de coliformes. Eso es una afectación directa, si bien, toda esa parte más bien bacteriológica OSE asegura que es eliminada, pero eso en relación al agua luego de tratada, el agua bruta está afectada. A su vez hay una realidad que también está relacionada y que es el proceso de potabilización, en el que se aplican químicos, como por ejemplo cloro, ácidos, y el propio proceso genera lodos que contienen estos químicos y que son devueltos al agua y estos también afectan a la salud y a la calidad del agua bruta.

Entonces, partiendo de la base del sistema, como concepto, es directa la relación entre la salud y lo que estamos consumiendo. También está lo que consumimos como alimento, por ejemplo los peces, ahora hace poco tuvimos un caso puntual, aparecieron gran cantidad de peces muertos o moribundos, desde el Río Uruguay hasta acá, y seguramente más allá de nuestra localidad el fenómeno se repite. Tomamos muestras, porque en la Asamblea por el Agua del Río Santa Lucía formamos un laboratorio popular, desde el cuál también hicimos alguna denuncia en otra ocasión. Todavía no hemos hecho los análisis, pero desde los organismos de contralor, DINAMA, DINARA, se dijo que era por el frío. Frío en invierno hubo siempre, no tiene sentido la explicación y no convence; además dentro de la Asamblea hay gente *baqueana*, que conoce

mucho el entorno y sus dinámicas y no se había visto nunca, ¿que tiene de diferente este invierno de otros? A nosotros nos preocupa que esto se tome de manera tan liviana.

## 2 ▾

### ¿CÓMO CREEN QUE ESTÁ URUGUAY EN RELACIÓN A ESTE TEMA?

Como lo vemos aún la gente está dormida respecto a este tema. Están pasando muchas cosas, que son constantes, graves y la población lo sabe o no lo sabe, pero no se le da la importancia que tiene o no se preocupa realmente del tema. Como lo que pasó con la Ley de Riego; tuvimos un año para juntar firmas, poca militancia en eso, sin embargo en el último mes, explotó. Este es un análisis totalmente liviano, porque esto recién pasó y apenas estamos evaluando lo sucedido, creemos que la gente sí se interesó al final y entendió lo que estaba pasando. Lo que nos demostró el proceso de juntada de firmas, que era uno de los objetivos, informar a la gente lo que estaba sucediendo, es que la gente está muy desinformada, entonces hay un desinterés propio de los tiempos que corren y de este sistema neoliberal, capitalista en el que vivimos, que apuesta a que estemos desinformados y distraídos para seguir avanzando; no solo había desinterés, sino que otra parte de la población estaba realmente desinformada. Entonces cuando nosotros íbamos a decir “sabés...” nos decían “¿y qué está pasando con el agua?” y ahí nos dimos cuenta, que todo el aparato mediático, hegemónico, está alineado en resaltar ciertos asuntos y otros enterrarlos todo lo posible, entonces hay temas que están en la agenda política y son muy exitosos, que está buenísimo, cuanto más derechos haya, mejor, para eso sí hay una gran cobertura, vamos todos detrás de eso y otros temas, como el agua, que no le sirve al sistema imperante están bloqueados. Todo este proceso de la ley de riego fue un termómetro importante, que ahora nos toca estudiar y aprender. Hace poco escuché en la radio un periodista que decía que la gente no está interesada, con un análisis extremadamente liviano, yo creo que todo es parte de ese proceso de no informar, la gente si está interesada, pero desinformada, este periodista decía algo así como: “porque los colectivos que trabajaron dicen que faltó tiempo” como desacreditando ese argumento, y es cierto sí, faltó tiempo, porque estuvimos meses tratando que la gente se informara y en un momento explotó, cuando una masa crítica de gente se informó. Seguramente hasta poco

antes de la finalización de recolección de firmas no hubiesen más que unas pocas miles que se juntaron con mucho esfuerzo, pero en un período no mayor a un mes se recolectaron 3 veces la cantidad de firmas que se habían podido recolectar en un año. Ya no tenías que ir a pedir la firma, venían a pedirte la papeleta.

No creo que la población esté desinteresada, está metida en una *bataola* de cosas diarias, y uno que está militando en esto, piensa de que todo el mundo sabe lo que está pasando, y no es así, el aparato de desinformación lamentablemente funciona. Muchas veces no es desinterés, es desinformación, es parte del mismo asunto. La militancia es una elección, una opción muy concreta, la desinformación es más compleja, o muchas veces es una elección también, *no quiero saber*.

Creo que esto que pasó es una oportunidad tremenda de analizar y de capitalizar. Sirvió mucho, se despertó mucha gente. Se despertó a moverse, militar por una causa de gran importancia, que antes no lo hacía. Nosotros a través de los medios de comunicación que tenemos está lleno de gente conversando de este tema, eso es un avance concreto.

Nos pesa mucho culturalmente, la uruguayez “acá está todo bien, podemos usar el agua de la canilla[...]” como ese pensamiento de la “Suiza de América”, que en realidad era por los beneficios del sistema bancario muy similares a los de Suiza y que permitían el lavado de activos, jaja, pero lo interpretamos como que éramos un ejemplo en nuestro continente. Entonces tenemos toda una cuestión cultural, construidas con realidades de otro tiempo y también con mitos que hace un poco a esa lentitud de reacción, a pesar de que somos pocos; sin embargo, para verlo desde un lugar más positivo y no por autoconvencerme, lo pienso desde otro lugar, esta batalla en particular y en este momento está perdida, sin duda, una batalla importante, pero una entre muchas, yo creo que ganamos otra y que fue de que la gente se informara, se despertara. 300 mil personas no es poca cosa y se multiplican.

Hay aprendizajes que hay que capitalizar, por ejemplo, si vos ponés a un científico y ponés a un caudillo a decir algo; por más pruebas científicas que tenga el científico, la gente sigue al caudillo.

Se oculta la participación que ha tenido Facultad de Ciencias, se oculta de todos los discurs-

sos. Benech declaró en su momento que esta ley está hecha para los pequeños y medianos productores, y en el medio hablaba del “secano”, para no decir monocultivo, soja, transgénicos..., porque saben cuál es la narrativa que tiene que usar para desinformar.

Los medios luego repiten lo que dice el Ministerio de Ganadería y no replican lo que dicen los de Facultad de Ciencias o los de Derechos Humanos, o si lo hacen es de manera soslayada. Esto es a nivel regional, nosotros no estamos inventando nada, ya que hablamos de la uruguayez, venimos corriendo de atrás, siempre llegamos mas tarde, porque realmente, si miramos Argentina, Brasil, Paraguay, Chile, vamos a ver nuestro futuro; tenemos la bola de cristal. Teniendo la bola de cristal, volvemos a cometer los mismos errores. En Argentina ahora hay lugares en el que está prohibido el monocultivo; entonces, miremos para los costados; venimos viendo toda la destrucción del amazonas desde los años 50 o antes, y parece que tenemos ganas de seguir cometiendo el mismo error, ¿por qué? porque todo el aparato político está alineado en pos de los números macro, de lo que manda el Banco Mundial, de lo que manda en el Fondo Monetario Internacional, para seguir teniendo préstamos, para seguir estando en la cadena y nosotros creemos que sería una buena cosa, tratar de revelarnos un poquito en algunas cosas a ver qué pasa. Porque hoy por ejemplo teníamos la mejor miel del mundo y ahora tenemos la peor miel del mundo. ¿No podríamos estar vendiendo la mejor miel del mundo?

Tenemos un estado paternal que viene desde el Batllismo, que en su momento habrá sido una gran idea, pero ahora ya no es una gran idea porque el contexto es otro, y los actores también, hay que empoderarse, el país es de todos; o sea, nosotros tenemos que ser ciudadanos comprometidos, es la única forma de tener un país más “sano” digamos, si es la palabra, o consciente posible. Si cada 5 años, nos viene la viaraza, y ahí somos ciudadanos, vamos, votamos y después nos sentamos a esperar que un grupo de personas, igual a nosotros, hagan lo mejor por nosotros, estamos fritos. Control social de lo que pasa, eso es lo que queremos y defendemos; no solo en lo medio ambiental sino en todo lo demás. Es la única forma, responsabilizándose, haciéndose cargo.

Nuestro eje es el río, el agua, lo que sucede es que el agua termina conectándose con todo. Volver a la base es pensar desde el agua, esa es nuestra base. Cuando tenés alguna duda hay que volver a la base para reordenarte y reorganizarte, entonces, pensar desde el agua es la clave. Desde ahí siempre tenés la respuesta, hacia donde caminar, ese paraguas conceptual para aclarar las ideas, es lo importante.

# LA DEFENSA DEL MEDIO AMBIENTE.

MODALIDAD ENSAYO  
SERGIO CALLEROS.

Nombre de la Organización: Colectivo La Campana Verde  
Localidad: La Paloma; Rocha  
Contacto: lacampanaverde@gmail.com

## VISCERALES REFLEXIONES ▼

Seguramente estas líneas estén repletas de lugares comunes, menciones o guiños a dichos populares, no debería de asombrar, ya que salen de un colectivo, que no es nada más y nada menos que vecinos que compartimos muchas inquietudes, preocupaciones, visiones de que otra sociedad es posible, nos nutrimos de nuestras distintas formas de interpretar la realidad, navegamos dentro de ellas, ya que a groso modo, al ser un colectivo autónomo, autogestionado y no una agrupación con intenciones partidarias, no es necesario tener una corriente ideológica que predomine e identifique al colectivo, o si... si abrimos unas grandes comillas, lo medioambiental, tanto local, nacional y regional, si, nos va lo "glocal" así de modernos somos.

Nadie nace "ecologista", quizás las generaciones venideras donde la educación ambiental, ya no se llama así, solo educación, cuando se entienda que ese ambiente, nos incluye, ese loco mundo donde las relaciones de producción sean sostenibles, donde una sociedad sana sea quien cree ese ambiente sano, donde por comer, beber agua, respirar o solo habitar un determinado territorio, no sea causa de enfermedades, inequidades y relaciones de poder desiguales, bien quizás ahí.

Pero en este mundo, esta sociedad capitalista, productivista, hiper consumista, podría seguir, lamentablemente aún quedan términos, aquí no se nace "ecologista".

No hay peor ciego que el que no quiere ver dicen, pero cuando te das cuenta de que determinado emprendimiento, esos que embanderan

el progreso, no lo es tal para tu comunidad, que los costos ambientales no son medidos, y estos seguramente sobrepasen a las ganancias reales.

Cuando notas que de donde se saca el agua que saldrá por nuestras canillas, está todo contaminado por un uso indiscriminado de un paquete, tolerado y promocionado por la "normalidad" de un sistema productivo como el del agronegocio (siembra directa, monocultivos, agricultura intensiva) ese mismo que también pone veneno en tu mesa, con agrotóxicos en tu comida, ni hablar si vives cerca de zonas fumigadas, porque podremos comer orgánico, filtrar el agua o tener pozos, pero el aire es el mismo para todos, si el veneno está en el aire, lo vamos a respirar, no hay aire orgánico... (no ha de demorar).

Esto fue un ejemplo de como se puede ver un patrón que puede llevarte a ese "ecologismo", podríamos haber usado el ejemplo del consumismo/generación de residuos, usos y abusos del plástico, la matriz energética, y los hidrocarburos, el cambio climático.

Mires por donde lo mires, somos espectadores de lujo, de como, si permitimos que se mantenga el ritmo actual, las condiciones para la vida de la especie sean bien complicadas, muchas veces muy antropocéntricamente decimos, estamos matando al planeta, en realidad estamos matando al ambiente que nos permite desarrollarnos como especie, el planeta seguirá ahí, estaba antes de nosotros y seguramente seguirá ahí cuando ya no estemos, hasta con un respiro de alivio seguramente. Líneas pesimistas dirán, más bien de optimistas bien informados, nadie nace, decía

muy atrás, y cada uno de los integrantes de este colectivo se fue desayunando de a poco, dándose cuenta, preguntando, escuchando, compartiendo, entre nosotros y también con otros colectivos de similares inquietudes.

En un golpe de ego, se consideró que esos temas, esa información, tenía que ser colectivizada más allá de ese pequeño grupo, ahí nace la idea de armar el programa en la radio comunitaria de la localidad, y eso nos llevó a la responsabilidad de informarnos mejor aun, y eso nos permite también el crecimiento, al aprender cada día más, tener un espacio donde poder dar a conocer, experiencias que intentan trascender, el modelo actual, la lucha de pueblos, barrios, comunidades, por su salud, por soberanía alimentaria, en defensa de su territorio amenazado o del cual fueron expulsados, por citar algunos ejemplos, todo aquello que no goza de espacio o tiempo en los grandes medios.

También son cuestiones que nos interesan, nos preocupan, nos llaman a buscar opciones.

Una de estas inquietudes es la relación directa, pensaríamos que obvia, entre alimentación y salud, no solo por aquel famoso “somos lo que comemos”, o el otro “que tu alimento sea tu medicina” bueno en realidad ya estos dos englobarían bastante lo que es esta relación.

Basta con ver los índices que manejan organizaciones ecologistas, eco terroristas, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, ONUAA o más conocida como FAO (por sus siglas en inglés) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), y podemos ver que la alimentación que predomina hoy día, (la que es vendida como buena, por la tele, diarios, radios, y muchas publicaciones académicas) nos está, para ser generosos, enfermando, cuando se habla del crecimiento de distintos tipos de cáncer, problemas endocrinos, diabetes, alergias, desnutrición problemas de sobrepeso, etc.

Por un lado, se admite que el hambre ha crecido en el mundo y eso que los transgénicos venían a acabar con el hambre mundial. Parece que solo ha servido para que las empresas (4 o 5 que lideran) que producen el paquete de agrotóxicos, y dueñas de las semillas (sí, la semilla tiene dueño) se compren unas a otras por cifras astronómicas, obscenas, mientras el hambre crece...

Por otro, también se llama la atención por un crecimiento de enfermedades ligadas a una mala alimentación, sobrepeso (en niños más aún) hipertensión, diabetes, alergias, y problema glandulares; Un consumo exagerado y desmedido de los llamados alimentos ultra procesados, cada vez se cocina menos, se come peor.

Afortunadamente no todo es tan gris, hay opciones, cada vez ese darse cuenta, nos lleva a buscar formas de alimentarnos mejor por ende de enfermarnos menos, sustituyendo alimentos que han dejado de ser sanos o reduciendo al menos su consumo, por más que algunos crean sea solo una moda.

La elaboración de productos orgánicos, las leyes o decretos de etiquetados, y aquellos productos que nos envenenaron por años, ahora, adaptan sus productos como si nada, sin asumir lo que les compete en esta crisis alimentaria y sanitaria que han provocado. Todo habla a las claras que es más que una moda, algo sucede, pero el mercado lo adormece todo, vamos, compramos y no cuestionamos, como decíamos, hay opciones, hay movimientos de cambios.

Pero...siempre el pero!, Hay grandes ausentes, y son los organismos oficiales, aquellos donde estos dos temas, alimentación y la salud los atraviesan transversalmente, y aquí no hablamos de particularidades, si, es verdad hay gente en la salud, mediques, que se preocupan por estos temas, investigan, generan conocimiento e informan a las personas, pero a nivel macro desde el MSP, toman o asumen un papel muy pero muy limitado y condescendiente con el modelo hegemónico, o desde el MGAP, autorizando el uso de transgénicos y todo el paquete tecnológico, no controlando de manera seria y fuerte. Se han visto alguna vez documentos oficiales, prolijos, no borroneados, de la calidad de frutas y verduras en cuanto al contenido de agrotóxicos que entran a los abastos?.

La Dinama, con claroscuros, algunas veces pateando en contra (para la tribuna sospecho) otras haciendo la vista gorda, y por ultimo la ose, que es la parte mas delgada de ese hilo, ya que es “tomadora” del agua que le llega a sus embalses..., pero muchas veces no le cuenta a la población porqué pagamos un agua apta para consumo humano (ex potable) que no lo es del todo apta.

Dejo de lado, las macro políticas, legisladoras y legisladores, que en última instancia son quienes “mandan” a los organismos mencionados anteriormente; Qué queda por hacer entonces, asumir? bancarsela? Creo que no, asumir si, que es necesario un cambio, desde lo personal hacia lo colectivo, pero también de quienes deben generar patrones culturales y políticas de estado, que nos permitan superar todos estos problemas, y que la salud, la alimentación sean temas de Estado, así como las visiones medioambientales, que no sean apéndices de la gestión o la programática partidaria, que formen parte de la lógica de la toma de decisiones en cuanto a ese sistema sostenible del que hablamos al principio. Donde ambiente, salud, alimentación, derechos humanos y de la naturaleza sean parte de la visión político-económica; éso es lo que cree humildemente este colectivo.

# EL IMPACTO DE LA LLEGADA DE UN MODELO PRODUCTIVO QUE ATENTA DIRECTAMENTE A LA MATRIZ PRODUCTIVA QUE CARACTERIZABA AL DEPARTAMENTO.

ENTREVISTA REALIZADA A AUGUSTO, NOELIA Y DAMIAN POR EQUIPO EDITOR. SAUCE, CANELONES.

Nombre de la Organización: Comisión por un Canelones Libre de Soja Transgénica y en Defensa del Agua.  
Publicaciones: Registros de las actividades organizadas por la Comisión, comunicados, entrevistas y otros materiales en la página de Fb y canal de youtube.

Departamento o localidades donde se desempeñan: Todas las localidades del departamento.

Contacto: comcanelones2016@gmail.com

Fb y youtube: Comisión por un Canelones libre de Soja Transgénica y en Defensa del Agua.

## 1 ▼ ¿CÓMO CREE QUE SE RELACIONA EL AMBIENTE Y LA SALUD?

Noelia: Creemos que la salud no puede ser vista en forma independiente del ambiente, ya que éste le afecta, la determina. Puede ser que la determine positiva o negativamente, dependiendo de en qué “calidad” se encuentre el ambiente. Esto abarca desde la calidad del aire, el agua, el suelo; que van a influir en otras cosas, en la forma en que nos alimentamos y vivimos.

Por ello entendemos que luchar por la tierra y por el agua, es una forma de luchar por la salud y la vida en sí.

## 2 ▼ ¿CÓMO CREEN QUE ESTÁ URUGUAY EN RELACIÓN A ESTE TEMA?

Augusto: Nosotros, hicimos una petición hace 2 años para que se prohibiera la soja transgénica en todo el departamento. Nuestra visión es que se necesita un gran cambio en el departamento, y bueno, hasta ahora la Intendencia ha rechazado nuestro pedido pese a las 12.500 firmas que juntamos en todo Canelones. Pero sí, estamos seguros que a raíz de eso se impulsó un Plan de Ordenamiento Territorial en el departamento, que estuvo varios meses la intendencia redactándose, y que cuando se hizo la present-

ación había cosas con las que no estábamos de acuerdo.

Noelia: pero entre algunas cosas, que nosotros entendemos son logros, algo que entendíamos era “impensado” como lo es la prohibición de soja en el departamento; que si bien no se hizo a nivel departamental, ahora hay una gran área en que está prohibida, entonces eso es uno de los logros que creemos que tuvo la lucha social.

Damián: Posteriormente, la misma lucha social, cuando fue la presentación de dicho plan, el pasado 29 de junio, nuevamente se hizo sentir el pueblo y se logró que quedara justificado que no era suficiente lo que están proponiendo y tuvieron que tomarse una prórroga, y ampliaron la zona de prohibición de la producciones extensivas y no obstante, hoy sigue sin aparecer a la Intendencia para su aprobación final, porque seguramente estén con más dudas que certezas en lo que ese plan determina.

Augusto: Un detalle importante de ese plan territorial es que la misma intendencia reconoce que hay una incompatibilidad entre el modelo de producción familiar y la producción de gran escala y por eso es que en algunas zonas prohíbe algunos cultivos como la soja transgénica, pero en otras partes lo sigue habilitado su cultivo.

Noelia: En lo que respecta a los movimientos sociales, si bien hay distintos colectivos y movimientos que están trabajando en torno a temas de la salud y del ambiente, creemos que aún falta muchísimo más trabajo y concientización del drama, de lo dramática que es la situación, todavía estamos en proceso de reconocer algunos problemas pero bueno, falta más desarrollo de trabajo, energía militante y de conciencia de esto. En lo que respecta al tema político, creemos que a veces hay muchas iniciativas que en una primera impresión nos dan la sensación de que pueden apuntar a una mejoría de esta situación, y a la larga son gestiones que en realidad terminan anestesiando a los movimientos sociales, porque se dan como soluciones que en el fondo no son soluciones, son como algunos parches que terminan simulando que algo puede estar mejor pero las causas de las causas no se trabajan del todo.

Damián: Voy a hacer una especie de juntada de las preguntas y volver a la anterior; creo que es sumamente importante el equilibrio que debe de haber entre el ambiente y la salud y para ello cuando hablamos directamente de la salud, lo importante es hablar de la salud humana y que somos lo que comemos y ahí entra el ambiente, porque todo sale de la tierra, todo alimento necesita tierra y por defecto necesita agua y entonces es ahí donde tiene que estar el mayor cuidado del ambiente y por defecto va a recaer en el mayor cuidado de la salud, por eso es que hacemos hincapié en lo contradictorio que son los modelos productivos, el que está llegando con el que había. El que está llegando al departamento, puntualmente, aunque también se puede ver a nivel nacional sin ningún tipo de dudas, es bastante problemático, con el ambiente y con la salud, porque van relacionados directamente. Nosotros consideramos que acá en el departamento, puntualmente en lo que es Canelones, teniendo en cuenta que es el departamento de donde sale alrededor del 70% de lo que es la alimentación para todo el país, así como más del 60% del recurso hídrico para el país también, creemos totalmente importante tomar los mayores recaudos posibles en lo que es el cuidado de los bienes; la tierra, el agua, el aire y de vuelta vuelvo, recaen en el equilibrio que tienen directamente con la salud. Por eso es que hoy hablábamos del porqué de esta Comisión, porqué el nombre y porqué apuntábamos a esta parte del modelo, y entonces ahí entra a jugar un rol sumamente importante en lo que es el país y ahí ya tenemos que apuntar un poco más

al gobierno, porque es importante que la comida sea sana y sabemos que hay muchos grupos a nivel nacional, de Agroecología funcionando, queriendo hacer un cambio en la matriz productiva, queriendo dar alimentos sanos, saludables, para generar futuro, para cuidar la salud, pero si no hay un apoyo del estado si no hay medidas y señales claras que alienten eso, todo eso no va a ser suficiente, entonces consideramos, que ahí es en donde tiene que estar ese equilibrio también por parte de lo que es el país en todo su contexto, las fuerzas políticas como las fuerzas sociales, porque de lo contrario, empieza a romperse el equilibrio y el negocio es solo para unos pocos, entonces ahí apunta también lo que es nuestra concientización, que tiene que ser desde un doctor, desde el aula de un maestro, hacia la sociedad en su conjunto.

# FOMENTAR LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN EN TACUAREMBÓ

## ENTREVISTA REALIZADA A SEBASTIAN POR EQUIPO EDITOR

Nombre de la Organización: Radio Comunitaria La Kandela FM 105.5  
Departamentos o localidades donde se desempeñan: Tacuarembó  
Contacto: Sebastián Ríos Gamio/ 098 134 078  
Página web: [www.lakandelafm.caster.fm](http://www.lakandelafm.caster.fm)

### 1 ▾

#### ¿CÓMO CREE QUE SE RELACIONA EL AMBIENTE Y LA SALUD?

Hemos estado involucrados con temas ambientales, como ahora el tema UPM, tomando un concepto de salud, no tanto pensado en la salud en términos solamente de evitar una enfermedad, sino de calidad de vida. Eso involucra también que las personas se apropien de su espacio, de su territorio y puedan incluso pensar cómo quieren vivir su vida, qué cosas priorizan, si priorizan el trabajo o les parece importante tener acceso a un agua limpia, a vivir en un ambiente adecuado, que no solamente pasa por “me evito una determinada enfermedad”, sino tener una calidad de vida buena, vivir en un lugar en donde no haya ruido, que no sufra de estrés, en un paisaje que pueda disfrutarlo, todo en un concepto de salud amplio que pasa fundamentalmente para nosotros cuando las personas se apropian de su espacio, eso para nosotros es clave, en esa relación, salud y medio ambiente. Cuando las personas abandonan esa soberanía, que tienen de su espacio es que suceden la mayoría de los problemas ambientales a nuestro entender. Focalizando desde ese lugar, la salud como un tema bien de las personas y de las personas en la comunidad. Para nosotros siempre ha sido el foco orientador en esa pregunta que vos me hacías, relacionar la salud con el medio ambiente; nosotros colocaríamos ahí la comuni-

dad como elemento clave, la comunidad tomando decisiones que le afectan directamente en su calidad de vida. La salud como un concepto mucho más social que médico, digamos. Y en esa relación con el espacio, vos vivís en un espacio y tienes derecho a decidir las cosas que ocurran en ese espacio, aunque la gente después se equivoque en las decisiones que toma, pero las personas que viven en ese territorio son las que tienen que decidir. Está relacionado, cuando la Kandela formaba parte de la Comisión Tacuarembó Por La Vida y El Agua, impulsamos un plebiscito departamental para prohibir la minería a cielo abierto. Pero más allá de que las personas estuvieran a favor o en contra de la minería a cielo abierto el concepto fundamental que nosotros reivindicamos era el derecho de la comunidad a decidir, y no que se decida, en un escritorio en Montevideo, entre cuatro paredes, que vienen y te imponen un emprendimiento y vos no sabes qué impacto va a tener, que va a pasar que va a cambiar de tu vida y sin consultar a las personas en su lugar. El punto clave donde nos paramos en esa reivindicación democrática, republicana digamos, es el derecho a la decisión sobre el territorio donde estás.

## 2 ▼

**¿CÓMO CREEN QUE ESTÁ URUGUAY EN RELACIÓN A ESTE TEMA?**

Si lo pensamos en términos de lo que está pasando en el ambiente, los problemas que están habiendo, sin duda la relación es muy mala, sobre todo en los últimos años ha habido desarrollo de megainversiones; de industrias de extracción directa: llámese el tema de la forestación, que acá en Tacuarembó está muy desarrollado, tema de la soja, que acá hay poco, pero que es mayor en otros departamentos, y lo que podría haber sido la minería a cielo abierto. Estos generan un impacto muy fuerte desde el punto de vista ambiental, del empobrecimiento del suelo, contaminación del agua, decaimiento de la fauna, y que además, como todo impacto ambiental, produce una serie de impactos culturales, sociales y económicos. Veo como dos planos de análisis; por un lado el aspecto ambiental, tan concreto como lo dije, que han provocado estas industrias extractivas, extranjeras; el otro plano tiene que ver con lo cultural, con lo social, con por ejemplo en el campo, con la disminución mucho más rápida de la población rural, tenemos hoy un campo mucho más despoblado, muy tecnificado pero sin personas, a su vez, un empobrecimiento de la tierra, el agua contaminada, una disminución de la fauna, un impacto muy fuerte tanto del punto de vista cultural, social, también del punto de vista económico. Porque una de las cuestiones que se “vende” cada vez que viene uno de estos emprendimientos, es la cantidad de trabajo que va a generar, sin embargo, nosotros, cuando la Kandela formaba parte de la Comisión Tacuarembó por la Vida y el Agua mandamos a hacer algunos estudios comparativos, y la ganadería extensiva, que sería la manera, como dice el nombre, menos intensiva de explotar el ganado, genera más trabajo por hectárea de lo que genera la forestación, además de eso la ganadería, por ejemplo paga impuestos y genera mucho más redistribución de la riqueza. Eso no quiere decir que nos parezca bien la ganadería extensiva ni que estemos a favor de los estancieros ni nada por el estilo. Hoy por hoy, los grandes latifundistas del Uruguay son Montes del Plata, UPM, que tienen 250-300 mil hectáreas, y el latifundista uruguayo, al que toda la vida le tuvimos un poco de bronca, ponéle que no llega a 5 mil, 10 mil hectáreas. Hoy por hoy tenemos un problema mucho mayor que es esta extranjerización masiva de la tierra que dejan muy pocos recursos en Uruguay, porque están eximidos de la mayoría de los impuestos y se llevan la may-

oría de la riqueza, y además producen, un impacto ambiental y social, tanto en el campo como en la ciudad. Por qué en la ciudad? Porque la ciudad recibe toda la migración del campo, porque se tienen que ir, porque terminan vendiendo la tierra y vienen a engrosar las ciudades del interior y eso produce un problema social, de vivienda, de saneamiento, en fin, que también está relacionado con la salud y también por el tema de la contaminación del agua, porque hoy, ya casi todos los ríos de donde se está sacando agua para que en las ciudades se pueda tomar agua, están contaminados. Porque ya no es seguro, abrir la canilla y tomar el agua. Nada más ni nada menos que está afectado eso. Desde el punto de vista del impacto concreto en la salud ambiental, sin duda estamos muy mal, extremadamente mal, al punto que hemos afectado nada más ni nada menos que el agua, el agua que tomamos. Ya con eso es más que suficiente.

También se puede analizar esto desde el punto de vista del Estado Uruguayo. Las instituciones del estado uruguayo que tienen que ver con el tema del medio ambiente y la salud, que podemos decir Ministerio de Salud, División de Salud Ocupacional y Ambiental y la DINAMA, sin duda, como la DINAgua. Es decir, una serie de organismos que están encargados del control y de supuestamente ser la policía ambiental nuestra, por decirlo de una manera bien gráfica, además está en el artículo 47 de la constitución. Esos organismos tampoco nos están dando las garantías suficientes; hoy los ciudadanos no podemos confiar en que el estado nos proteja, digamos del punto de vista de la salud ambiental, porque hemos tenido episodios de contaminación claramente del agua, ahí en el sur ustedes lo vivieron en la Laguna del Cisne, en el Río Santa Lucía, en Maldonado, y la actitud del Estado ha sido más de ocultar, de tapar, de disimular, que de decir, “bueno vamos a enfrentar este problema, tenemos un problema serio”. Incluso, te cuento una anécdota, hace bien poquito estuvo el director de la DINAMA, en una mesa redonda sobre el tema UPM acá en Tacuarembó, Nario y otro director que no recuerdo. Nario dijo, “nosotros como DINAMA somos un organismo técnico, no nos interesa lo político, no nos interesa lo económico, nosotros determinamos si algo contamina o no”, después en otro momento de la charla reconoció que el Río Negro estaba contaminado, que estaba por encima de los niveles que el propio estado ha establecido como tolerables, niveles de fósforo y otros nutrientes, que son los que generan las algas y

demás. La DINAMA ha autorizado todos los pasos que se vienen dando para la instalación de UPM; Entonces ahí hay una contradicción clara: si la DINAMA es un organismo técnico y el Río Negro ya está por encima de los niveles permitidos, entonces la DINAMA debería de haber negado la posibilidad de UPM. Eso demuestra que organismo supuestamente técnico, en realidad está siguiendo órdenes políticas, decisiones que se toman, por fuera de esos organismos. Por lo tanto a los ciudadanos no nos dan las garantías de poder confiar en, por ejemplo, lo que pueda decir la DINAMA.

Tengo otro ejemplo para contarte, que también La Kandela, estuvo involucrada, Estuvo en Tacuarembó una planta de Saman, una arrocera, que estaba en el medio de la ciudad. Producía un polvillo, que generaba una serie de problemas de respiración, sobre todo a la gente que vivía lindera a la planta y había gente que hasta incluso se mudaba del barrio por estos problemas. Un polvillo que a veces se extendía a buena parte de la ciudad. Se generó todo un movimiento para el traslado de la planta y al final después de mucha movida de la gente de Tacuarembó, con la presión social que eso generó, la desarmaron, la desmantelaron, y la armaron en una zona a varios kilómetros de la ciudad; la misma planta. Para eso tuvo que intervenir la Intendencia, Colonización, que les vendió un predio barato para la instalación de la nueva planta, una serie de organismos del estado. Lo que quiero significar es: la DINAMA nunca dijo que esto contaminaba, realizó informes y lo máximo que llegó a decir es que era incompatible la existencia de la planta con los vecinos que están pegaditos a la planta. Habló de un problema de convivencia, la palabra contaminación nunca apareció en ese informe. Lo mismo pasó con un estudio que hizo el Ministerio de Salud Pública. Ellos hicieron un estudio en el que comparaban escuelas que quedaban cerca de la planta y las que quedan lejos y ahí estudiaron a los niños para saber si tenían mayores problemas respiratorios los que iban cerca con niños que iban lejos. Según ese estudio no pudieron constatar diferencias; sin embargo, vos hablabas con la gente en el barrio y era notorio de que había más problemas respiratorios en las personas que vivían cerca de la planta. Eso lo sabíamos todos los que éramos de Tacuarembó. Ellos no detectaron ningún problema. Para la gente ni la DINAMA ni el MSP pudieron dar respuestas confiables y fue la movilización social quien determinó que el tema se

resolviera, y en 2 días se resolvió un problema que venía de años.

La experiencia nos ha enseñado que la movilización social es lo que termina generando los cambios. Operan mucho más los intereses políticos y económicos, que el interés real de cuidar a la comunidad.

La Kandela se formó a mediados de 2009. Se fueron tomando distintos temas que pensábamos eran relevantes para la gente de Tacuarembó. De distinta índole, temas sociales, como el de la cárcel de Tacuarembó, que es de las que está en peores condiciones del país. La radio fue creciendo, llegando más gente. Hasta que en un momento dado a varios productores de Tacuarembó les habían llegado cedulones de distintas empresas mineras que les decían que iban a expropiar su predio. La expropiación es algo en que no te dan la opción, sí o sí, vienen y te lo compran y estás obligado a vender. Es una zona de Tacuarembó, bastante poblada, la zona de Caraguatá. Y ahí, el tema empezó a instalarse, a salir en los medios y desde la Kandela hubo un programa en que un oyente planteó en un mensaje de texto, “tenemos que hacer algo, juntarnos, juntar firmas...” Se planteó hacer una reunión con quienes estuvieran interesados en el tema. Empezó la radio a tener otro carril de funcionamiento social, hicimos contactos con otros grupos, con otras instituciones, y se produjo una alianza bastante extraña con el que era Obispo en ese momento, Julio Bonino, a pesar de las diferencias y pudimos hacer una alianza entendiendo que había que luchar por eso, y con el apoyo de él, que era un tipo muy respetado aquí en Tacuarembó, muy honesto y muy abierto se hizo una convocatoria más amplia (gente muy variada, de distintos sectores) y ahí fue que se formó la Comisión Tacuarembó por la Vida y el Agua. En el año 2013 hicimos una convocatoria nacional, juntamos más de 300 personas de todo el país, y ese fue el punto de inicio a lo que después se dio a llamar la Asamblea Nacional Permanente. El nombre lo pasa a adoptar en la segunda reunión, creo fue en Rocha. La idea que surgió fue la de plebiscito departamental, que es un mecanismo que con el 15% del padrón electoral pueden proponer una ley para ser aprobada si se junta más del 50% de los votos. Se dio una campaña muy impresionante, superamos la cantidad de firmas requeridas en muy poco tiempo: 13.500 firmas en 8 meses. La Corte electoral nos negó la posibilidad de ir a Plebiscito, o sea,

validó las firmas, dijo que estaban bien, pero que lo que está por debajo de la tierra, y estábamos hablando de minería a cielo abierto, quien tenía jurisdicción era el gobierno nacional y no el departamental. De todas maneras, por la presión social, la Junta Departamental terminó votando un decreto prohibiendo la minería a cielo abierto y otro decreto prohibiendo el Fracking, que era un tema que también se estaba presentando en ese momento. Creo que fuimos un aporte importante como en otros lugares donde se aprobaron decretos similares como en Paysandú, en Lavalleja, que sirvieron para retrasar, la minería a cielo abierto. Después se produjo una baja del precio del hierro lo que hizo que el negocio ni siquiera fuera rentable. Terminó por no instalarse en Uruguay.

Hay planes de que la Comisión se vuelva a juntar en los primeros meses del 2019.



humanos como la supervivencia de los ecosistemas. Ecohealth investiga la relación entre todos los componentes de un ecosistema, es decir, los determinantes de la salud y las interacciones dinámicas entre ellos, para definir y evaluar los problemas prioritarios que afectan la salud de la población y la sostenibilidad de sus ecosistemas. Es capaz de reconocer la interacción dinámica entre los diferentes componentes del ecosistema y el bienestar humano y la salud.

Esta metodología se basa en seis pilares o directrices: transdisciplinariedad, pensamiento sistémico, participación social, equidad social y de género, sostenibilidad y acción. Los tres primeros pilares hacen hincapié en el proceso de estudio, mientras que los tres últimos son objetivos de los proyectos de ecosalud (Charron, 2014).

## ECOSALUD EN URUGUAY ▼

Uruguay participa en la Comunidad de Práctica del Enfoque Ecosistémico en América Latina y el Caribe (CoPEH-LAC) desde el año 2005.

La CoPEH-LAC es «un grupo transdisciplinario de investigadores de varios países de América Latina, el Caribe y Canadá para formar una Comunidad de Práctica, estableciéndose en seis centros regionales de excelencia en investigaciones e intervenciones en ecosistemas localizados en diferentes regiones: México, América Central y el Caribe, Región Andina, Brasil, Cono Sur y Canadá» (CoPEH-LAC, 2017).

El Área de Toxicología de la Facultad de Química, parte de este grupo, ha realizado talleres (2006 y 2007) y dos cursos de educación permanente sobre ecosalud (2008 y 2017). Se ha integrado el tema en los cursos curriculares del Área de Toxicología de las carreras que se dictan en la Facultad de Química (CSIC, 2010).

Se realizaron dos instancias de cursos para formación y asistencia técnica en proyectos de investigación sobre contaminantes metálicos y otros tóxicos en América Latina (Montevideo, 2010 y 2012) y jornadas de difusión en varias oportunidades. También se realizó un taller de diálogo: Integración y difusión del enfoque ecosistémico; se utilizó como ejemplo el proyecto «Evaluación a la exposición de metales tóxicos en el asentamiento Aquiles Lanza, Montevideo, Uruguay» (2014), que analizó la presencia de

cuatro metales en muestras de cabello de niños expuestos a contaminación ambiental. Además de las mediciones, se realizaron talleres y charlas informativas en los que la participación de la comunidad fue imprescindible para encontrar soluciones a sus problemas de contaminación por metales.

Los resultados de las acciones tomadas en forma transdisciplinaria para controlar y prevenir la exposición al plomo en Uruguay, como respuesta de los tomadores de decisión a través de acciones sociales, políticas, reglamentarias y de gestión de riesgo para la salud desde el 2001 hasta ahora (Mañay et al., 2008:93), son ejemplos de los logros posibles cuando se aplica este enfoque.

El curso de educación permanente de 2017 tuvo como objetivos la promoción y difusión del enfoque de ecosalud en Uruguay y el intercambio de ideas y experiencias sobre esta metodología de investigación, sus beneficios y las dificultades que conlleva. Este curso logró fortalecer las redes de colaboración entre grupos de investigación en Uruguay, y culminó con la formación en 2018 de una comunidad de práctica en el país a través de un proyecto aprobado por la Comisión del Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República.

## BIBLIOGRAFÍA

Charron, D. F. (2014). «Ecohealth: origins and approach». En: Charron, D. F. (ed.). *Ecohealth Research in Practice* (pp. 29-67). Ottawa, Madrid, Ciudad de México: Ediciones Plaza y Valdez – IDRC (CRDI).

CSIC (Comisión Sectorial de Investigación Científica) (2010). *Ecosalud*, n.o 797725.

Mañay, N.; Cousillas, A. Z.; Álvarez, C. y Heller, T. (2008). «Lead contamination in Uruguay: The La Teja neighborhood case». En: Whitacre, D. M. (ed.). *Reviews of Environmental Contamination and Toxicology*, 195, 93-115. Summerfield (Carolina del Norte): Springer. Disponible en: <http://www.azcousillas.com/PAGINA/pdf/Lead%20Contamination%20in%20Uruguay.pdf>.