

La otra cara del SIS frontera: Prácticas y representaciones de los gestores de Salud Misioneros sobre el Derecho a la Salud en el Mercosur

Nora Margarita Jacquier¹
Luisa dos Santos²
Liliana Wolhein³
Ruth Martínez⁴
Elba Rios⁵

***Resumo:** Este trabajo tiene el objetivo de compartir reflexiones sobre el modo de abordar la investigación social en salud realizada por un equipo de investigadores – actualmente enfermeros y médico, expertos en salud pública - de la UNaM y a la vez generar una provocación que permita la puesta en escena de modos de indagar y producir conocimiento, sobre las prácticas y representaciones de gestores en relación al derecho a la salud. Consideramos insuficiente la mirada positivista, cuantitativa, biomédica para comprender el fenómeno de salud estudiado. Sólo parándonos frente a la realidad de modo crítico podemos reconocernos como sujetos capaces de construir conocimiento y transformadores de realidades posibles...*

***Palabras clave:** Derecho a la salud; Salud de Frontera; Salud Pública; Pensamiento crítico.*

¹ Magíster en Salud Pública, Profesor Titular de la Cátedra Enfermería Comunitaria. Institución: Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Exactas Químicas y Naturales. Universidad Nacional de Misiones - UNaM- Argentina.

² Magíster en Salud Pública, Profesor titular de la Cátedra Enfermería en el Cuidado del Adulto y del Anciano- EE – UnaM.

³ Licenciada en Enfermería. Ayudante de Primera de la Cátedra Enfermería Comunitaria.

⁴ Licenciada en Enfermería. Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra Enfermería Comunitaria

⁵ Licenciada en Enfermería. Jefa de Trabajos Prácticos de la Cátedra Enfermería en el Cuidado del Adulto y del Anciano

A modo Introductorio

Este trabajo tiene el objetivo de compartir reflexiones sobre el modo de abordar la investigación social en salud realizada por un equipo de investigadores – actualmente enfermeros y médico, expertos en salud pública - de la UNaM y a la vez generar una provocación que permita la puesta en escena de modos de indagar y producir conocimiento, sobre las prácticas y representaciones de gestores en relación al derecho a la salud.

A partir de la concepción de la salud, como un proceso social, se aumentó la tendencia a investigar cualitativamente en el campo sanitario, intentando profundizar la comprensión del fenómeno de la salud. Sin embargo, a pesar de los grandes esfuerzos encaminados en ese sentido, el equipo de salud – no siendo científicos sociales- *se apropió y resignificó* técnicas de investigación cualitativa, obteniendo en general infructuosos resultados, es decir, sin haber logrado captar la complejidad del fenómeno en estudio (Menéndez, 2001). Por otra parte, la ausencia de pensamiento epistémico en la construcción del fenómeno en estudio, impide ver como el investigador se ha colocado frente a las circunstancias, es decir, “*frente a las realidades políticas, económicas, culturales*” e ideológicas del proceso de construcción del conocimiento y comprobación de “*desfase*” de la realidad (Zemelman, 2005).

En este trabajo reflexionamos desde la perspectiva del pensamiento crítico propuesta por el Dr. Hugo Zemelman (Zemelman, 1997, 2005 y 2007) sobre nuestra propia praxis de investigación cualitativa, la cual va emergiendo a lo largo de la trama textual, dando sentido a lo teórico- epistémico- metodológico trabajado durante el proyecto de investigación actual⁶, y resignificando varios años de experiencia investigativa.

⁶ **Programa de investigación:** A Implementação Do Programa SIS FRONTEIRAS E Do Pacto Pela Saúde – Perspectivas para A Ampliação Do Direito À Saúde Aos Usuários Estrangeiros Na Fronteira Arco Sul – **Edital MCT/CNPq 14/2009** - Directora: Vera Maria Ribeiro Nogueira - **Projecto**

En esta autocrítica, nos sentimos reflejadas en lo que Menéndez señala que, el investigador no siempre describe el modo en que fue realizado “*el trabajo de campo*”, ni tampoco el “*trabajo de análisis o de interpretación,*”, motivo por el cual el lector no puede examinar en ellas “*la relación entre las propuestas de densidad fenomenológica, las técnicas utilizadas y la información producida*” (Menéndez, 2001).

En este contexto damos sentido, al reconocimiento de otro condicionante no menor como investigadores sanitarios, del Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico – CIDET- de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la Universidad Nacional de Misiones, institución de la cual depende la Escuela de Enfermería en la que trabajamos. Consideramos insuficiente la mirada positivista, cuantitativa, biomédica para comprender el fenómeno de salud estudiado. – Entendemos que, tan solo la explicitación del “*discurso predicativo*” o *pensamiento teórico* y la ausencia de episteme imposibilita ver como nos posicionamos frente a las circunstancias. (Zemelman, 2005), en este caso, además de lo planteado, siendo argentinos y evaluando la implementación del SIS frontera.

Como indagamos la salud

El trabajo se configura sobre la base del pensamiento epistémico en el marco del paradigma criticista para realizar el análisis crítico, por lo que nos planteamos interrogantes, tales como: *¿quién escribió el proyecto?, ¿en qué contexto socio-histórico y cultural fue elaborado el proyecto?, ¿qué tema/s aborda?, ¿mirar la salud de frontera de Argentina desde los gestores lejos de la línea divisoria del país?, ¿a partir de este*

De Investigación UNaM: IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE SALUD DE FRONTERA Y PACTO POR LA SALUD EN MISIONES, ARGENTINA- PERSPECTIVA PARA LA AMPLIACION DEL DERECHO A LA SALUD DE LOS USUÁRIOS EXTRANJEROS EN LA FRONTERA ARCO SUR- Código CIDET 16Q442

trabajo, qué nueva información hemos obtenido y que resignificaciones podemos hacer de nuestra praxis de investigación cualitativa?

Entre los programas relacionados a la atención de la salud en áreas fronterizas, desde la perspectiva del derecho a la salud, está el Programa del Sistema Integral de Salud de Frontera -SIS frontera-. Este programa no es argentino, es un invento brasileño y como tal está impregnado de ideologías que cristalizan concepciones del proceso salud-enfermedad- atención en un sentido amplio, coherentes con el sistema de pensamiento del país en el cual fue creado. También el espíritu del proyecto de investigación tiene identidad brasileña, debido a quienes lo concibieron. Lo expuesto precedentemente permite problematizar la situación de “lo ocurrido en la trastienda” del proceso investigativo a nivel regional, es decir en el proyecto macro. Ese cuestionamiento inicial, hoy día lo consideramos clave, lo realizamos gracias al aporte de la perspectiva crítica, analizando el lugar que ocupamos en el mundo, descubriendo nuestra posición en el plano de la realidad estudiada, en la que el investigador social no esta fuera de escena. Siendo, que, nuestro equipo de investigación evalúa no solo, a través de un proyecto concebido en otro contexto, sino también a un programa -el SIS frontera-, desde afuera de la realidad socio-cultural-político-económico en la que fue creado, consideramos que estos aspectos no invalidan el trabajo pero que si deben ser explicitados. De este modo, se va desentrañando la complejidad de un fenómeno denso a ser observado, como es el derecho a la salud, que puede ser gradualmente estudiado vislumbrando con mayor claridad otras facetas del mismo.

El presente trabajo es parte del proyecto de la UNaM ya citado –Código 16Q442-. El mismo se enmarca en la metodología cualitativa aplicando dos técnicas. La primera, entrevista en profundidad a un funcionario del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones, en su ámbito laboral, la selección del informante fue por conveniencia, de acuerdo a criterios consensuados por el equipo de investigación. Por

razones éticas, se preserva el nombre y cargo jerárquico del informante, en resguardo de la identidad y confidencialidad del mismo. La segunda es análisis discursivo sobre un artículo periodístico referente a la política sanitaria de la región.

El Derecho Humano en salud tiene igual significado para todos

El Programa Integral del Sistema de Salud Fronteras - SIS Fronteras es unos dispositivos gubernamentales en materia de protección de la salud para las regiones fronterizas de Brasil que tiene un componente económico fundamental, tendiente a garantizar valores centrales de la APS – la equidad y solidaridad. El SIS frontera refuerza financieramente al municipio que brinda atención sanitaria a usuarios extranjeros. Por lo tanto, su implementación genera modificaciones en las normativas del Sistema Único de Salud a nivel local en aspectos ético-políticos e institucionales que son monitoreadas para garantizar el derecho en salud de la gente que vive a uno u otro lado de la línea de frontera, independientemente del grupo étnico al que pertenece.

Recordemos que, los derechos humanos –DH- se establecen en 1948, en el campo jurídico internacional en respuestas a las crueldades cometidas durante la II guerra mundial. Como categoría conceptual universal guían importantes decisiones políticas sobre la humanidad, que en el campo sanitario modifica la perspectiva de formación del recurso humano en salud, y de la organización de los servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud –OMS- en el año 2008 renueva la estrategia de Atención Primaria de la Salud –APS- que se sustenta en ese enfoque, al cual adscribe Argentina como país miembro. Los países implementan la estrategia de diversos modos teniendo en cuenta las particularidades culturales y financieras, entre otras. Aunque, esta diferencia es fundamentalmente por la interpretación que los gobiernos hacen

de ella de acuerdo a sus valores, como sociedad. Mientras que, en los niveles operativos se encarnan en el *pensar* y en el *hacer* de los actores sociales del equipo de salud, de las más variadas formas en comportamientos concretos. Esto se dejar ver en la entrevista realizado a un gestor de salud del nivel provincial de Misiones, quién expresa:

“en el Ministerio de Salud Pública –MSP- provincial no hay ningún área de salud de frontera –SF- , porque todo lo referente a salud de frontera es de Jurisdicción Nacional. Las reglamentaciones de salud de frontera se firman entre los países a nivel nacional, allá en Buenos Aires y se puentea la jurisdicción provincial. Solo hay acciones espasmódicas frente a epidemias, como ocurrió con el SARS, fue el que mas movió a la gente en el tema de salud de fronteras, pero después paso...”

Esta cristalización de la política de salud de frontera en Argentina, refleja aspectos políticos que configuran al sistema de salud oficial de nuestro país. Entendiendo que, una **“nación” es un “proyecto político”** (Bartolomé, 1987) y como tal, tiende a organizar y **homogeneizar** a la sociedad de dicho país hacia el interior de sus fronteras, Argentina es un país con una estructura federal. En consecuencia todas las acciones están diseñadas dentro de la jurisdicción político-administrativa organizada en ese sentido, como es el caso del sistema de salud. En la Argentina el sector salud está dividido en tres subsectores: a) el subsector públicos, que a su vez, puede ser de nivel nacional, provincial o municipal, b) subsector de las obras sociales y c) subsector privado, un sistema que se caracteriza por ser altamente fragmentado y segmentado.

Se deja entrever, la representación que el gestor provincial, tiene sobre un principio de APS omitido que nos interesa remarcar, como ser: *“respuesta a las necesidades de salud de las personas”*. Las necesidades de salud de la gente que vive en la zona de frontera tienen que ver con la vida cotidiana,

los procesos de salud en relación al ciclo vital y no únicamente con aquellos eventos esporádicos que se presentan en un lugar y tiempo determinado, como las epidemias o los desastres naturales.

Esta mirada refuerza, la perspectiva de que salud de frontera tiene importancia en la medida en que afecta el intercambio comercial, nos recuerda un hecho geopolítico trascendente que constituyó la epidemia de fiebre amarilla en el continente entre 1871 y 1906, dando lugar a un *“nuevo modelo de relaciones internacionales del que la salud pública forma parte (...)coincidentalmente con el momento de la creación de las naciones latinoamericanas que debían cumplir determinadas “pautas convenientes para la seguridad y el comercio internacional”*(Sacchetti, 2007)

Si es que, el SIS frontera mejora la universalidad de la atención de salud para argentinos que viven en la línea de frontera, porque lo gestores de salud argentino no lo visualizan, o no lo tienen en cuenta?

En la Triple Frontera hay un fundación del GT Itaipu - que financia proyectos de investigación, los brasileros son operativos, actúan, en cambio nosotros no aprovechamos las oportunidades. Siempre nos invitan a las reuniones internacionales, en general, la gente de argentina va para la fiesta, dado que ellos son muy buenos anfitriones.

Sabemos que el MERCOSUR se crea bajo las reglas de juego del mercado con la finalidad de una integración regional, en la cual la salud no es una mercancía en juego. Pero, las personas que viven en esos espacios requieren de cuidados sanitarios para el mantenimiento de la vida y no solo atacar la enfermedad, personificados en vectores que pueden ser fumigados. Sin embargo, en la Triple Frontera –Puerto Iguazú-Foz de Iguazú- Ciudad del Este esta temática es prioritaria en la política de integración sanitaria en la región, según actores

locales este trabajo lo realiza desarticuladamente el equipo de salud municipal, el equipo de salud provincial, gestores municipales y también, funcionarios de la nación responsables de programas verticales para el control de vectores. Las relaciones de integración e intereses son heterogéneas, contrariamente a lo anterior en conceptos recuperados, en una entrevista realizada a un gestor municipal de Bernardo de Irigoyen, manifestó, que en el municipio trabajaron mucho para la campaña de prevención del dengue a través de programas para el descacharrado y fumigación selectiva, pero *“a los brasileros solo le interesa la prevención de los accidentes de tránsito”* (Jacquier et. al, 2009). Podemos ver que, para algunos, las acciones sanitarias en salud de fronteras van más allá del dengue.

En otra parte de la entrevista el citado funcionario de nivel provincial nos comentaba:

Argentina esta 15 años para atrás en temas del MERCOSUR”, Siempre nos invitan a las reuniones, cuando asistía sentía vergüenza ajena”, generalmente hay acuerdos que son muy declamativos, pero después la rigidez de los países, especialmente de Argentina, que es muy burocrática hace que se va diluyendo, por ejemplo, no permite el intercambio de información epidemiológica a nivel local, como el sarampión, o el dengue. Recuerda que en ocasión de brote de sarampión comunico informalmente por teléfono con la autoridad sanitaria de Encarnación, pero la comunicación escrita debe manejarse por cancillería y eso enlentece, puede pasar un mes hasta enterarse de la situación epidemiológica, como más rápido una semana.

Los procesos de integración para la ampliación del derecho a la salud y no solo para la enfermedad, pueden tener primero un giro conceptual (sobre los datos socio-epidemiológicos y demográficos), para luego actuarlos, fortaleciendo los factores protectores de salud, como ser además en el plano maternoinfantil, el control prenatal y la atención del

parto seguro, el control del niño sano. La atención integral de la mujer embarazada y el niño es una preocupación compartida por usuarios del servicio de salud provincial y pobladores de la localidad de Irigoyen, sin embargo, esta ausente en el discurso de los gestores como problemática regional. Aunque la tasa de morbi-mortalidad materna es uno de los más elevados de la provincia y el país.

En consonancia con el enfoque reflejado por el pensamiento y la acción de la Argentina en cuestiones de salud de fronteras, hasta aquí planteada, recientemente aparece en escena el INMeT – el instituto de Medicina Tropical que funcionará en Puerto Iguazú, abocado a la investigación, formación de recurso humano y asistencia de enfermedades infectocontagiosas, introduciendo además una mirada social importante, dado que se ocupa de las enfermedades “*desatendidas*” e invirtiendo recursos en problemas de salud poco visibilizados. La presidenta de la nación Argentina Cristina Fernández anunció en un acto realizado en la Academia Nacional de Medicina en la ciudad de Buenos Aires la creación del Instituto dependiente de la cartera sanitaria nacional, organismo que coordinará la planificación y desarrollo de las estrategias de prevención y control de las enfermedades tropicales y subtropicales. La revisión de información periodística digital refuerza un comportamiento característico de la centralidad política de Argentina. La organización política administrativa del estado argentino fuertemente centralizado es una variable históricamente determinante de la nación argentina, con Políticas de desarrollo para la frontera diferente al Brasil. La salud en ese contexto político corre con igual suerte-

La política de salud puede ser entendida como una política social que esta sujeta a múltiples determinantes, a veces contradictorios. Aunque, es esperable que toda política de salud tienda a la mejora de las condiciones sanitarias de una población, algunas responden a otros intereses. En este sentido, *considerar la política en salud como política social implica asumir que la salud es un derecho inherente a la condición de ciudadanía con*

plena participación en la sociedad política. (FLEURY S, et al., 2009)

El protagonista que falta

Cuando partimos de la idea de que una nación es una comunidad homogénea imaginada, es que estamos reconociendo las heterogeneidades de sus habitantes. Por lo tanto, una función importante de la sociedad es “*el descubrimiento de las necesidades*” de los diferentes grupos que la componen, “*de los medios para subsanarla*”, así como “*la provisión organizada de éstos*” (Hegel en Mazzáfero, 1999:929). En un trabajo previo de investigación⁷ sobre la institucionalidad de los sistemas municipales de salud, ya evidenciamos la ausencia de mecanismos activos de participación social generados a partir de los programas los municipales de descentralización sanitaria basados en enfoque de APS, Aunque, se inscribe en la legislación provincial y nacional, sus resultados son lejanos al horizonte deseable, dado que es otro principio de la APS renovada, pero no se implantó en los centros de APS. Como se puede observar en el gráfico 2, el modelo de gestión sanitaria institucionalizado a partir de la Ley n° 4.388 en Misiones, que promueve e impulsa la participación de la social. El sector social como estructura orgánica en Argentina se separa del sector salud con la creación de un ministerio para esa área específica en el año 1999, creando el Ministerio de Desarrollo Social, durante el gobierno de De la Rúa, proceso similar ocurrido en los otros países latinoamericanos.

Según Ramirez Hita abordar teórico metodológicamente un sujeto social despegado de la cultura permite descubrir “*un sujeto constructor de cultura y no simplemente reproductor de la misma.*” (...) entonces la cultura ya no es vista “*como un*

⁷ Proyecto de investigación FRONTERA MERCOSUR: la institucionalidad de los sistemas municipales de salud y el derecho a la salud. CIDET- 16Q370 UNaM, con la UFSC registrado y con apoyo financiero de CNPq Brasil

sistema” sino algo transformable por un sujeto con *intencionalidad* de elección y cambio en interacción con su *grupo étnico*. Ramirez Hita, 2007).

La estructura sanitaria argentina superfragmentada que escasamente trabaja en red, por lo que el aumento del PBI, queda en determinados clusters de población al igual que la atención sanitaria de calidad aceptable y optima. Siendo para la población pobre, alejada un problema vigente. Dado que la pobreza es un problema social asociado a la globalización, proceso del que forma parte el MERCOSUR, es necesario “*analizar en que espacios el Estado pierde el control*” Béliveau, 2010:49 que desarrolla mecanismos compensatorios de integración y cohesión social (protección social legal y asistencial para regular las condiciones de los trabajadores y sufrimientos ocasionados por la miseria), instrumento de reproducción eficaz y necesario de la fuerza de trabajo para la expansión del capitalismo. En ella hay desigualdad socioeconómica, que a través de movimientos sociales y de lucha obrera sindical dieron lugar a derechos sociales sustentado en ideas igualitarias de ciudadanía. En consecuencia, la cuestión social emerge tras el reconocimiento político de la pobreza y precariedad de las condiciones de los trabajadores urbanos en sociedades capitalistas (FLEURY S, et al., 2009)

El precursor en materia de protección social fue el canciller alemán Otto von Bismarck con la creación del seguro de enfermedad en 1883. Al principio este seguro era solo para trabajadores industriales, pero que luego gradualmente se amplió la cobertura a accidentes laborales, jubilaciones, vejez, invalidez, etc. El modelo de salud socio-ecológico es el que incorpora las actividades relacionadas a la salud como parte de las políticas sociales. En contraposición al médico hegemónico que toma al sujeto desde un enfoque individual y con predominio de los aspectos orgánicos. (Jover Ibarra, 2006) Por eso, una cuestión importante, para considerar a la salud desde un enfoque integral es la protección social. Se entienda a la protección social como a:

Todas las intervenciones de entes públicos y privados que buscan aliviar los hogares y a los individuos de la carga que significa un conjunto de riesgos y necesidades, donde no está presente ni una reciprocidad simultanea ni un acuerdo individual.(OIT, 2005:21)

Esta definición es la adoptada por Argentina, como base para el desarrollado de programas específicos. En cambio en los países desarrollados, las áreas de riesgos y necesidades que la protección social incluye generalmente son: a) salud, b) discapacidad, c) accidentes en el trabajo y enfermedades profesionales, d) vejez, invalidez y sobrevivencia, e) familia e hijos, f) protección contra el desempleo y mercado laboral, g) vivienda y saneamiento y h) exclusión social no clasificada en ninguna de las anteriores. En los países en vías de desarrollo, como los latinoamericanos además, se incluyen las áreas de educación básica y la de alimentación específicos y de nutrición.

Para Mazzáfero, los principios de la seguridad social son cinco: 1- Solidaridad: se crea en la noción de que es necesario el apoyo mancomunado del cuerpo social. 2- Universalidad: se refiere al derecho que toda persona posee como parte de la sociedad, de estar protegida en la salud, lo social, económico y cultural (Artículos 22 y 25 Declaración Universal de los Derechos Humanos. 3- Integralidad: aspira a dar cobertura ante cualquier contingencia en la vida, incluyendo la espiritualidad, como también la protección a la infancia y la maternidad.4- Unidad de gestión e intermediación: la ayuda debe llegar al beneficiario directo en el momento oportuno, de acuerdo a las posibilidades de cada país. 5- Igualdad: las personas en circunstancias iguales deben recibir ayuda o prestación igual. Finalmente podemos decir que, es la obligación del estado a través de la red de servicios de salud públicos y privados de garantizar el derecho a la salud y la protección social de la población. No obstante, las trayectorias de las personas en la búsqueda de salud se convierten en un intrincado laberinto, que todos los ciudadanos pueden y o necesitan

transitar y no sabe cómo. El equipo de salud para ayudar a satisfacer las necesidades de las personas y familias deben entender la complejidad del sistema en el que esta inmerso y que la salud de la población se construye en diferentes espacios sociales de uno y otro lado de la frontera, en la cual cada uno de los sectores de la sociedad de acuerdo a su naturaleza aportan a la salud y a la calidad de vida de la comunidad. En Argentina y en la provincia existen numerosos programas de protección social en salud y en general, como por ejemplo, el Subsidio Universal a la Infancia, para discapacidad, problemas crónicos de salud, lo económico es importante pero no suficiente para afrontar la salud holística en la región.

Retomando, la salud materno-infantil, que desde la perspectiva del cuidado integral de salud requiere de servicios de calidad cerca donde vive la gente, pero tiene sus limitantes justificada en la optimización de recursos (sangre segura, neonatólogo, anesthesiólogo etc) cuando la densidad poblacional es baja como las localidades misioneras del margen del río Uruguay, Argentina. En ese caso, nos preguntamos si el argumento económico tan fuerte y determinante para impedir el derecho a la salud de los extranjeros- si es así – porque el instrumento del SIS frontera no ha logrado resolverlo? Hay otros aspectos no obvios puesto en juego para privar la atención de los extranjeros en el Brasil?

El protagonista que faltaba

En medida en que avanzamos en la crítica reflexiva sobre el pensamiento teórico-epistémico y marcos metodológicos de los cuales nos apropiamos para realizar investigación cualitativa en relación al proceso salud-enfermedad-atención, nos hace cuestionar la rigurosidad científica de las investigaciones

cualitativas desplegadas en lo largo de estos años, algunas de las cuales se sustentaron en meras técnicas, sin embargo, ahora nosotros como investigadores entramos en escena, aun tíbiamente para lo que en Brasil el movimiento sanitarista lidero importantes cambios en la Salud Pública.

Otra idea, que encarna al paradigma crítico es un método de aproximación, *“el método etnográfico es poder dar cuenta de las articulaciones que se dan entre las representaciones y las prácticas.* (Ramirez Hita, 2009:66). Evidencia características importantes de la investigación social señaladas por Zemelman, la cual hace referencia, por un lado al despliegue temporal, y por otro, a la subjetividad del sujeto social. Considerando, que hay una brecha entre lo que, *los sujetos sociales dicen hacer y lo que efectivamente hacen.* (Ramirez Hita, 2009:66). En ciencias sociales, la división del trabajo, separó en quién recolecta de datos, de quién los analiza. Es decir, separa a quien llevan a cabo los actos cognitivos de *mirar y escuchar*, del quién escribe (Cardozo, 1996). Compartimos con Ramirez que *“la complejidad de la realidad sanitaria no puede ser abordada en exclusividad a través de datos numéricos, en especial “los aspectos económicos, políticos, ideológicos y socioculturales” no pueden ser solo cuantificables.* (Ramirez Hita, 2009:64). Sino que estos últimos deben dar sentido a través de abordajes en profundidad. El sujeto social –investigador/investigado- debe ser estudiado a partir de sus *mecanismos constitutivos de la subjetividad* (Zemelman, 1997). Además, las realidades histórico-culturales ser contextualizadas a nivel local con los espacios de sentido desde la cotidianeidad de lo micro-social articulando con los acontecimientos macro-social. Zemelman propone que el investigador debe esforzarse en demarcar un *recorte de observación que permita captar la realidad como articulación de niveles heterogéneos, circunstancia que configura la situación de objetivación del sujeto”* (Zemelman, 1997:98). Parándonos frente la realidad de modo crítico para reconocernos como sujetos como constructores del conocimiento y transformadores de realidades posibles, es decir, no siendo

mero difusores del conocimiento ya creado por otros en contextos geográfico, políticos, ideológicos y temporales distantes del investigador. El problema no radica en que use ese saber acumulado creado por otros y en otras realidades, el problema radica en que ese conocimiento previo no sea problematizado.

Referências

BÉLIVEAU V. **Movilidades y escalas de la acción política.** Políticos y funcionarios piensan en MERCOSUR desde la frontera en La Triple Frontera. Dinámicas culturales y procesos transnacionales. Montenegro S y Béliveau V compiladoras. Espacio Editorial. 2010

CARDOZO DE OLIVEIRA, R. El trabajo del Antropólogo: el mirar, escuchar y escribir. **Revista de Antropología.** 39:1. San Paulo 1996. Versión traducida Paula Godoy.

DIAZ J. y MOULINES C. U. **Fundamentos de la filosofía de la ciencia.** Ed Bellaterra. 1997:99

HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. **Etnografía:** métodos de investigación. Barcelona, Paidós, 1994.

JACQUIER, N., et al, 2010. **Coloquio Panamericano de Enfermería-** Florianópolis, 2010

MAZZAFERO V. **Medicina y salud pública.** Buenos Aires, Eudeba, 1999. Pág. 32-33

MENÉNDEZ, E. Técnicas cualitativas, problematización de la realidad y mercado de saberes. En: **Cuadernos de Antropología Social.** Nº 13. Universidad de Buenos Aires. 2001.

Organización Panamericana de la Salud – Argentina -
<http://new.paho.org/arg> - March, 2011, 21:47

RAMÍREZ HITTA, S. **Entre calles estrechas**. Gitanos: prácticas y saberes médicos. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2007.

- La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colectiva. 2009;5(1):63-85.

SACCHETTI L y ROVERE M. **La salud pública en las relaciones internacionales**: cañones, mercancías y mosquitos. Buenos Aires, El Agora, 2007

ZEMELMAN, H. **Uso crítico de la teoría**: en torno a las funciones analíticas de la totalidad. Instituto Politécnico Nacional. México (1987), 2009.

_____ **Problemas antropológicos y utópicos del conocimiento**. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos. México, 1997.

_____ **Conocimiento y sujetos sociales**. Contribución al estudio del presente. E l Colegio de México, Centro de Estudios sociológicos. México, 1997.

_____ **Voluntad de conocer**. El sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico. Anthropos Editorial. Barcelona, 2005.

“La Presidenta pone en marcha el Instituto de Medicina Tropical”- Argentina EAN Portal de Noticias
http://www.argentina.ar/_es/pais/C6554-la-presidenta-pone-en-marcha-el-instituto-de-medicina-tropical.php acceso - 16-03--2011

Recebido em 13/08/2010 e
aceito em 22/10/2010

Title: *The other side of the SIS border: Practices and representations of Missionary Health Managers on the Right to Health in Mercosul*

Abstract: *This paper aims at sharing insights on how to address social health research carried out by a team of researchers - currently nurses and doctors, who are public health experts - from UNaM while generating a provocation that motivates the discussion of ways to question and produce knowledge about the practices and representations of managers in relation to the right to health. We consider insufficient the positivist, quantitative biomedical look to understand the health phenomenon studied. Only by facing reality critically can we recognize ourselves as subjects capable of building knowledge and transforming possible realities.*

Key words: *Right to health; Border Health; Public Health; Critical thinking.*

