



Anuário Antropológico
v.50 | 2025

Cuando el doctor lloró. Los duelos olvidados del sistema de salud

When the doctor cried. Forgotten griefs of the health system

Cristina Fontes



Edição eletrônica

URL: <http://journals.openedition.org/aa/15164>

DOI: 10.4000/1556m

ISSN: 2357-738X

Editora

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (UnB)

Referência eletrônica

Cristina Fontes, «Cuando el doctor lloró. Los duelos olvidados del sistema de salud», *Anuário Antropológico* [Online], v.50 | 2025, e-1556m. URL: <http://journals.openedition.org/aa/15164> ; DOI: <https://doi.org/10.4000/1556m>



Atribuição 4.0 Internacional

Cuando el doctor lloró. Los duelos olvidados del sistema de salud

When the doctor cried. Forgotten griefs of the health system

DOI: <https://doi.org/10.4000/1556m>

Cristina Fontes

Universidad de Buenos Aires, Instituto de Ciencias Antropológicas, Sección Etnología,

Buenos Aires, Argentina

ORCID: 0000-0001-8894-6578

A pesar del contacto diario con enfermedades graves y pronósticos de vida inciertos, la muerte suele ser un tema tabú entre los profesionales de la salud, quienes se consideran los máximos defensores de la vida. El objetivo de este artículo es investigar las experiencias subjetivas de los profesionales de la salud del departamento de Humahuaca (provincia de Jujuy, Argentina) respecto al fallecimiento de sus pacientes, a partir de las narrativas con las que intentan comunicar dichas experiencias. Para ello, se parte de una perspectiva fenomenológica existencial anclada en la antropología de la experiencia. En este sentido, el trabajo considera la dimensión intersubjetiva de la etnografía y analiza exhaustivamente la experiencia tanto del etnógrafo como de sus interlocutores, considerando la influencia de las estructuras que median estas experiencias. En conclusión, se puede afirmar que los profesionales experimentan la muerte de un paciente como una pérdida que, como en todo proceso de duelo, deben comprender y negociar internamente. Esto da lugar a una serie de transformaciones mediante las cuales buscan recuperarse de esta difícil experiencia para poder continuar trabajando.

Antropología de la salud; Relación médico-paciente Muerte; Intersubjetividad; Fenomenología

Despite the daily contact with serious conditions and uncertain life prognoses, death is usually a taboo topic among health professionals who see themselves as maximum defenders of life. The objective of this article is to investigate the subjective experiences of health professionals in the department of Humahuaca (province of Jujuy, Argentina) in relation to the death of their patients, based on the narratives with which they try to communicate them. The analysis will be made from an existential phenomenological perspective anchored in the anthropology of experience. In this sense, the work takes into account the intersubjective dimension of ethnography and makes a thorough approach to the experience of both the ethnographer and his interlocutors, considering the influence of the structures that mediate these experiences. In conclusion, it can be said that professionals experience the patient's death as a loss which, as in all grief, must be understood and negotiated internally. This gives rise to a set of transformations with which they seek to recover from that difficult experience in order to continue working.

Medical Anthropology; Doctor-patient relationship; Death; Intersubjectivity; Phenomenology



sunt lacrimae rerum et mentem mortalia tangunt
Lágrimas hay por nuestras cosas, y algunos
que ante la muerte y el dolor se inmutan¹.

Virgilio (*La Eneida*, Libro I, v. 462)

1 Traducción de Aurelio Espinosa Pólit. 1961. Virgilio en verso castellano. Bucólicas. Geórgicas. Eneida. México, D.F.: Editorial Jus, S.A.

Introducción

Con excepción de aquellos que se dedican a los cuidados paliativos, la muerte suele ser un tema tabú entre la mayoría de los profesionales de la salud, quienes se ven a sí mismos como los defensores máximos de la vida. Durante el proceso de formación, entrenamiento y socialización en la profesión, se les impone el rol de aquel que tiene el poder de “salvar” a la persona enferma. Este rol es prontamente asumido y luego reforzado por la sociedad y por los mismos pacientes, quienes desean creer en las capacidades del profesional para rescatarlos de un desenlace fatal. Como parte de ese proceso, los profesionales también aprenden de un modo casi axiomático que, para seguir siendo eficientes en su trabajo, no deben experimentar pena, tristeza, enojo o ansiedad, ni deprimirse ante la muerte de un paciente. Sin embargo, la experiencia de esa muerte es capaz de desarmar todos estos mandatos y dejar en evidencia las vulnerabilidades que sienten ante esta situación tan difícil. Se trata de un momento crítico de gran peso existencial en el que estos profesionales ponen en juego un conjunto de comportamientos con los que intentan afrontar esa muerte, ya sea para informar y contener a los familiares, como para seguir trabajando y atender a la próxima persona que necesite de su ayuda.

En la literatura especializada en la zona andina del noroeste de Argentina, el estudio de la muerte y del morir fue abordado por diversos autores quienes pusieron el foco principalmente en sus aspectos simbólicos y religiosos (Vilca 2009, 2012, 2015, 2016; Martínez 2011, 2013a, 2013b, 2014a, 2014b; Krmpotic y Vargas 2018; Arrueta 2020). Por su parte, desde una perspectiva basada en la antropología médica crítica, otros investigadores estudiaron los múltiples factores — sociales, culturales, políticos, económicos — que intervienen en los procesos de salud-enfermedad-atención y, en su gran mayoría, centraron su análisis en las narrativas de los pacientes y su relación con el sistema público de salud (Drovetta 2009, 2010, 2011, 2012, 2014, 2016; Martínez 2013c, 2016, 2018, 2022; Aljanati *et al.* 2020; Fernández, Arrueta y Peralta 2021). Sin embargo, no existen para esta zona estudios — ya sea provenientes de la antropología de la salud, de la antropología de la muerte o del ámbito mismo de la medicina — que examinen qué pasa cuando esa muerte ocurre dentro de dicho sistema y que recuperen las experiencias de los profesionales que allí trabajan respecto a un evento tan dramático.

Considerando esto, el objetivo de este artículo es indagar en las experiencias subjetivas de los profesionales de la salud del departamento de Humahuaca (provincia de Jujuy, Argentina) en relación con la muerte de sus pacientes, a partir de las narrativas con las que intentan comunicarlas. Pondré el foco en cómo los médicos, enfermeros y agentes sanitarios experimentan la disrupción que esa



muerte ocasiona en su vida tanto personal como profesional y cómo sobrellevan esa situación. Para ello, partiré desde una perspectiva fenomenológica existencial anclada en la antropología de la experiencia (Turner 1982, 1985; Turner y Bruner 1986; Jackson 1989, 1996, 1998), entendiendo que dicha experiencia no solo está constituida por un conjunto de datos sensoriales o conocimientos, sino que implica la existencia de un sujeto activo que, además de participar en la acción, le da forma y reflexiona sobre esta.

A nivel metodológico, el artículo toma en cuenta la dimensión intersubjetiva de la etnografía y busca hacer un acercamiento minucioso a la experiencia tanto del etnógrafo como de sus interlocutores (Jackson 1989, 1996, 1998; Stoller 1987, 2009; Wright 1994, 2008, 2022). En este sentido, mi doble formación como médica y antropóloga me dio algunas ventajas. Por un lado, el ser médica me permitió estar presente en ciertos ámbitos del hospital que suelen ser de difícil acceso para los antropólogos, como puede ser el interior de la sala de guardia. Asimismo, mi propia experiencia profesional y mi conocimiento de las rutinas, los procedimientos y los tiempos de los centros de salud y hospitales públicos me permitieron compartir un mismo horizonte de sentidos con mis entrevistados y ajustar mis preguntas hacia situaciones que yo misma había vivido como particularmente difíciles. Por otro lado, mi formación como antropóloga me permitió desnaturalizar las múltiples dimensiones del trabajo habitual que hacemos los profesionales de la salud, analizarlas en relación al contexto cultural, social y político en el que ese trabajo se lleva a cabo y cuestionar lo que usualmente es invisible — tanto para los mismos profesionales como para los pacientes — para hacerlo visible.

El trabajo etnográfico siguió los lineamientos de la investigación cualitativa. Entre los años 2015 y 2023 realicé observación participante en los puestos de salud rurales de Ocumazo, Iturbe, Chaupi Rodeo y Uquía, en diversos Centros de Integración Comunitaria (C.I.C) urbanos y en el Hospital General Manuel Belgrano de la ciudad de Humahuaca. Acompañé a los agentes sanitarios en sus rondas² y llevé a cabo entrevistas abiertas, en profundidad y en múltiples sesiones a médicos de diferentes especialidades, enfermeros y agentes sanitarios que deben atender urgencias médicas, ya sea porque trabajan en la guardia del hospital o en el área de Atención Primaria de la Salud. Todos los entrevistados eran oriundos de la zona y llevaban varios de servicio dentro del sistema público de salud. Es importante destacar que, a diferencia de los profesionales especializados en cuidados paliativos, ninguno de ellos había recibido una formación específica sobre el manejo de las emociones o sobre las competencias comunicacionales ante la muerte (cf. Alonso 2013). Mi investigación se ajustó a normas éticas consecuentes con el campo de las ciencias sociales, con la autorización y con el consentimiento informado brindado tanto por la dirección del hospital como por cada uno de los entrevistados a quienes se les garantizó la confidencialidad y el anonimato. Es por esto que tanto sus nombres como los de las personas involucradas en sus relatos han sido modificados. A los fines éticos, aclaro, además, que no poseo ninguna relación laboral o institucional con el sistema de salud local.

El artículo se organiza en tres partes. En la primera, describo y analizo las

2 Visitas periódicas que realizan los agentes de salud a las familias que están a su cargo.



vulnerabilidades que experimentan los profesionales de la salud ante la muerte de sus pacientes, las cuales suelen ser ignoradas tanto por el sistema de salud donde trabajan como por los familiares de esos pacientes. En la segunda parte, explico algunos de los comportamientos que estos profesionales tienden a adoptar para sobrellevar esa experiencia. Finalmente, expongo mis conclusiones y propongo nuevas líneas de investigación para profundizar el análisis sobre esta misma temática.

Vulnerabilidades invisibles

En los años que llevo haciendo trabajo de campo en el departamento Humahuaca, he mantenido un contacto estrecho con el personal del sistema público de salud. Conviví varios días con los agentes sanitarios en los puestos de diferentes zonas rurales y allí compartí comidas y largas charlas con agentes, médicos y enfermeros, en las que, como hacemos muchos de los profesionales de la salud, siempre terminábamos intercambiando nuestras experiencias de trabajo. En este ambiente de intimidad en el que todos compartíamos nuestras cuitas, se me ocurrió preguntarles a mis colegas cuál había sido la peor experiencia que habían vivido en su trabajo. Y así, casi sin quererlo, surgió el tema de este artículo: todos recordaban la muerte de un paciente ocurrida durante la atención de una urgencia médica como un evento altamente disruptivo en su vida profesional y ante el cual se habían sentido extremadamente vulnerables.

Sin embargo, dentro de las ciencias sociales, los profesionales de la salud raramente somos vistos como un grupo “vulnerable”. Por lo general, la palabra “vulnerabilidad” es utilizada para referirse a personas o grupos sociales que son marginalizados y discriminados, asociados a condiciones de pobreza, violencia o al padecimiento de ciertas enfermedades incapacitantes o estigmatizantes. Dentro del campo de la antropología de la salud, se la aplica, además, de un modo más específico, para describir una asimetría en la relación entre los profesionales y los pacientes. Los primeros somos quienes detentamos una posición de poder avalada por nuestro conocimiento científico, por las instituciones en las que trabajamos, por nuestro estatus social y por nuestras facultades para decidir sobre el cuerpo ajeno. Los pacientes, por el contrario, son los que sufren, los que no tienen capacidad de agencia para decidir sobre su propia salud y que, por lo tanto, deben someterse a las decisiones del profesional o de las instituciones médicas. Sin embargo, lo que estas definiciones de las ciencias sociales no tienen en cuenta es que, ante el contacto cotidiano con afecciones graves o incapacitantes, con pronósticos de sobrevida inciertos que terminan materializándose en la muerte de la persona enferma y con los problemas derivados de la organización y el funcionamiento del sistema de salud, los profesionales de la salud muchas veces también nos sentimos frágiles, impotentes y extremadamente vulnerables, a pesar de que para los pacientes y para el resto de la sociedad esa vulnerabilidad pueda ser invisible.

En Humahuaca, los agentes sanitarios y los enfermeros que trabajan en las zonas rurales más alejadas de la ciudad suelen ser los que experimentan esta



ARTÍCULO

sensación con mayor frecuencia. En principio, esto puede atribuirse a las limitaciones de los recursos que disponen para la atención de las emergencias, así como a la distancia³ con el hospital Manuel Belgrano, el cual funciona como el primer centro de derivación de los pacientes graves en la zona⁴. Esta distancia, además, determina que un agente y un enfermero deban vivir en el puesto de salud de una misma comunidad durante largos períodos de tiempo. La coexistencia (sumada al pequeño tamaño de la población) favorece que tengan un mayor conocimiento de los pacientes y que el trato con ellos sea más estrecho que en la ciudad. No obstante, también los obliga a respetar reglas sociales informales y los expone a quedar envueltos en disputas micropolíticas locales que, en cada territorio, inciden directamente en los modos en que pueden realizar su trabajo (cf. Monken 2024).

En el puesto de salud de Uquía⁵ conocí a Noemí y Ester, dos agentes sanitarias que hacía poco más de un año que estaban trabajando allí. En comparación con su destino anterior en Santa Ana (una localidad ubicada en una zona de gran altura, a 110 km de la ciudad de Humahuaca y en el límite con la provincia de Salta), ahora todo les parecía más sencillo. Debido a la cercanía con Humahuaca, la comunicación con el hospital era fácil y fluida: una sola llamada telefónica les bastaba para poder consultar al médico de guardia sobre algún problema que no pudieran resolver solas y, ante una urgencia, contaban, además, con la posibilidad de llamar a la ambulancia del Servicio de Atención Médica de Emergencia (SAME) y de que esta llegara rápidamente.

Luego de haber cumplido con la ronda del día y mientras preparábamos el almuerzo, Noemí y Ester comenzaron a intercambiar información sobre los pobladores que habían visitado. Ambas mostraban cierta preocupación por algunos de ellos a quienes habían catalogado como “población de riesgo” —por su edad o por el tipo de enfermedad que padecían—, ya sea porque no los habían encontrado en sus casas o porque no habían concurrido a la consulta médica en el puesto. En virtud del giro que había tomado la conversación, aproveché ese momento para hacerles la pregunta que ya se había vuelto habitual en las charlas con mis colegas: “¿qué fue lo peor que les pasó con un paciente?”. Superada una cierta reticencia inicial, Noemí fue la primera que se animó a narrar con voz queda una de sus experiencias en Santa Ana:

A mí [lo peor] me pasó con un niño de nueve meses que había llegado de Río Blanco⁶, medio para el monte. Llegó la mamá al puesto de salud y el pequeño estaba totalmente deshidratado, no podíamos canalizarlo, nada. No tenía lágrimas, la boca estaba seca. [Mi compañero y yo] no pudimos hacer nada por él. Ella [la madre] decía que comenzó con diarrea y vómitos hacía 2 días, pero para mí ya venía de más días. Y aparte ¡[Río Blanco] es lejos! Un día de camino para venir de ahí caminando y con el bebé a cocochó⁷. [En el puesto] la mamá todo el tiempo estuvo junto al nene, así que ella vio todos los procedimientos, todo lo que hicimos. Pero llamar a la ambulancia era imposible, no llegaba, iba a ser tarde ya... son 6 horas en ambulancia hasta allá. Doce horas, ida y vuelta. ¡Eso fue lo peor! Y el bebé

3 En este respecto, es importante tener en cuenta que, debido a las características montañosas de los lugares en los que estos profesionales llevan a cabo su trabajo, esa distancia no puede ser medida en kilómetros lineales sino en el tiempo que lleva efectivamente hacer ese viaje.

4 Si bien la inauguración en Humahuaca de una base del SAME (Servicio de Atención Médica de Emergencia) en el año 2018 ayudó a mejorar la resolución de este tipo de situaciones, la accesibilidad geográfica sigue definiendo los tiempos de atención en las zonas de montaña.

5 Localidad ubicada a 12 km al sur de la ciudad de Humahuaca, sobre la ruta 9.

6 Localidad ubicada en el departamento de Orán, provincia de Salta.

7 Cargado sobre la espalda.



murió... murió ahí en el puesto. La mamá sabía que venía mal el bebé, pero bueno, no quita que tenía su dolor por el niño. Durmió en el puesto de salud y al otro día se fue y yo me quedé ahí, con el hijo muerto. Al día siguiente lo trajeron para Humahuaca con ambulancia y eso. Y recién ahí yo lloré... lloré mucho...

Cuando Noemí terminó su relato, las tres nos quedamos en silencio, como si la muerte de ese bebé, ocurrida hacía ya diez años, se repitiera en ese momento en el *office* del puesto de salud. Lo que parecía afectarnos más no era la descripción de los acontecimientos y el casi previsible desenlace fatal, sino, sobre todo, la angustia y el sufrimiento que se traslucían en su narrativa y que acompañaban la profunda sensación de impotencia que Noemí había sentido —y aún sentía— ante la imposibilidad de haber evitado esa muerte. Aunque podía reconocer de un modo racional los límites de la biomedicina para controlar y curar las enfermedades, y a pesar de que sabía que en esa muerte habían incidido otros factores ajenos a su control (como la probable demora de la madre en hacer la consulta o la lejanía geográfica con Humahuaca que hacía de la ambulancia un recurso inútil), Noemí sentía que había fallado en su rol de quien podía “salvar” la vida de ese bebé, pese a todos los procedimientos médicos que había realizado. En otras palabras, la muerte de ese niño había afectado su identidad profesional, una identidad que, para cualquier médico, enfermero o agente sanitario solo se puede manifestar de manera práctica en el mundo experiencial, otorgándole significado a nuestras vidas y proporcionándonos un sentido de quiénes somos en base a nuestro accionar y a las obligaciones que tenemos hacia nuestros pacientes (Kleinman 2020; Ratcliffe y Byrne 2022). En este sentido, se puede entender que esa impotencia —a la que ella misma definió como “una sensación de no poder hacer más que lo que ya has hecho” — era experimentada por Noemí como una sensación incómoda que afectaba su *self* más profundo, una “vulnerabilidad existencial” (Litvina *et al.* 2020, 8), para la que ningún curso ni ninguna universidad la había preparado.

De manera un poco más velada y acompañando esa sensación de impotencia, la narrativa de Noemí traslucía, además, otras sensaciones que son más difíciles de poner en palabras y que Ratcliffe define como “sensaciones existenciales” o “modos de encontrarse en el mundo” (2016, 174). En el caso de Noemí, estos eran la profunda soledad y el desamparo que había sentido ante la inminencia e inevitabilidad de la muerte de ese bebé. En ese momento, cuando cualquier procedimiento médico resultaba inútil, la última ayuda que ella podía brindar era aportar su presencia, “el estar allí, existencialmente, aun cuando nada se puede hacer y cuando la esperanza misma se eclipsa”⁸ (Kleinman 2012, 1551). Y, en ese estar, acompañar a la madre hasta el día siguiente y postergar la exteriorización de su propio sufrimiento por la muerte del niño para que la mujer pudiera expresar el suyo.

El hecho de que Noemí decidiera compartir su experiencia sobre un tema tan doloroso ayudó a que Ester se animara a contar la suya. Aunque su narrativa también estaba vinculada con la muerte de un paciente, a diferencia de Noemí,

8 “being there, existentially, even when nothing practical can be done and hope itself is eclipsed”.



Ester ponía el foco en otra de las vulnerabilidades que sienten los profesionales de la salud que trabajan en las zonas rurales de Humahuaca y que Litvina *et al.* (2020, 8) definen como “vulnerabilidad moral”. Esta puede ser entendida como la vulnerabilidad que siente el profesional cuando debe enfrentar acusaciones y quejas sobre su accionar respecto a situaciones que están fuera de su control, las cuales, por lo tanto, considera injustas, pero de las que, de todos modos, debe defenderse.

La experiencia de Ester estaba relacionada con la muerte de Don Luis, un paciente de 84 años que vivía junto con su esposa Juana al lado del puesto de salud de Santa Ana, donde ella trabajaba. Don Luis padecía de hipertensión arterial y el médico le había indicado una dieta sin sal y una pastilla que debía tomar todos los días. A pesar del ofrecimiento de los hijos de llevarlos a vivir con ellos a la ciudad para cuidarlo mejor, don Luis y Juana insistían en quedarse en el pueblo. Si bien la familia no los había abandonado y solía ir a verlos, la lejanía geográfica y el control de la hipertensión de Don Luis hacían que Ester fuera quien los visitara más asiduamente y en quien los hijos terminaran delegando, de modo tácito, las tareas del cuidado cotidiano de sus padres, algunas de las cuales excedían su función como agente sanitaria⁹.

Por su parte, don Luis no consideraba que su problema de hipertensión fuera algo de lo que preocuparse, por lo que no pensaba renunciar a sus comidas favoritas y no siempre tomaba la medicación que le había prescrito el médico. Tampoco experimentaba sus síntomas como graves: los atribuía a la edad y, por lo tanto, no le parecía importante mencionárselos a Ester en sus visitas. Como era renuente a ir al hospital, en el mejor de los casos y a insistencia de ella o de algún familiar, aceptaba consultar al médico en las giras que estos hacen cada mes por las zonas rurales. Todas estas decisiones de don Luis terminaban siendo avaladas de manera implícita por su esposa y por los mismos hijos, cuyas ocupaciones en la ciudad los mantenían alejados de estas vicisitudes cotidianas.

Este equilibrio precario sobre el que se sostenía el cuidado de la salud de este anciano, basado en un conjunto de decisiones tanto personales como familiares que se imponían sobre cualquier recomendación médica, estaba inevitablemente destinado a romperse. Cuando al final esto ocurrió, desencadenó una serie de situaciones dramáticas que culminaron con la muerte de don Luis y que Ester aun recordaba con angustia, a pesar de que ya habían transcurrido cuatro años de ese hecho:

Al mediodía estábamos en el puesto con Nilda, la enfermera. Entonces nos saltan tocando la puerta y era doña Juana gritando: “¡don Luis se cayó!”, “¡no respira, no respira!”. ¡Fuimos corriendo! Me fijé: tenía pulso y cuando le controlamos ¡estaba con 240 de presión! Le digo a Nilda: “¡llamá al chofer de la ambulancia. Que se prepare para sacarlo!”, y doña Juana estaba muy desesperada y gritaba “¡no, yo no quiero que lo saquen!, ¡yo no quiero que lo saquen!”. Y entonces le digo al chofer, “usted esté atento”, le digo “vamos a salir en cualquier momento”. Entonces don Luis se incorpora, le damos diluido la medicación antihipertensiva porque no sabíamos si ese día él había

9 En la zona de montaña, estas tareas de cuidado pueden incluir ayudarlos a transportar agua hasta la casa o encerrar los rebaños en el corral.



ARTÍCULO

tomado o no. Empezó a descender la presión y se empezó a sentir mejor. Entonces le dijimos a doña Juana que íbamos a estar con seguimiento hasta salir con la ambulancia, pero ella volvió a decir: “¡no, no quiero que lo saquen!”¹⁰. ¡No había forma de convencerla! Volvimos al puesto y poco más tarde nos viene a buscar el nieto y nos avisa que don Luis no le respondía. Corrimos otra vez, atiné a colocarle el tensiómetro y el saturómetro para corroborar vitalidad y ya no tenía pulso... no tenía nada.

Según recordaba Ester: “ese momento fue como un balde de agua fría, pero yo tenía que estar bien. Suprimí todo de mí para poder pensar”. Es decir, al igual que hizo Noemí, Ester decidió reprimir sus emociones para poder seguir actuando profesionalmente (cf. Camponogara *et al.* 2020). En principio, para confirmar la muerte de don Luis a la esposa y contenerla en su dolor, pero, también, porque “después tenía que hacer el resto, po”. El “resto” incluía avisar a la policía local, esperar a que fuera el médico forense para certificar la muerte, armar un archivo con las planillas de controles y la historia clínica de don Luis y relatar lo sucedido por radio al médico de guardia del hospital de Humahuaca, explicando los procedimientos que se habían realizado, los horarios exactos en que los habían hecho y la reiterada negación de la esposa al traslado¹¹.

Al día siguiente, para Ester, “fue lo peor”, ya que tuvo que afrontar el cuestionamiento de los hijos y responder preguntas dando otra vez todos los detalles sobre lo que había pasado. Este encuentro dio origen a dos narrativas contrapuestas sobre la muerte de don Luis con las que cada una de las partes involucradas intentaba transformar para sí lo que había ocurrido de una manera que le fuera más tolerable (cf. Jackson 1996, 1998).

Por su parte, Ester decidió mantener la relación con la familia dentro de ciertos límites emocionales (cf. Menezes 2000) y volvió a relatar los acontecimientos siguiendo un tipo de narrativa similar a la que había empleado con el médico de guardia y que se encuentra consolidada dentro del sistema de salud. En ella abundaban las precisiones sobre las fechas y horarios en que se habían hecho los controles de salud al padre, la medicación y la dieta que le había indicado el médico, los protocolos que se habían seguido en la urgencia y la negativa del familiar al traslado.

Esta narrativa que giraba en torno a su identidad profesional le proporcionaba a ella una suerte de andamiaje que, luego de la muerte del paciente, le permitía dar coherencia a su accionar ante la experiencia que había vivido y mantener cierto control de la situación en un momento de crisis. Al mismo tiempo, le facilitaba desapegarse emocionalmente de lo ocurrido y mantener cierta compostura (cf. Ratcliffe 2016; Ratcliffe y Byrne 2022).

No obstante, estas explicaciones biomédicas no resultaban suficientes para los familiares, quienes, a su vez, necesitaban crear su propia narrativa para afrontar la pérdida de don Luis, reformular su relación con el muerto y, en el caso de los hijos, justificar para sí la dinámica de cuidado que habían adoptado para con sus padres ancianos. Según recordó Ester, “doña Juana insistía: ‘ellos no vienen tampoco a

10 Según los profesionales a los que entrevisté, el temor a ser trasladado en ambulancia hasta el hospital está relacionado con las derivaciones que se hacían de los pacientes afectados por Covid-19 al hospital de Humahuaca durante la pandemia.

11 Este informe es de vital importancia, ya que la comunicación es grabada y funciona como un respaldo legal de lo actuado.



vernos a nosotros. No están pendientes de nosotros” (a pesar de que todas sus visitas a la casa habían quedado registradas en el carnet sanitario), al mismo tiempo que la mujer callaba que se había negado al traslado de su esposo a Humahuaca.

Por su parte, los hijos tampoco querían atribuirle alguna responsabilidad de lo ocurrido a la madre y preferían culpabilizar a Ester y a Nilda, repitiendo “pero ustedes tienen ambulancia, ustedes saben”. En síntesis, Ester y su compañera fueron convertidas por la esposa y los hijos en el chivo expiatorio de una situación familiar compleja en la que nadie parecía querer asumir la responsabilidad por sus decisiones.

En relación a este punto es preciso destacar que el tenor de estas amenazas y recriminaciones no hubiera sido el mismo si el profesional actuante hubiera sido un médico, aun cuando el resultado hubiera sido el mismo. En este sentido, la vulnerabilidad moral que sentían Ester y Nilda era mayor, ya que estaba marcada tanto por cuestiones de género como de jerarquía dentro del escalafón del hospital (cf. Litvina *et al.* 2020).

En efecto, ser agente sanitaria no es fácil en las comunidades rurales de Humahuaca, sobre todo cuando no se es oriunda del lugar o se proviene de un centro urbano. Por un lado, al ser la cara visible no solo del sistema de salud, sino, también, del Estado (cf. Foucault 1988), las agentes reciben todas las quejas muchas de las cuales refieren a otros ámbitos y cuya solución, por lo tanto, está fuera de su alcance. Por otro lado, sus empleos están constantemente en riesgo, ya que dependen de los vaivenes políticos y, sobre todo, del caudillo de turno de cada comunidad, quien muchas veces hace valer su poder solicitando la remoción y el reemplazo de los agentes aun sin que exista una causa que lo justifique.

A modo de ejemplo, y en relación a la experiencia de Ester y Nilda, basta mencionar que una de las hijas de don Luis (que en ese momento ocupaba un cargo importante en la comisión municipal de Santa Ana) las amenazó con interponer algún tipo de acción legal en el hospital de Humahuaca para que fueran despedidas de su trabajo.

El después

La reserva con la que Noemí y Ester compartieron sus experiencias y los silencios con los que pausaban sus relatos, eran para mí una confirmación de que el impacto que tiene la muerte del paciente en los profesionales de la salud de Humahuaca no se limita solo al momento en que esta ocurre, sino que es capaz de persistir con tenacidad en el tiempo. Aun cuando no se trate de una persona con quien haya establecido lazos afectivos o que siquiera pertenezca a su entorno social, viven esa muerte como una pérdida (cf. Alexandre *et al.* 2020) que, como ocurre en todo proceso de duelo, debe ser comprendida y negociada internamente para poder restaurar la coherencia de su mundo experiencial cotidiano.

Sin embargo, este duelo no obedece a las mismas reglas que para el resto de la sociedad respecto a la relación con la persona muerta o a los tiempos y los rituales que especifican cómo atravesarlo (cf. Martínez 2011, 2013b; Vilca 2016; Arrueta



2020; Fernández *et al.* 2021). Es un duelo que suele ser ocultado de los ojos de otros y que es vivido en soledad sin que medien normas socialmente establecidas — más allá de los modos con los que las instituciones suelen despersonalizar la muerte de los pacientes (Kübler-Ross 2008) — que les permitan a estos profesionales superar la consternación y la disrupción que esa muerte introduce en su mundo profesional (Doka 1989, 1999). Para ello, necesitan restablecer algunas certidumbres que esa muerte puso en duda y recuperarse de lo que fenomenológicamente es construido y experimentado como una disminución o disrupción de quién es en ese mundo (Ratcliffe y Byrne 2022; Ratcliffe 2024).

Con el fin de superar estas experiencias dolorosas, los profesionales de Humahuaca suelen echar mano de sus propios recursos emocionales, relacionales, espirituales y existenciales, ya que, como me comentó Ariel, un enfermero del hospital,

no hay un soporte que te dé el sistema [de salud] como para que uno tenga algo de qué agarrarse, alguna terapia de grupo, un apoyo psicológico, ¡no hay nada! Uno cuando entra a planta permanente te hacen un psicofísico y ¡chau! ¡Que te dure hasta que te jubilás!

El primer impulso que sienten es compartir su experiencia con algún colega para minimizar el sufrimiento generado por las situaciones laborales cotidianas (cf. Camponogara *et al.* 2020). Algunos, como el Dr. Apaza, cuentan con la suerte de que ese colega es, al mismo tiempo, su esposa o esposo. En un bache en el flujo de pacientes que debía atender en el consultorio del C.I.C., me confió: “son situaciones complicadas. Yo creo que encuentro refugio cuando comento con mi señora y tratamos de sacar lo mejor de lo que se puede haber hecho en esa situación. Eso me deja más tranquilo”.

Es decir, el poder construir una narrativa de la muerte del paciente junto con otro contribuye significativamente a aceptarla, sobre todo cuando ese otro es un colega que puede comprender de primera mano lo que significa estar en sus zapatos, ya sea por haber vivido esa experiencia o solo por el hecho de temer vivirla. Entre ambos pueden repasar una y otra vez las decisiones médicas que se tomaron, las acciones que se realizaron y, mediante un proceso en el cual esa muerte es intelectualizada en base a explicaciones científicas y datos estadísticos, transforman a la persona que murió en un caso clínico asociado a un determinado pronóstico. De este modo, al expresar sus propios temores como preguntas basadas en un conocimiento biomédico (cf. Kasper 1959) y al tratar de responderlas junto a otro que facilita la construcción o reconstrucción de su relato, pueden reafirmar para sí mismos que hicieron todo lo posible para salvar al paciente y restaurar, en parte, su identidad profesional tanto para sí mismos como para sus colegas. Al mismo tiempo, les permite tomar distancia no solo del sufrimiento de ese paciente (y de sus familiares), sino, además, alejarse de su propia angustia y dolor (Kleinman 1988; Kasket 2006).

Estas charlas con sus colegas constituyen, además, un marco propicio y se-

guro para plantear en voz alta cuestiones existenciales relativas a las dudas que esa muerte les suscita respecto a su vocación. La salida de ese punto de quiebre no es fácil. En palabras del Dr. Ramírez, un médico humahuaqueño al que conocí mientras cumplía con su guardia en el hospital,

es que cuando uno sale así de trabajar [después de la muerte de un paciente], depende de vos cómo lo vas a afrontar: o vos dejás o te tiene que mejorar. Y al otro día te tenés que levantar y tenés que respirar de nuevo, cambiar cosas también y transformarlas.

Para algunos, esa transformación a la que alude el Dr. Ramírez pasa por tener una mayor capacitación que les permita resolver situaciones clínicas como la que tuvieron que enfrentar, aun cuando esto exceda con creces sus funciones dentro del sistema de salud, tal como como decidió hacer Ester. Luego de lo que había experimentado con la muerte de don Luis, aprovechó cada oportunidad que tuvo para colaborar en la guardia del hospital durante sus ratos libres y así aprender algunos procedimientos de enfermería que pudieran resultarle útiles ante una próxima emergencia.

Para otros, la transformación consiste en “endurecerse”, un proceso que definen como el desarrollo de una resiliencia personal a la que asociaron con nociones de resistencia, fortaleza emocional y firmeza de carácter, cualidades que consideran indispensables para enfrentar la seguidilla de situaciones trágicas que se les presenta en su práctica cotidiana (Fontes 2025). Tal como surge de los relatos de Noemí y Ester, esto implica, fundamentalmente, ser capaces de controlar sus emociones. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que este control no significa una ausencia de las mismas y la decisión de relegarlas ante situaciones tan dramáticas como la muerte de un paciente muchas veces no hace más que exacerbar el dolor de esa pérdida (Doka 1999).

El miedo de que “vuelva a pasar” y de quedar nuevamente expuestos a quejas y reclamos legales se vuelve una preocupación constante para muchos profesionales. Esto hace que lo que decidan transformar luego de esa muerte apunte más hacia los modos de relacionarse con los pacientes o con los familiares, en particular cuando son reticentes a internarse o a internar a un pariente cuyo estado de salud es grave. De acuerdo con la experiencia de trabajo del Dr. Ramírez en la guardia del hospital,

por ahí son pacientes que son para internar y hay gente que no quiere acceder y se van. Hay veces que pasa con mamás que vienen con sus niños por un cuadro respiratorio. Y bueno, por ahí las situaciones son complejas, porque la mamá te dice “yo tengo otros niños que no los puedo dejar solos”, o lo que esto, que aquello. Y uno trata de resolverles, pero siempre le decís las cosas, y escribo y me firma la historia [clínica]: “se indica tal cosa, se niega por tal situación”. Y listo, de esa forma, entonces uno ya se queda tranquilo. Después si viene en algún momento [a quejarse], le decís “no, mamá...”.



En breve, sin dejar de ser empáticos con la situación personal de cada paciente, adoptan el recaudo de “dejar todo por escrito”. Desde un punto de vista estrictamente legal, esto les sirve para deslindar el alcance de su responsabilidad como profesional. Pero, en lo personal, también les sirve para morigerar su sensación de haber fracasado como cuidador de la vida de esa persona en caso de que el estado del paciente se agrave o que finalmente muera. Para el Dr. Ramírez, “capaz que eso también ayuda a uno, alivia un poco. Obviamente que uno se queda con esa culpa de ‘si me hubiera hecho caso, capaz que no pasaba nada’. No es que te sacás toda la culpa, pero bueno...”.

El Dr. Ramírez no es el único en experimentar ese sentimiento de culpa. Tal como señalan Alexandre *et al.* (2020), aunque los profesionales consideran la muerte como algo natural, la asocian a una sensación de fracaso, ya que fueron formados para combatirla. Es por esto que, a pesar de todas estas estrategias con las que buscan encontrar nuevas fuerzas para enfrentar el trabajo cotidiano, todos los profesionales de Humahuaca que entrevisté coincidieron en que la muerte de un paciente “siempre deja una marca”, la cual es capaz de persistir en el tiempo y de resistir cualquier intento de racionalización. Las preguntas que continúan persiguiéndolos son siempre las mismas: “¿qué hice mal?”, “¿podría haberlo hecho de otra manera?”, “¿qué me faltó?”, aun cuando los factores que contribuyeron a esa muerte estuvieran fuera de su control. Noemí creía con firmeza que “quizás eso [la muerte del bebé] se podría haber resuelto de otra manera, posiblemente con más prevención”. Desde las posibilidades de su trabajo como agente sanitaria, Noemí interpretaba esa mayor prevención como un aumento de la frecuencia de sus visitas a la casa de ese niño. No obstante, sabía perfectamente que eso hubiera sido imposible, ya que, siguiendo los patrones de trashumancia estacionales de la zona, hacía al menos un mes que la familia ya se había trasladado con su hacienda a su estancia del monte salteño, muy lejos de su circuito habitual de rondas (cf. Cladera 2013, 2014, 2015). A esto se sumaban otros factores que seguramente habían incidido en esa muerte, como las posibilidades que había tenido ese niño de consumir agua potable.

Por su parte, Ester hacía una reflexión similar echando mano de ese único recurso que ella podía controlar como agente sanitaria: el número de visitas a la casa de don Luis. Parecía no tener en cuenta las reiteradas negativas de doña Juana al traslado en ambulancia o la toma errática de la medicación por parte de don Luis y tendía a asumir la completa responsabilidad de lo sucedido, a pesar de que era consciente de las limitaciones a su accionar que le había impuesto no solo la familia del paciente, sino, también, la misma organización del funcionamiento del sistema público de salud para atender las emergencias en zonas rurales.

Pero la muerte del paciente puede, además, dejar otro tipo de “marcas”. Si, tal como plantea Kleinman, entendemos el acto de cuidar a otro como una “actividad existencial” (2019, 3) a través de la cual tomamos conciencia de nuestra propia humanidad de la manera más plena, esa muerte también es capaz de suscitar una serie de reflexiones sobre la humanidad que compartimos. Esto es lo que le sucedió a Guadalupe, compañera de trabajo de Noemí y Ester en el puesto de Uquía y

quien, seis años atrás, había comenzado su carrera como enfermera en el sector de pediatría del hospital de Humahuaca. Luego de terminar con la atención de las personas citadas para esa mañana en el puesto, se sumó a nuestra charla y decidió compartir su primera experiencia con la muerte de un paciente. En realidad, con dos muertes, ya que se trataba de dos bebés gemelares que habían nacido de manera prematura en el hospital de Humahuaca. De manera similar a Ester y Noemí, Guadalupe comenzó su relato con una inocultable sensación de angustia, que, en ella, fue creciendo hasta convertirse casi en llanto:

Estábamos atendiendo el parto y me acuerdo que la partera saca al primer pequeñito que era así chiquitito... ¡una cosita! Ya no respiraba y ella lo coloca ahí, adelante mío. Es como que me quedó la imagen más que nada... cómo tenía desarrollada la parte de las fosas nasales, parte de las manitos, piecitos, pero...ya no respiraba. Y bueno, la partera me dice 'ponelo de costadito que va el segundo'. El segundo estaba intentando respirar, le pusimos la mascarita [de oxígeno] y vino el médico de guardia y también intentó [reanimarlo], pero no se pudo hacer nada. ¡Y fue tan rápido! Entonces quedaron ahí los dos cuerpitos y la partera y el médico se dedicaron a la madre. Es como que en ese momento me quedé ahí quieta, solita... con esas dos cositas que se convierten después en personas. Me quedé con esa imagen... Yo muchas veces me pongo a pensar que eso somos nosotros cuando empezamos la vida.

A partir de la narrativa de Guadalupe, se puede percibir que la muerte de esos bebés quedó en ella como un momento congelado en el tiempo, una imagen y una sensación que no desaparecen (aun cuando ya habían pasado seis años de esa experiencia) y que hoy en día continúan siendo para ella un motivo de reflexión y un recordatorio permanente de nuestra propia finitud: nadie está exento de esa suerte, ni siquiera aquellos que nos son más cercanos y queridos (cf. Lamers 2002; Litvina *et al.* 2020; Camponogara *et al.* 2020; Alexander *et al.* 2020). Si bien este temor nos es común a todos, el contacto directo con la muerte de esos bebés parecía hacerlo más tangible y real para Guadalupe.

Esta ansiedad ante la muerte — un concepto heideggeriano que algunos autores emplean para definir el temor generado por la consciencia de la muerte que sienten los profesionales de la salud (Abdel-Khalek 2005; Lehto y Stein 2009) — rara vez se expresa de manera directa. Sin embargo, se la puede vislumbrar en algunos comentarios que sirven como epílogos a las narrativas sobre su experiencia con algún paciente. En el caso de Guadalupe, por ejemplo, el recuerdo de la muerte de esos bebés hizo que, después de terminar su relato, agregara a continuación y casi sin quererlo: “Mi debilidad es mi hijito. Siempre tengo miedo de que le pase algo. Porque yo, cuando a él le pasa algo, me pongo muy mal”.



Conclusiones

La muerte de un paciente es una experiencia que todos los profesionales de la salud han tenido o tendrán que enfrentar en algún momento de su vida laboral. Son situaciones difíciles, momentos críticos que dejan expuestas sus vulnerabilidades y que dan lugar a un proceso de duelo que no solo escapa de las normas sociales convencionales, sino que suele ser ocultado a los ojos de los otros. En este sentido, el objetivo de este artículo fue indagar sobre las experiencias subjetivas de los profesionales de la salud de Humahuaca a partir de las narrativas con las que intentan comunicarlas. Para ello, partí desde una perspectiva fenomenológica existencial que, siguiendo a Fabian (1972), estuvo orientada a examinar el problema de la muerte en el contexto intersubjetivo de un “nosotros” más que como meros espectadores y a cierta distancia segura de la muerte de “otros”.

En la primera parte, describí y analicé las vulnerabilidades que experimentan los profesionales ante la muerte del paciente, a partir de cómo me fueron expresadas en las narrativas en primera persona con las que estos buscan rearmar, dar coherencia y darles un sentido a sus experiencias. En principio, se puede decir que esa muerte afecta su identidad profesional, una identidad que, a lo largo de su carrera, construyen en términos prácticos y experienciales y no como una mera conceptualización del *self*. Es por esto que la imposibilidad de evitar un desenlace fatal es percibida como una amenaza ontológica, la cual es experimentada como una sensación de impotencia, de desamparo y de una profunda soledad ante la inminencia de esa muerte. En ese momento, controlan y bloquean la exteriorización de cualquier emoción para intentar sostener — al menos en parte — esa identidad profesional según el modelo aprendido durante los años de formación y, al mismo tiempo, para permitir que el familiar del paciente pueda exteriorizar su dolor. A esta vulnerabilidad que se puede definir como existencial se le suma, en ocasiones, la vulnerabilidad moral que experimentan cuando deben enfrentar acusaciones y quejas injustas sobre su accionar y de las que deben defenderse.

En la segunda parte, examiné cómo la muerte del paciente obliga a estos profesionales a atravesar un proceso de duelo que difiere de los modelos culturales tradicionales. En principio, todos experimentan esa muerte como una sensación de pérdida que abarca múltiples dimensiones. La más importante es la falta de confianza en sus propias capacidades y en su eficacia como profesional. Es por ello que, para aminorar esta sensación, en un primer momento despliegan un conjunto de estrategias con las que apuntan a restaurar su identidad profesional tanto para sí mismos como para los ojos de otros. Para ello, comentan lo ocurrido con otros colegas y juntos revisan, hasta el cansancio, los procedimientos médicos que se llevaron a cabo. De este modo, van construyendo, en compañía de un otro que puede comprenderlos, una “narrativa retrospectiva” (Kleinman 1988, 51) fundada en datos científicos que les devuelve las certidumbres que esa muerte puso en duda y que los protege, de algún modo, de los sentimientos de fracaso como “salvador” de la vida de esa persona. Al mismo tiempo, esta narrativa más impersonal les permite alejarse del sufrimiento que las circunstancias de esa muerte les ocasionan.



La muerte del paciente también los lleva a reconsiderar los modos en que ejercen su profesión con el fin de encontrar un equilibrio en esa tensión entre “el saber y el sentir” que forma parte constitutiva de su práctica (Menezes 2000, 29). Para ello, hacen una serie de transformaciones que pueden abarcar desde capacitaciones profesionales hasta cambios en las maneras de relacionarse con los pacientes. En este respecto, algunos eligen “endurecerse” emocionalmente como un modo de distanciarse de esa muerte y otros le solicitan al paciente que firme la historia clínica para protegerse de futuros reclamos. En breve, siguiendo a Jackson (1998), se puede decir que lo que estos profesionales buscan de uno u otro modo es reajustar existencialmente para sí la experiencia de esa muerte, recuperando la posibilidad de actuar luego de lo ocurrido. No obstante, para todos, la muerte de un paciente siempre deja una “marca”. En algunos, es un sentimiento de culpa que resiste cualquier intento de racionalización sobre lo que pudieron haber hecho para evitarla. En otros, esas marcas son más personales y profundas. Aunque en su trabajo cotidiano lidien continuamente con las incertidumbres que implica el cuidado de la salud de una persona, la experiencia de la mortalidad del otro parece poner de relieve esas mismas incertidumbres en su mundo personal y los confronta, de manera inexorable, con su propia mortalidad o la de sus seres queridos: nada está garantizado y nadie está a salvo.

A modo de cierre, podemos decir que, para los profesionales de la salud de Humahuaca, la muerte de un paciente no es solo un evento médico observable y, en ocasiones, hasta esperable, sino que se trata de un evento sumamente disruptivo con profundas repercusiones tanto en su mundo profesional como personal. Suelen “domesticar” el temor que les inspira un desenlace de esa naturaleza, en base a la confianza que depositan en sus propios conocimientos y en las tecnologías de la biomedicina para evitarlo. Sin embargo, cuando nada de esto sirve y esa muerte por fin ocurre, se ven obligados a reconsiderar y a reconfigurar ese mundo y a encontrar, en ese proceso, la posibilidad de reflexión y de transformación. Este artículo puede contribuir a visibilizar estas situaciones y a mejorar la calidad de atención del sistema de salud en cuanto a las formas de afrontamiento de la muerte, brindándoles a sus profesionales el soporte y acompañamiento institucional que necesitan cuando “pierden” un paciente. Queda por indagar en futuras investigaciones cómo influye en estos profesionales la espiritualidad, la religión y su propio sistema de creencias en el final de la vida, así como en sus modos de asumir y recuperarse de un evento tan dramático.



Sobre la autora

Cristina Fontes

Cristina Fontes es médica por la Universidad de Buenos Aires (UBA), Magister en Antropología Social por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) y Doctora en Antropología por la Universidad de Buenos Aires. Es investigadora asociada de la Sección Etnología de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (FFyL UBA).

Email: cristinafontes3@gmail.com

Contribución de la autora

El presente artículo es totalmente de mi autoría, habiendo participado directamente en el proceso de conceptualización, diseño de la metodología, investigación y redacción de la versión original.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos etnográficos de las entrevistas que sustentaron esta investigación no están disponibles en repositorios de datos abiertos debido a la imposibilidad de mantener el anonimato de los participantes de la investigación, condición acordada en los términos del formulario de Consentimiento Informado discutido y firmado durante la investigación.

Director

Carlos Sautchuk (<https://orcid.org/0000-0002-2427-2153>).

Directores Adjuntos

Rosana Castro (<https://orcid.org/0000-0002-1069-4785>).

Sara Morais (<https://orcid.org/0000-0003-1490-1232>).

Jose Arenas Gómez (<https://orcid.org/0000-0002-2159-0527>).

Alberto Fidalgo Castro (<https://orcid.org/0000-0002-0538-5582>).

Elisabeth Defreyne (<https://orcid.org/0009-0009-2559-0047>).

Recebido em 31/03/2025

Aprovado para publicação em 05/11/2025 pela editora Rosana Castro (<https://orcid.org/0000-0002-1069-4785>)



Referencias

- Abdel-Khalek, Ahmed. 2005. "Death anxiety in clinical and non-clinical groups". *Death Studies* 29, n° 3: 251–59. <https://doi.org/10.1080/07481180590916371>
- Alexandre, Maria, Cristianne Rocha, y Paulo Carvalho. 2020. "Sobre a morte e o morrer: Concepções de profissionais de saúde envolvidos em uma investigação sobre óbito infantil em Porto Alegre". *Revista M 5*, n° 9: 46–66. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2020.v5i9.46-66>
- Aljanati, Lucía et al. 2020. *Pueblos indígenas y COVID-19 en Argentina: Principales lineamientos de un informe colaborativo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Alonso, Juan. 2013. "Cuidados Paliativos: Entre la humanización y la medicalización del final de la vida". *Ciência & Saúde Coletiva* 18, n° 9: 2541–48. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900008>
- Arrueta, Patricia. 2020. "Morir en pandemia. La reconfiguración de ritualidades mortuorias en el Noroeste argentino". *ESPOILER*: 1–5.
- Camponogara, Silviamar, Jeanini Miorin, Gisele Dias, Isis Rodrigues, Luisa Vasconcelos, y Ana Pinheiro. 2020. "A morte da criança hospitalizada: Estratégias defensivas e de enfrentamento da equipe de enfermagem". *Revista M 5*, n° 9: 161–72. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2020.v5i9.161-172>
- Cladera, Jorge. 2013. "Pessoas que cruzam territórios e territórios que são pessoas: As experiências do direito espacial nos Andes — um estudo de caso no noroeste argentino". *Ilha. Revista de Antropologia* 15, n° 1–2: 149–78. <https://doi.org/10.5007/2175-8034.2013v15n1-2p149>
- Cladera, Jorge. 2014. "La Comunidad Indígena como categoría de traducción: Trasmigración ganadera y propiedad jurídica en las sierras del Zenta (Departamentos de Humahuaca/Jujuy e Iruya y Orán/Salta)". En *Espacialidades Altoandinas. Nuevos aportes desde la Argentina. Tomo I: Miradas hacia lo local, lo comunitario y lo doméstico*, compilado por Alejandro Benedetti y Jorge Tomasi, 197–226. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Cladera, Jorge. 2015. "Trasmigración Ganadera y Negociación de Identidades ante el Estado en las Sierras del Zenta (Provincias de Jujuy y Salta)". Tesis de maestría, Universidad de Buenos Aires.
- Doka, Kenneth. 1989. *Disenfranchised grief: Recognizing hidden sorrow*. Massachusetts: Lexington.
- Doka, Kenneth. 1999. "Disenfranchised Grief". *Bereavement Care* 18, n° 3: 37–9. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>
- Drovetta, Raquel. 2009. "Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la puna jujeña, Argentina". *Barbarói* 31: 139–54. <https://doi.org/10.17058/barbaroi.v2i31.1035>
- Drovetta, Raquel. 2010. "Prestadores de servicio de salud alopática y usuarios indígenas en la Puna de Atacama". En *Padecimientos en grupos vulnerables del interior de Argentina: procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención*, compilado por Raquel Drovetta y María Rodríguez, 183–210. Córdoba: Ferreyra Editor; Centro de Estudios Avanzados – UNCórdoba.



- Drovetta, Raquel. 2011. “Experiencias de embarazo, parto y puerperio en mujeres indígenas de la puna jujeña. Un análisis intergeneracional”. Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires.
- Drovetta, Raquel. 2012. “Subjetividades y prácticas en salud sexual y reproductiva”. En *Feminismo y cambio social en América Latina y el Caribe*, coordinado por Alba Carosio, 207–23. Buenos Aires: CLACSO.
- Drovetta, Raquel. 2014. “‘Antarca no’ (de espaldas no). Cambios generacionales en la atención del embarazo y el parto en las mujeres de Susques”. En *Espacialidades altoandinas. Nuevos aportes desde la Argentina. Tomo II: Interacciones con el mundo de afuera*, compilado por Alejandro Benedetti y Jorge Tomasi, 195–239. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Drovetta, Raquel. 2016. “Intervenciones de la salud pública en los procesos reproductivos de mujeres indígenas de la Puna argentina”. En *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: Encuentros, tensiones e interculturalidad*, editado por Silvia Hirsch y Mariana Lorenzetti, 51–70. Buenos Aires: Universidad Nacional de General San Martín.
- Fabian, Johannes. 1972. “How others die. Reflections on the anthropology of death”. *Social Research* 39, n° 3: 543–67.
- Fernández, Federico, Patricia Arrueta, y Sebastián Peralta. 2021. “Desigualdad y muerte en los confines del noroeste argentino: Jujuy durante la pandemia Covid-19”. *Revista M* 6, n° 11: 175–97. <https://doi.org/10.9789/2525-3050.2021.v6i11>. 175-197
- Fontes, Cristina. 2025. *El otro lado del espejo. Empatía e intersubjetividad en el encuentro clínico. Cuadernos de Antropología Social*. En prensa.
- Foucault, Michel. 1988. “El sujeto y el poder”. *Revista Mexicana de Sociología* 50, n° 3: 3–20.
- Jackson, Michael. 1989. *Paths toward a clearing: Radical empiricism and ethnographic inquiry*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.
- Jackson, Michael. 1996. *Things as they are: New directions in phenomenological anthropology*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press.
- Jackson, Michael. 1998. *Minima ethnographica: Intersubjectivity and the anthropological project*. Chicago; London: The University of Chicago Press.
- Kasket, Elaine. 2006. “Death and the doctor”. *Existential Analysis* 17, n° 1: 137–50.
- Kasper, August. 1959. “The doctor and death”. En *The meaning of death*, editado por Herman Feifel, 259–70. New York; Toronto; London: McGraw-Hill Book Company.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, Arthur. 2012. “Caregiving as moral experience”. *The Lancet* 380, n° 9853: 1550–51. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61870-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61870-4)
- Kleinman, Arthur. 2019. *The soul of care*. New York: Penguin Books.
- Kleinman, Arthur. 2020. “Varieties of experiences of care”. *Perspectives in Biology and Medicine* 63, n° 3: 458–65. <https://doi.org/10.1353/pbm.2020.0033>
- Krmpotic, Claudia, y Amalia Vargas. 2018. “El día de los muertos y el cuidado del espíritu en el norte argentino”. *Cultura-Hombre-Sociedad* 28, n° 2: 227–47. <http://dx.doi.org/10.7770/0719-2789.2018.cuhso.06.a08>
- Kübler-Ross, Elisabeth. 2008. *Sobre la muerte y los moribundos*. México: Random House Mondadori.



- Lamers, William. 2002. "Disenfranchised grief in caregivers". En *Disenfranchised grief. New directions, challenges and strategies for practice*, editado por Kenneth Doka, 181–94. Illinois: Research Press.
- Lehto, Rebecca, y Karen Stein. 2009. "Death anxiety: An analysis of an evolving concept". *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal* 23, n° 1: 23–41. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23>
- Litvina, Daria, Anastasia Nvkunskaya, y Anna Temkina. 2020. "Multiple vulnerabilities in medical settings: Invisible suffering of doctors". *Societies* 10, n° 5: 1–17. <https://doi.org/10.3390/soc10010005>
- Martínez, Bárbara. 2011. "Ríos de agua, ríos de leche y ríos de sangre: Travesías cosmológicas del alma cajonista". Tesis de doctorado, Universidad de Buenos Aires.
- Martínez, Bárbara. 2013a. "La muerte como proceso: una perspectiva antropológica". *Ciência e Saúde Coletiva* 18, n° 9: 2681–89. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900023>
- Martínez, Bárbara. 2013b. "Devenir histórico y juridicidad emergente: espacialidad simbólica en Santa María (Argentina)". *Revista Austral de Ciencias Sociales* n° 25: 71–89. <https://dx.doi.org/10.4206/rev.austral.cienc.soc.2013.n25-04>
- Martínez, Bárbara. 2013c. "Sistema biomédico y medicina 'tradicional' en El Cajón, Catamarca, Noroeste argentino". En *Pobreza, desigualdad y salud en América Latina*, compilado por Laura Tavares Ribeiro Soares, 211–26. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO.
- Martínez, Bárbara. 2014a. "El juego de los carozos en El Cajón (Catamarca, Argentina). Ritual, memoria y antepasados". *Revista Colombiana de Antropología* 50, n° 1: 101–16. <http://dx.doi.org/10.22380/2539472X58>
- Martínez, Bárbara. 2014b. "La liminalidad revisitada: Ciclos y sucesiones en El Cajón (Catamarca, Argentina)". *Sociedad y Religión* XXIV, n° 42: 12–33.
- Martínez, Bárbara. 2016. "Factores asociados con el proceso de salud y enfermedad en San Antonio (Catamarca, Argentina): Un enfoque antropológico". *Salud Uninorte* 32, n° 3: 411–18.
- Martínez, Bárbara. 2018. "Enfermeros y agentes sanitarios como impulsores de la adherencia terapéutica: Una investigación etnográfica en Catamarca, Argentina". *Revista Ciencias de la Salud* 16, n° 1: 144–54. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosa-rio.edu.co/revsalud/a.6496>
- Martínez, Bárbara. 2022. "Experiencia antropológica, muerte y salud intercultural en Catamarca (Argentina)". *Ejes de Economía y Sociedad* 6, n° 10: 145–65. <https://doi.org/10.33255/25914669/61017>
- Menezes, Rachel. 2000. "Díficeis decisões: Uma abordagem antropológica da prática médica em CTI". *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 10, n° 2: 27–49. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312000000200002>
- Monken, Mauricio. 2024. "Território e saúde: Apontamentos conceituais para a proposta de territórios sustentáveis e saudáveis". *Saúde em Debate* 48, n° especial 1. <https://doi.org/10.1590/2358-28982024E18721P>
- Ratcliffe, Matthew. 2016. "Existential feeling and narrative". En *Funktionen des Lebendigen*, editado por Thiemo Breyer y Oliver Müller, 169–92. Berlin; Boston: De Gruyter.
- Ratcliffe, Matthew. 2024. "On losing certainty". *Phenomenology and the Cognitive Sciences*: 1–19. <https://doi.org/10.1007/s11097-024-09999-2>



- Ratcliffe, Matthew, y Eleanor Byrne. 2022. "Grief, self and narrative". *Philosophical Explorations: An International Journal for the Philosophy of Mind and Action* 25, nº 3: 319–37. <https://doi.org/10.1080/13869795.2022.2070241>
- Stoller, Paul. 1987. *In sorcery's shadow: A memoir of apprenticeship among the Songay of Niger*. Chicago; London: The University of Chicago Press.
- Stoller, Paul. 2009. *The power of the between: An anthropological odyssey*. Chicago; London: The University of Chicago Press.
- Turner, Victor. 1982. *From ritual to theatre*. New York: Performing Arts Journal Press.
- Turner, Victor. 1985. *On the edge of the bush: Anthropology as experience*. Tucson: University of Arizona Press.
- Turner, Victor, y Edward Bruner. 1986. *The anthropology of experience*. Urbana: University of Illinois Press.
- Vilca, Mario. 2009. "Los ojos cerrados a la espera del sol maduro: La celebración de las almas en Llamerías, Puna de Jujuy". *Revista Anual de la Unidad de Historiografía e Historia de las Ideas*, 11, nº 1: 45–51.
- Vilca, Mario. 2012. "El diablo por la cocina: Muertos y diablos en la vida cotidiana del norte jujeño". *Estudios Sociales del NOA / Nueva Serie*, 12: 45–58.
- Vilca, Mario. 2015. "Cruzando el río de estrellas: Mediaciones no humanas en la celebración a los muertos en el altiplano de Jujuy, Argentina". In *Historia, religión y antropología desde nuestra América Latina*, compilado por Amira Juri, 1–9. Buenos Aires: Vicinguerra.
- Vilca, Mario. 2016. "Sol y muertos: Antiguas persistencias en el despacho a los muertos nuevos. Llamerías, puna de Jujuy". In *Wak'as, diablos y muertos: Alteridades significantes en el mundo andino*, compilado por Lucila Bugallo y Mario Vilca, 413–40. San Salvador de Jujuy: EDIUNJU; Instituto Francés de Estudios Andinos.
- Wright, Pablo. 1994. "Existencia, intersubjetividad y experiencia: Hacia una teoría-práctica de la etnografía". *RUNA. Archivo para las Ciencias del Hombre*, 21, nº 1: 347–80.
- Wright, Pablo. 2008. *Ser-en-el-sueño: Crónicas de vida toba*. Buenos Aires: Biblos.
- Wright, Pablo. 2022. "Reflexiones sobre ontología de la etnografía: Entre la experiencia, el poder y la intersubjetividad". *RUNA. Archivo para las Ciencias del Hombre*, 43, nº 3: 317–44. <https://doi.org/10.34096/runa.v42i3.XXX>