Construyendo instrumentos para pensar-nos

Es indudable que el flujo de las tendencias, de los capitales de orden económico y simbólico, va transformando la infraestructura y la vida cotidiana de los colectivos sociales. Desentrañar la lógica o el sentido de acciones por parte de actores sociales en sus territorios, lleva a constatar que existen matrices de acción: con diferencias relativas los comportamientos humanos tienden a tener ciertos patrones comparables y a conformar redes en espacios varios... argumentos todos que nos llevan a confirmar la impresionante riqueza de oportunidades de estudio, y de expertises, para la antropología en nuevos-viejos mundos, o instituciones, por donde se mueven las personas, las colectividades. Es una meta científica que se lee entre líneas a lo largo de este nuevo número del Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay, meta que comparten todos los autores nacionales y extranjeros, así como de quienes han venido a ofrecer cursos, conferencias, debates, documentales. Esta publicación es una forma de registro de tanta actividad y compromiso.

Gracias a la cooperación invalorable del Programa de Ciencias Sociales y Humanas de la UNESCO en Montevideo, el *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay* se publica integralmente, en formato electrónico, en el sitio de dicha institución, expandiendo así la masa de lectores (http://www.unesco.org.uy/shs/es/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/publicaciones.html).

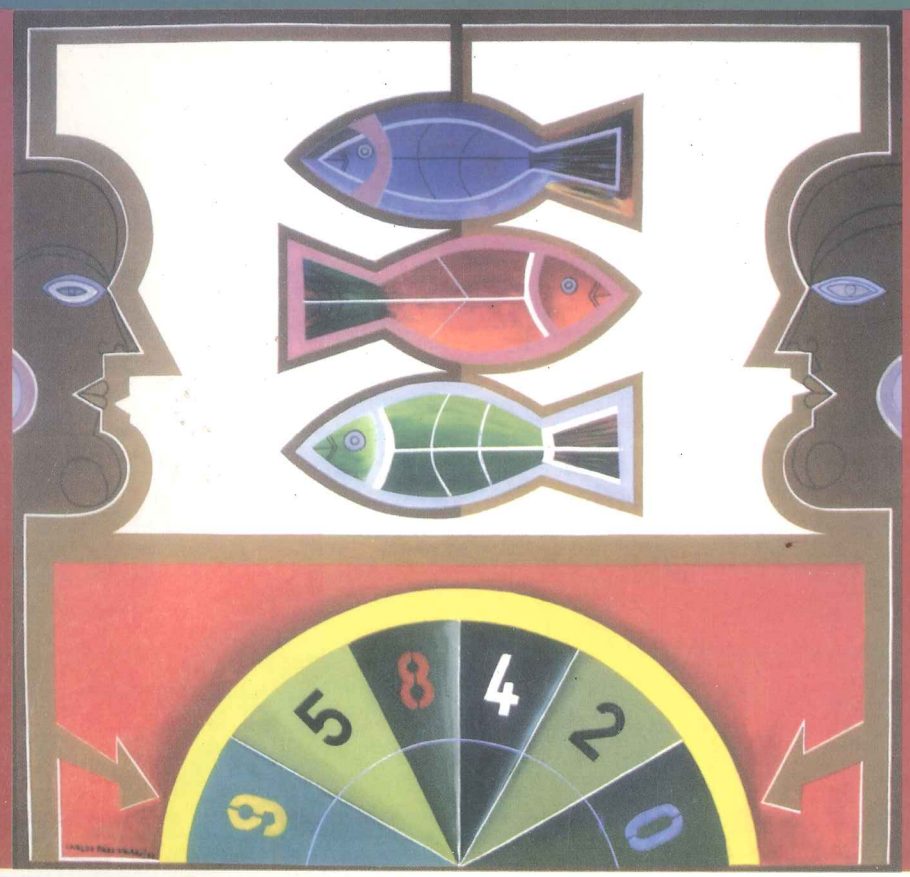
ISSN: 1510-3846

ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL EN URUGUAY / 2009-2010

Anuario

ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL EN URUGUAY

2009-2010



Expresión, cognición, memoria
Ruben Tani, João Queiroz, L. Nicolás Guigou 19

Antropología acercando mundos
Oiara Bonilla, Silvina Merenson, Martín Gamboa, Susan Lobo, Adriana Goñi Mazzitelli 77

La subjetividad y lo cultural en escenarios médicos
Eduardo Álvarez, Cecilia Speranza, Sonnia Romero, Eloisa Rodríguez, Fabricio Vomero, Jorge Spatakis 215

Jóvenes y prometedoras etnografías
Martín Fabreau, Carlos Defazio, Juan A. Nadruz, Victoria Evia, Valentín Magnone, Ma. Noel García, Ana Cristina García, P. Valentina Brena 125

Vitalidad y diversificación de actividad académica del Departamento de Antropología Social
Sonnia Romero, Giorgio Piccinato, Claude Sirois Simoneau, Gabriela Campodónico, Sindicato Unico Nacional de Trabajadores del Mar y Afines, Javier Taks, Juan Martín Dabezies, Gabriel de Souza, José Miguel Delgado Barrado, Leda Chopitea Gilardoni 179

Departamento de Antropología Social
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Universidad de la República

Compilación y Edición:
Sonnia Romero Gorski

Gracias a la cooperación invalorable del Programa de Ciencias Sociales y Humanas de la UNESCO en Montevideo, el *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay* se publica integralmente, en formato electrónico, en el sitio de dicha institución, expandiendo así la masa de lectores (http://www.unesco.org.uy/shs/es/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/publicaciones.html).

La presente edición del Anuario está parcialmente financiada por Förlaget Nordan/Non commercial, Suecia.

© 2010, **Sonnia Romero Gorski** (*Comp. y Edit.*)
Departamento de Antropología Social - FHCE - UdelaR
sromero@fhuce.edu.uy
www.fhuce.edu.uy

© Para esta edición, **Editorial Nordan–Comunidad**
Avda. Millán 4113, 12900 Montevideo
Tel: (598-2) 305 5609, fax: 308 1640
C.e.: nordan@nordan.com.uy
www.nordan.com.uy

Diseño: Ruben G. Prieto
Armado: Javier Fraga

ISSN (Nordan): 1510-3846

provienen de la vida sexual, sino de la lucha del yo por conservarse y afirmarse." (Freud, S. (1915(1996):132)[13].

El odio ubica al otro como un enemigo, al que en un momento extremo puede llegar a *dársele muerte;* dos elementos fundamentales que deben entonces ser señalados; primero, que no se odia a cualquiera y segundo que el sujeto odiado funciona como alguien fundamental en la economía subjetiva del individuo que odia[14].

El médico muerto es quien no firma el acta de defunción, es el que se vuelve inubicable, no considerando que la relación médico-paciente no concluye si hay un familiar en espera de explicaciones. La actitud del médico (muerto) se produce desconociendo el hecho profundamente estudiado en el ámbito de la psicología médica de que el mantenimiento de una buena relación médico paciente, desactiva las respuestas querellantes o cuestionadoras de los enfermos y familiares.

Este caso revela dramáticamente este punto porque incluso, la propia acusación por parte del luego homicida resulta difícil de ser procesada por los médicos, así como también todo el proceso que devino tras la muerte de este médico, cuestión que queda patentizada por el enorme movimiento de los médicos por intentar comprender lo sucedido, en el que incluso se enmarca nuestro trabajo. *"Generalmente, los médicos no estiman que la enfermedad pueda ser objeto de acusación y, para algunos, esta perspectiva puede ser desagradable. Pero como nuestro enfoque no es médico, sino antropológico, ésta es la esfera más promisoria para comparar las construcciones rivales del terapeuta."* (M. Douglas (1998:52)

En este caso el acto homicida surge como una respuesta, no como un acto deliberado y racionalmente buscado por el matador, aunque fue una acción que en psicoanálisis se conoce como *acting out,* producida a partir de una irrupción "fuera de lugar".

Un *acting out* es una acción generalmente agresiva y también aislable dentro de las actividades más o menos normales en la vida de una persona. Evidentemente la comprensión de este suceso sólo puede ser parcial, debido al hecho que tampoco nos proponemos evaluarlo en la economía subjetiva del matador, cuestión por demás compleja y que requeriría un trabajo de otro carácter.

En resumen quisimos mostrar, en un caso extremo, cómo la enfermedad puede perturbar radicalmente la vida de las personas, tanto de enfermos como de familiares, temporal o duraderamente, pero insistiendo que también es factor alterador de la vida de los agentes que se encargan de resolverla, en niveles todavía por analizarse.

Los procesos de enfermedad y curación, con sus múltiples determinaciones, sociales y psicológicas, son vividos en la actualidad en contextos institucionales muy complejos lo que provoca que se produzcan relaciones sociales conflictivas.

13. *Pulsiones y destinos de pulsión.* Tomo XIV. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.

14. Tanto J. Lacan (1999. *Seminario número 5, Las formaciones del inconciente.* Paidós. Buenos Aires) como J. Derrida (2000. *Dar la muerte.* Paidós. Barcelona.) insistirán en la compleja relación de *identificación* que se produce con ese otro al que se odia y habría que destruir, que queda patentizada en la unión perpetua entre matador y muerto.

Parte IV

Complemento para el debate: la violencia vista desde la profesión médica

Dr. Jorge Spatakis

Del análisis de casos de violencia registrados en el ámbito de la salud, parece desprenderse una constatación: muchos casos se vinculan con una necesidad insatisfecha, una demanda incumplida:

- de atención de salud (en cuanto a lo meramente técnico).
- demanda de atención en cuanto contacto humano o vínculo comunicativo.
- de manejo práctico de tiempo y espacio (las demoras, los traslados, la plurilocalidad).
- de comunicación en cuanto a su realización en el espacio social, como en una institución, etc.

La insatisfacción parecería surgir de una discrepancia en los planos de expresión entre: el paciente que solicita / el médico que provee.

¿Cuáles son esas necesidades de solicitud (expresa o no) del paciente que no son provistas por el médico y que, al ocurrir tal contingencia, generan tensión al grado de desencadenar violencia?

La Institución y la Actitud del profesional médico[15]

El marco institucional es más que un rótulo. Es un límite, una especie de barrera que circunscribe y delimita el espacio en el cual se desenvuelve la acción producida en la relación médico-paciente. El médico aquí no es el médico-hombre, la persona con título académico, sino el médico-funcionario de la institución, a su vez un subproducto del médico-técnico profesional, que es "médico ante todo". Esto quiere decir que es el saber académico impuesto al desempeño de la actividad médica el que prevalece (o prevalecería) ante otras situaciones de carácter más cercano o personal.

El paciente, a su vez, cuando se incorpora como tal al marco asistencial de una institución, pierde gran cantidad de los atributos que caracterizan su individualidad humana en tanto rasgos personales, y se reviste casi exclusivamente de aquellos que son necesarios para la labor médica centrada en los estereotipos nosológicos y sus variedades.

De esta manera se establece una complementariedad doblemente perversa y doblemente irreal: (1) un paciente que busca un médico humano en su carácter y técnicamente competente y (2) un médico que, ceñido por las limitaciones que el marco institucional le fija y por las estructuras de razonamiento adquiridas durante su adiestramiento

15. Modelo propuesto por Sonnia Romero, ver Parte I en este dossier.

curricular, está dispuesto a asistir sólo a aquellos sectores u órganos del paciente que considera abarcables por el foco de su visión académica y asistencial.

Símbolos de la atención de la salud

No se ha descubierto nada extraño cuando se ha afirmado que la salud es un equilibrio dinámico, un estado más o menos modificable dentro de ciertos parámetros que incluyen el bienestar corporal, mental, psíquico, extendiéndose a los ámbitos en los cuales el ser humano se desenvuelve. Quien restaura el equilibrio cuando éste se pierde, o evita que esto ocurra, es principalmente el médico. La dupla médico-paciente representa la función del médico como proveedor de un servicio de salud a su solicitante que lo convoca en tanto técnico autorizado y capacitado para encargarse de que ello ocurra. Recordemos, de paso, que la palabra *terapéutica, o terapia* derivan del vocablo griego *therapeuo*, que significa cuidar, proveer, suministrar, tener cuidado de, (en latín, *curare)*.

Ese buen cuidado, ese suministro, ese servicio, es símbolo de atención de salud.

Un símbolo es un signo especialmente complejo; remite a la noción clásica de origen griego en que un *sýmbolon* es un sello partido en dos, y necesita de las dos mitades, perfectamente coaptadas, para que se reproduzca la imagen representada.

De igual modo es de la perfecta coaptación de las dos mitades de la dupla médico-paciente que surge la significación social de la atención de salud con su valor convencionalmente atribuido.

Por lo expuesto anteriormente va de suyo que tal coaptación no ocurre. Quedan espacios en blanco, significantes vacíos en los que se vierte la necesidad insatisfecha en forma de dolor, de inestabilidad, de rechazo, o de violencia. Sus causas y mecanismos remiten al concurso de la Psicología y exceden el rol del Antropólogo, pero subrayemos que la acción de la dupla médico-paciente debería, convencionalmente, significar "atención de salud".

> *"Pero, ¿de qué salud se trata?(...) Por un lado, la nebulosa original de la salud no se reduce a las dimensiones de lo corporal y de lo médico: comprende aspectos jurídicos, morales, intelectuales, tecnológicos, que el reduccionismo sanitario tiende a escamotear.*
> *Por otra parte, cada uno de los términos latinos [que significan "salud"] parece tomado en las tensiones que son precisamente las que hoy atraviesan al dominio de la salud: para salus, entre lo físico y lo cívico, entre el bien y el derecho; para sanitas, entre lo patológico y la norma, entre la racionalidad y el valor; y finalmente, para salubritas, entre lo individual y lo colectivo, entre lo técnico y lo político.(...)"*[16]

Existe una vasta producción etnográfica que nos permite reconocer que las diferentes culturas no sólo definen, sino también experimentan la "enfermedad" de modos diferentes, aún pudiendo rotularse las afecciones de igual manera.

El discurso y la normatividad

La selección de datos de la realidad que es base para la construcción de una unidad compleja a la cual se designa y nomina, resulta de capital importancia a la hora de establecer el nexo comunicativo indispensable para la interacción social.

16. Didier FASSIN, 2006; "Entre politiques de la Vie et politiques du vivant. Pour une Anthropologie de la santé", 96-116. En: anthropologie et société numéro spécial. Terrains d'avenir, 2006.

> *"Al constituirse, el discurso médico introduce un corte que está en el fundamento de su ética.*
> *El enfermo, como tal, ya no existe. Es al hombre supuestamente sano, al menos en su pasado o en su futuro, que se dirige la medicina (...)*
> *El discurso médico separa al hombre de su enfermedad (...)Sin embargo, el estado de salud no se experimenta subjetivamente sino a partir de la enfermedad, como un bien que se ha perdido, y en el momento de la curación, como un bien recuperado. Fuera del tiempo crítico de la enfermedad, la salud se vive "en el silencio de los órganos", pero no se experimenta."*[17]

Con Canguilhem[18] podemos recordar –y ya desde el lenguaje se vislumbra la línea de pensamiento– que tanto los conceptos de "anormal" o de "anómalo"son declarativos o descriptivos, pero siempre referenciales. Al mismo tiempo es necesario un concepto normativo para que una anomalía sea considerada como tal, y observemos cómo los órdenes de referencia son diferentes: el individuo, por un lado, y la especie, por otro, llamémosle, la sociedad humana.

En cualquier caso la terminología médica actúa de modo normativo y establece un corte de la realidad.

Centro biológico y periferia de las relaciones

Tal vez uno de los puntos importantes sea la consideración de que,

> *"Los fenómenos que afloran a la superficie en forma de signos, síntomas y experiencia se muestran como susceptibles de ser comprendidos en relación con mecanismos subyacentes a un nivel ontológico previo".*[19]

Ello, obviamente, supone un estado de cosas centrado en un enfoque mecanicista en alto grado, pero lo que interesa –dado el tema "violencia" como manifestación social- es ver cómo se ubica lo social en la apreciación del paciente individual (considerado éste ya como tal, y debidamente rotulado) con la posible salvedad de los pacientes psiquiátricos, para los cuales también el enfoque biologicista parecería prevalecer.

En este sentido, situar lo social de modo periférico a un substrato biológico considerado central y eje del pensamiento que dirige la práctica médica nos lleva a considerar al sistema médico (no ya a los profesionales individual y personalmente considerados) como un vector de la biopolítica (concepto que refiere al pensamiento de M.Foucault), y una regularización de la llamada patetización del mundo (refiriendo al concepto de Didier Fassin) por los sistemas médicos y por los engranajes políticos en el espacio social.

Desde esta perspectiva *"el poder sobre la vida (que ostentan los médicos como sistema institucionalizado) así constituido, se ejerce, es sabido, según dos modalidades: por un lado, es "una anatomo-política del cuerpo humano" por la cual las "disciplinas" someten al individuo a procedimientos que lo hacen apto para el buen funcionamiento de la sociedad, y en especial de la economía, y por otra parte, es una "bio-política de la población" por la cual las "regulaciones" controlan, a la vez por medidas y por intervención, la especie, y más particularmente, los fenómenos vincu-*

17. Jean Clavreul,1980: 231. L'ordre médical, Eds. Du Seuil, Paris. (Traducción libre de la cita por J. Spatakis).

18. Canguilhem, Georges, 1969. Le normal et le pathologique. Ed. P.U.F, Paris.

19. Byron Good, 2003: 148. Medicina, racionalidad y experiencia. Un Enfoque antropológico. Ed. Bellaterra, Barcelona, p.148.

lados al nacimiento, a la enfermedad y a la muerte, estos dos últimos estrechamente vinculados entre sí".[20]

Tipos de violencia

Entiendo conveniente establecer una diferencia entre una *violencia de situación* entendida como una contingencia que desborda las posibilidades de equilibrio y compensación instantáneas, producto en general de elementos surgidos en el contacto mismo con el médico y la *violencia de base* que sería la respuesta a un estado disfuncional en el que se acumulan tensiones hasta el punto crítico de su estallido en forma de acciones violentas, por lo general resultado de violencia simbólica de la que los sistemas institucionales parecen ser los principales responsables.

Ambos tipos de violencia, sin embargo, se retroalimentan. Es necesario un correcto diagnóstico de situación con un adecuado análisis reflexivo para tener clara noción de qué mecanismos se involucran. No es suficiente con un reconocimiento del emergente.

Habida cuenta de la acción en una institución, ¿qué elementos son capaces de producir o propiciar violencia?

En este sentido las quejas de los pacientes y del propio cuerpo de funcionarios (médicos y no médicos) nos pueden guiar para su reconocimiento.

Algunas de las quejas de los pacientes son: el manejo de los tiempos, los espacios dispersos de los servicios, la dispersión de referencias y responsabilidades, el trato impersonal, la falta de flexibilidad y consideración humana, las profundas asimetrías de trato.

A su vez los médicos suelen quejarse de la falta de organización, la mala distribución de horarios y tareas, la falta de comunicación con los datos referenciales, la disparidad de criterios, la irregular disposición de competencias, jerarquías, tomas de decisiones y rangos de acción y, por supuesto, los temas económicos (remuneración, selección de personal, preferencias, distinciones presupuestales y escalafones).

Como resultado de estas fuerzas puestas en juego, surgen verdaderos huecos, espacios no colmados, como decíamos, áreas de no coaptación, desajustes que generan terreno propicio para insatisfacciones crecientes que, de no ser compensadas o contenidas, pueden aflorar como violencia objetiva o permanecer como violencia simbólica.

La contracara

Cuando ocurre el hecho violento ¿no se han trasgredido ya derechos de una o de otra parte de la dupla médico-paciente?

Baste recordar las veces que el médico visita un domicilio y se ve forzado a solicitar silencio para auscultar a su paciente (a veces, incluso, sólo para poder oírlo) ante el bullicio de familiares que parlotean, la televisión encendida, el ir y venir de integrantes del grupo domiciliario, incluyendo animales. Ante tal situación el reclamo del médico suele verse con desagrado por quienes no guardaron la compostura y el respeto necesarios ante el profesional que necesita cumplir con la tarea para la cual se lo convocó. Se interpreta a veces como muestra de prepotencia de alguien de afuera que "quiere imponer reglas en la casa". No es extraño, dado que cualquier intento de

20. Didier Fassin, 2006, "Entre politiques de la vie et politiques du vivant, pour une anthropologie de la santé", op. Cit.

corregir un hábito, por pernicioso o perjudicial que pueda este ser, se recibe como una pesada imposición, una muestra inaceptable de autoritarismo.

Muchas veces no se aprecia el gesto terapéutico, sino que se ve como una recomendación enojosa a la cual conviene desatender porque impide el disfrute de algo que aprecia el paciente. De igual manera se comportan pacientes que se automedican sin conocimiento de causa, o incumplen según capricho con el tratamiento indicado. La reacción, al verse descubiertos, suele ser violenta.

En otros casos es la falta de confianza en el profesional la que va de la mano con la falta de reconocimiento del estado mórbido y sus consecuencias individuales y sociales.

Una de las más incómodas y difíciles situaciones que a veces el médico debe enfrentar es el ser testigo de violencia, sea porque la constata en su diagnóstico o durante la exploración, o en pleno ejercicio del acto médico. Es sabido que la violencia familiar en especial, y de pareja en particular, engloba en círculos viciosos a sus participantes, sean víctimas o victimarios. Diríamos que los "contamina", los introduce en una condición de la cual deben salir para recuperar la salud relacional.

En este sentido, la palabra y la acción del médico se manejan mucho más en el terreno de las proyecciones simbólicas que en de las acciones efectivas en sí, y la sensación de incomodidad que produce en el paciente el saberse involucrado o implicado, se asemeja en mucho a la de saberse sucio, impuro, contaminado. Se rechaza no sólo a la condición ("nada que ver"), sino a quien la declara: se afirma que la situación es otra, que la interpretación del médico no tiene "nada que ver" con lo que ocurre en realidad. En muchas oportunidades, en especial las de violencia física, sexual y las de abandono, las reacciones de los pacientes (o de sus familiares) al saberse descubiertos pueden ser peligrosamente violentas y de muy difícil contención.

Retórica de la reivindicación y tópicos fundamentales del infortunio

Centrado en la posesión de una razón que ni el médico como agente de salud (ni la sociedad que lo incluye ni la institución de la que proviene) parecen comprender, el malestar (en palabras de Didier Fassin, el infortunio) moviliza cuatro tópicos:

- la necesidad
- la compasión
- el mérito y
- la justicia (la reivindicación de derechos)[21]

Mediante la exposición de elementos pretendidamente objetivables (por el médico) de su cuerpo o mente, que requieren atención de salud, el paciente se declara a sí mismo legitimado para ejercer su reclamo, trascendiendo la subjetividad, la relación meramente personal, la contingencia individual. Así accede –sin advertir que se basa en una política de la patetización de la relación de salud- al campo de acción social, con la pretensión de ampararse de pleno derecho en elementos "objetivables" que apoyen su acción, por tensa o violenta que pueda ella ser. La asimetría de la posición del médico no hace más que agregar pesas en el platillo de la reivindicación en "compasión" y "justicia".

21. (cf. Didier FASSIN, "Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia, en Cuadernos de Ant.Social N° 17, pag 49-78, 2003, UBA).

Conclusión

La dimensión social de la actividad médica requiere de ella una reformulación en diferentes planos, desde la formación del médico en los comienzos mismos de la introducción a la carrera, a nivel académico, como disciplina que propicie un pensamiento reflexivo de par con la práctica de los conocimientos científicos adquiridos. Al mismo tiempo, el paradigma que sitúa a la biología en el centro y deja en la periferia todo lo social y cultural no ha dado muestras más que de utilidad meramente técnica para un muy limitado número de casos, sacrificando, ciertamente el éxito en la mayoría. Se hace necesaria una revisión, o incluso una substitución del paradigma médico vigente. En las instituciones médicas es necesario repensar y revalorar cada aspecto de este tema, a menos que quiera seguir arriesgándose la salud social, más que la individual.

Otro tanto ocurre con el paciente; se requiere de una tarea educativa integral para él, para que tenga conocimiento de causa y nociones plenas de sus derechos, así como también de las obligaciones que cada uno de ellos conlleva. Es tarea de años, de práctica médica, pero esencialmente de (re)educación: médica, institucional y social.

Jóvenes y prometedoras etnografías

Encorvados los Burgueño, 1998
Técnica: Acrílico sobre tela, 100 x 100 cm