

Sonnia Romero Gorski

Coordinadora

Prólogo: Eduardo Álvarez Pedrosian



Abordajes antropológicos y etnográficos

Temas de salud en la Cuenca del Plata



Programa de
Antropología
y Salud



Fundación
de Cultura
Universitaria



FHCE
Facultad de Humanidades
y Ciencias de la Educación



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Abordajes antropológicos y etnográficos

ABORDAJES ANTROPOLÓGICOS Y ETNOGRÁFICOS

Temas de salud en la Cuenca del Plata



Fundación
de Cultura
Universitaria



Fundación
de Cultura
Universitaria

Imagen de tapa: Tapuat nativo americano obtenido de: *Medicina popular: viejas y nuevas prácticas* (2017)

1.^a edición, agosto 2025
ISBN: 978-9974-2-1567-2

Editorial Fundación de Cultura Universitaria
25 de Mayo 553 - Tel. 2916 1152
CP 11 000 Montevideo - Uruguay
ediciones@fcu.edu.uy
www.fcu.edu.uy

Derechos reservados

Queda prohibida cualquier forma de reproducción, transmisión o archivo en sistemas recuperables, sea para uso privado o público, por medios mecánicos, electrónicos, fotocopadoras, grabaciones o cualquier otro, total o parcial, del presente ejemplar, con o sin finalidad de lucro, sin la autorización expresa del editor.

CONTENIDO

PRÓLOGO	11
Eduardo Álvarez Pedrosian	
PREFACIO	17
LISTA DE AUTORES/AS INTEGRANTES DEL PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD	23
REVISORES DE TEXTOS	25
AGRADECIMIENTOS.....	27
UN DEVENIR, INVESTIGANDO EN DIFERENTES TIERRAS Y CULTURAS.....	29
Sonnia Romero Gorski	
FUNDACIÓN DEL HOSPITAL DE GUERRA Y LA SOCIEDAD FILANTRÓPICA DE DAMAS ORIENTALES...	59
Virginia María Rial Ferreyra	
LOCURA Y SOCIEDAD. UN INFORME DE 1884 DESCRIBE EL MANICOMIO Y PROYECTA A LA PSIQUIATRÍA.....	85
Fabricio Vomero	

UN ABORDAJE DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD EN
DISTINTOS CONTEXTOS DE ALCOHOLIZACIÓN 117

Fabrizio Martínez Dibarboure

«DONDE LAS CAMAS NO TIENEN NOMBRE».
CONSTRUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN DE LOS
PROCESOS DE SUBJETIVACIÓN EN EL CAMPO
DE LA SALUD HUMANA..... 139

Gabriel Mega

TRABAJO DE ANÁLISIS. VINCULACIÓN ENTRE
LA SEMIÓTICA COGNITIVA Y EL TRASPLANTE
DE ÓRGANOS 153

Samuel Rodríguez

CONTINUIDAD EN LA TRANSMISIÓN DE
CONOCIMIENTO ANCESTRAL: USO DE PLANTAS
COMO MEDICINAS EN URUGUAY 163

Gregorio Tabakian

REPENSAR EL EMBARAZO ADOLESCENTE A
LA LUZ DE CAMBIOS EN LA FECUNDIDAD EN
URUGUAY, (CENSO 2023)..... 199

Eloisa Rodríguez Lussich

UNA MIRADA ETNOGRÁFICA A LA
MEDICALIZACIÓN DE LAS AUTOLESIONES
Y EL SUICIDIO EN CÁRCELES URUGUAYAS
DURANTE LA PANDEMIA..... 217

Rodrigo Abaira

ABORDAJE ECOSISTÉMICO PARA PREVENIR Y CONTROLAR EL VECTOR DEL DENGUE EN URUGUAY. COLABORACIÓN ANTROPOLÓGICA	225
Selene Cheroni	
POSFACIO	235
INFLUENCIA DEL IMAGINARIO SOCIAL EN PERÍODO DE PANDEMIA, URUGUAY, 2020.....	237
Sonnia Romero Gorski, Fabrizio Martínez, Fabricio Vomero, Virginia Rial, Selene Cheroni, Samuel Rodríguez, Gregorio Tabakián, Cristian Dibot, Rodrigo Abraira, Joaquín Martínez	

PRÓLOGO

Eduardo Álvarez Pedrosian

Prof. Agregado, FIC-Udelar
Coordinador del Laboratorio Transdisciplinario
de Etnografía Experimental (Labtee)
Facultad de Información y Comunicación, Udelar.

Quienes fuimos formados en los años en que Sonia Romero Gorski fue responsable no solo del entonces Departamento de Antropología Social y Cultural de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de la República, sino de varios cursos troncales y en especial del taller de investigación, guardamos, creo, su impronta en forma decisiva. A mediados de la década de 1990 aspirar a dedicarse en cuerpo y alma a la antropología parecía una quimera, pero el horizonte estaba cargado de promesas a pesar de todas las dificultades. Cómo olvidar las clases de etnología dedicadas al Magreb, a un acercamiento al mundo del islam, y en particular, desde las experiencias etnográficas que llevó adelante en el campo de la salud. Etnicidad, religión, ideología, parentesco, hábitat, formas expresivas y sensibilidades, y un largo etcétera, se entretrejan en la compleja trama de la cultura y atizaban nuestro extrañamiento para madurar la actitud crítica y comprensiva necesaria en nuestro oficio.

El taller de investigación del grado en aquellos años, cuando no existían posgrados especializados a nivel local, llevaba por nombre o tenía como designación temática la dupla Salud y Ciudad. En su marco elaboré mi primer proyecto de investigación propiamente dicho, centrado en las estrategias elaboradas por pacientes internados y sus allegados en el emblemático Hospital Maciel, en la Ciudad Vieja de Montevideo. La inclinación por las temáticas urbanas y territoriales más en general no dejaban de estar presentes, y la antropología

nos permitía elaborar articulaciones complejas según síntesis etnográficas donde integrar cada aspecto del universo de fenómenos en cuestión. Con el paso del tiempo, aquella conjunción temática original en mi formación de base fue ganando cada vez más sentido: efectivamente, siempre se trató de la cuestión del habitar, de lo más importante de la condición humana y de toda forma de subjetivación.

Sonniah habilitó, de manera directa como docente y a partir de su dirección en diversos niveles de construcción institucional, muchos frentes de desarrollo para nuestra formación e inserción regional e internacional. A partir de aquellas generaciones comenzaron a proliferar trabajos etnográficos de manera considerable. Luego vendrían los posgrados locales, a un tiempo que se enriquecían y potenciaban los vínculos académicos con el mundo, en una lógica de reciprocidades que no ha cesado de crecer.

También es de señalar la cuestión del vínculo de la investigación con los debates públicos y la intervención en la realidad social: su trabajo ha sido un ejemplo de cómo posicionarse al respecto, en áreas tan sensibles como la salud, donde las ciencias humanas y sociales muchas veces son descalificadas ante los saberes de las profesiones encargadas del ejercicio y control directo de las instituciones responsables de su gestión. El vínculo en particular con el saber médico, la forma de problematizar los fenómenos, construir conocimiento sobre ello y ponerlo a jugar, es parte también de todos esos aprendizajes. La creación del Programa en Antropología y Salud, sin dudas, permitió la consolidación de este trabajo, especializado en una temática y al mismo tiempo ejemplo del trabajo profesional para la antropología hecha en Uruguay y desde ella hacia fuera de fronteras.

Las publicaciones precedentes elaboradas por el Programa, así como esta que presentamos, dan cuenta cabal de ello. En sus páginas nos encontramos con el estudio de modelos asistenciales actuales y pasados, los cuales solo pueden comprenderse a partir de los contextos específicos inmersos en una historia social en devenir, gracias a lo que el análisis de prácticas concretas nos permite inferir. Yendo al sustrato imaginario de la producción de subjetividad, la misma concepción de lo

sano y lo enfermo, las explicaciones e interpretaciones más en general sobre los orígenes, las causas y las formas de tratar los padecimientos, constituye el núcleo de toda problematización antropológica al respecto.

Las creencias transmitidas, los saberes elaborados y los conocimientos validados, se encuentran envueltos en dichos procesos y sus relaciones complejas, más o menos institucionalizados según relaciones de fuerza determinantes, a su vez, de las posiciones de los sujetos, sus roles socialmente asignados y las capacidades de agencia inherentes a ellos. Diversos agentes, roles y competencias, por tanto, intervienen en lo que socialmente es considerado como válido al respecto, incluso más allá de los imaginarios más asociados al sentido común, a lo esperado y concebido desde fuera de los campos de experiencia donde se suscitan los acontecimientos. También hay movimientos instituyentes, umbrales entre lo permitido y lo prohibido e intersticios entre las estructuras.

Todo ello exige un trabajo minucioso de elucidación que puede encontrarse a lo largo de los diferentes capítulos de esta obra, a partir de casos etnográficos sumamente interesantes y ricos en sus alcances, según escenarios y acontecimientos cargados de significación. Antropologizar la salud nos plantea, por tanto, preguntas que atañen a cómo nos concebimos como seres, a nuestras relaciones con otras entidades y fuerzas, algunas consideradas como igualmente animadas -o sea, portadoras de un alma-, tanto de fuera como de dentro, en el cuerpo, en los órganos.

Quien crea que todo ello es fruto de la superstición y no tiene cabida en nuestra cultura quiere tapar el sol con una mano, más aún desde las últimas décadas con la explosión en Occidente de las llamadas terapias alternativas y la interrelación cada vez más densa con otras configuraciones antropológicas en el contexto de la mundialización de las culturas. Estudios de etnobotánica dialogan con análisis sobre el uso y los efectos de medicinas sintéticas, abriendo interrogantes sobre los vínculos con otros tipos de sustancias presente en lo cotidiano, como las psicoactivas. Recordemos el sentido griego de fármaco, donde su carácter benéfico o maléfico depende de la dosificación, el tipo de consumo más en general, el vínculo en

definitiva con la sustancia a partir de prácticas específicas y sus consecuencias.

Desde esta perspectiva, diversas contribuciones analizan los llamados efectos psicosomáticos de ciertos tratamientos médicos, como una operación quirúrgica, o de procesos de más larga duración como ciertas terapias, con sus prácticas, dispositivos y agentes involucrados. Puede tratarse de un padecimiento agudo o crónico, o podemos estar ante situaciones de riesgo como un embarazo adolescente, e incluso de alto riesgo en condiciones extremas donde se conjugan varios factores sociales, culturales y económicos del contexto. Y más allá de estas situaciones de la atención sanitaria ante enfermedades y padecimientos, la propia prevención y el acompañamiento de cualquier proceso vital en sus sucesivas etapas, incluida la muerte, demanda un abordaje integral de tipo antropológico como el llevado a cabo por el Programa.

La llamada salud mental merece una especial mención. La locura, esa gran otredad en nuestra matriz cultural occidental moderna, también es abordada en estas páginas. Las tradiciones teóricas presentes en el equipo de investigación y los antecedentes considerados nutren su caja de herramientas, en diálogos epistemológicos imprescindibles. La historización de su concepción y tratamiento resulta un gran aporte, gracias a lo cual la etnografía también se alimenta de insumos historiográficos y de otras fuentes para la producción de conocimiento, abordando la temática desde la perspectiva antes referida y retomando desde allí el análisis de las dimensiones compartidas en relación con los otros temas y tópicos estudiados.

Por último, no es casual que el volumen culmine con un trabajo colectivo, que reúne a la casi totalidad de integrantes del Programa, dedicado a la pandemia del COVID-19. Escrito y publicado originalmente en momentos en que el Uruguay pasaba de una primera fase de la emergencia sanitaria de relativo éxito en su control a otra donde el contagio y las muertes provocadas por ello resultó ser de los más altos del mundo en proporción a su población, es un ejemplo potente del tipo de aportes realizados por uno de los grupos más importantes de producción de conocimiento en ciencias humanas y social del país. Como se afirma allí, hecho social total por excelencia,

movilizador simultáneo de las diferentes dimensiones que atañen a nuestras vidas, lo fue además a múltiples escalas, incluso la planetaria.

Las experiencias consideradas a lo largo del libro atañen a temáticas de estudio que tienen una cualidad que nunca hay que perder de vista, que cargan afectivamente e invisten de sentido lo que sucede con la mayor intensidad posible: se trata de la vida y la muerte, del manejo del dolor, de acontecimientos de trascendencia existencial, porque involucran al sí-mismo y a nuestros seres queridos en primera medida, a través de los vínculos más preciados. También conlleva la puesta en evidencia de la imposibilidad de pensarnos como individualidades aisladas, cuando el otro que padece es reconocido, o lo es partir de ello, como un prójimo, incluso desde el anonimato. Pertenecientes a unas mismas tramas ecosistémicas de seres, entidades y fuerzas, lo que está en juego es, por tanto, fundamental, pues se trata del sostén de la vida, siempre singular y singularizante, asediada por la contingencia y la incertidumbre; preciado y delicado milagro que también se obstina en persistir.

Retomando la cuestión del uso del conocimiento -pues no es posterior, sino inherente a su misma formulación-, vale reflexionar una vez más sobre lo que implican al respecto los aportes del Programa en estas páginas y en sus trabajos anteriores: fugar del higienismo normativista, de una concepción de la salud miope en sus capacidades e incluso peligrosa en sus efectos en nosotros mismos, debe hacerse procurando la formulación de aportes para una efectiva salud integral, que la considere como proceso bio-psico-social. Abrirse a otras racionalidades no puede prescindir de que seamos sensibles al sufrimiento; comprender la diversidad de formas de ser no evita la existencia del dolor y ser críticos con las instituciones que se construyen socialmente para hacerse cargo de su administración no nos exime de tener la responsabilidad de procurar acercarnos a las mejores prácticas posibles al respecto, aunque cambien sin cesar. El relativismo antropológico ramplón es superado por un compromiso decidido por problematizar lo real junto con todos los involucrados, apostando por la generación de insumos para la elaboración de propuestas y sus derivaciones concretas, sean para aplicarse en un tratamiento como

en diseñar un efectivo plan de prevención, siempre en marcos democráticos de diálogo e incentivándolos desde dicho ejercicio intelectual.

No puedo más que agradecer por el honor conferido a invitarles a leer este magnífico compendio de estudios antropológicos sobre la salud en sus más diversos aspectos e interconectadas facetas, fruto de un periodo de trabajo del Programa en Antropología y Salud. El grupo, como se nos indica, cierra y abre una nueva etapa con ello, embarcado en una creciente apertura interdisciplinaria, sofisticación conceptual y enriquecimiento de casos etnográficos, explorando con técnicas y asumiendo riesgos teóricos a la altura de los desafíos del mundo contemporáneo.

PREFACIO

En este año 2024 se cumplen 20 años de actividad ininterrumpida del Programa de Antropología y Salud después de ser reconocido como tal por el Consejo de la FHCE en el 2004, circunstancia que queremos celebrar con una nueva publicación¹ con textos de integrantes actuales de dicho Programa. El marco institucional ha sido hasta ahora el de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Udelar, Unidad Académica de Antropología Social, del Instituto de Antropología.

Desde los inicios (bastante antes del año 2004) a la actualidad hubo variedad de integrantes, colaboradores, iniciativas académicas abiertas a participación de estudiantes de grado y luego de posgrado, Maestría y Doctorado. Fueron numerosos los proyectos financiados y ejecutados, así como el avance en resultados y conocimiento en el campo de la salud desde las Ciencias Humanas. La perspectiva antropológica junto con el método etnográfico fue produciendo y consolidando una línea de especialización que cristalizó en publicaciones y trabajos finales para obtener el grado, Licenciatura en Ciencias Antropológicas, o de posgrados, tesis de Maestría en Antropología de la Cuenca del Plata o Doctorado en Antropología, FHCE. El conjunto muy amplio de actividades y de producción académica en dicha línea se puede encontrar actualizado en nuestra página web².

Con el paso del tiempo el Programa se fue adaptando al devenir de las vidas individuales de sus integrantes, por significativos cambios de estatus, nuevos destinos o cargos, nuevas

1 Programa de Antropología y Salud. (2014). *Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos*. Editorial Nordan-comunidad, Montevideo. Programa de Antropología y Salud. (2017). *Medicina popular: viejas y nuevas prácticas*. Editorial Nordan-comunidad, Montevideo.

2 Programa de Antropología y Salud: <https://www.antropologiaysalud-uy.org/>

responsabilidades, titulación académica u otros. Actualmente permanece un núcleo de integrantes activos junto con el «capital social» del Programa que va extendiendo vínculos y posibilidades inéditas de participación, (en la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, entre otros).

Es del caso señalar que en julio del 2023 se cumplieron los tres años reglamentarios (no renovables) de mi cargo como Docente Libre de la FHCE gracias al cual seguí actuando en la Coordinación del Programa. Al término de ese período mi rol es más bien simbólico, como coordinadora histórica. A todos los efectos nuevas figuras tienen que ocupar lugares de dirección efectiva.

Por otra parte en el año 2023 la Udelar, incluida la FHCE, aprobó nueva reglamentación y requisitos para avalar existencia de Programas en los diferentes Servicios universitarios, debiéndose presentar a partir de esa fecha un plan a dos años y contar con tres docentes con cargos efectivos para solicitar u obtener el aval académico del Servicio adonde pertenece. Ese cambio de reglas del juego fue en realidad una buena ocasión para el Programa, para introducir innovaciones que estaban de hecho ya contempladas en las propuestas de integración de jurados, de composición de equipos de investigación y de lugares de inserción laboral.

Se trata de la integración multidisciplinaria, no solo de personas físicas sino también de otros abordajes y perspectivas teóricas; se integró la historia a la base existente de Antropología Social y se complejizó el estudio del campo de la salud contemplando de manera más puntual la Salud Mental. Este avance cualitativo y de indudable mayor potencial de alcance significó reunir tres diferentes unidades académicas: dentro de la FHCE el Departamento de Historia Nacional, (doctor en historia Nicolás Duffau) además de la Unidad de Antropología Social (licenciada y magister en antropología Virginia Rial) más el Departamento de Salud Mental de la Facultad de Enfermería (licenciado en enfermería, magister y doctor en antropología Fabrizio Martínez).

Luego de la anterior actualización sobre existencia del Programa, mi contribución es hacer un recorrido hacia los comienzos o los orígenes, que son siempre tenidos en cuenta por

la antropología y las Ciencias Humanas en general. La secuencia temporal aquí no es lineal, las referencias más claras sobre primeras opciones disciplinarias fueron publicadas en el año 2023 (Romero Gorski, S. 2023), por lo que debemos recurrir a lo más reciente para encontrar claves del largo recorrido y la construcción de un punto de vista teórico-metodológico sobre objetos que a priori no tendrían obvia relación (biológica) con la salud o la enfermedad. Hablamos de un mundo relacional donde la mirada antropológica es la que «descubre» el vínculo.

La reconstrucción histórica de trayectoria y línea de especialización pasa por la formación y primeras experiencias de campo, investigaciones etnográficas y etnológicas en Argelia donde inicié el enfoque antropológico de espacios culturales y relacionales dentro del campo de una salud local (situada), con sus diversos agentes e instituciones. Como dice la cita que tomo de D. Fassin, sobre la antropología

Antes que aquello que la disciplina es [definiciones y caracterización de la disciplina] me interesan las ventanas que abre al mundo (...) El antropólogo sabe porque lo ha visto en otra parte o simplemente porque lo ha leído, que lo que damos por sentado no es sino una de las formas posibles de lo real. Por lo tanto puede mirar el mundo de otra manera. Podemos denominar “actitud crítica” esa diferencia de mirada. Y esa actitud no solo tiene consecuencias epistemológicas. También es portadora de perspectivas políticas: si el mundo puede ser de otra forma —y por cierto lo ha sido en el pasado y lo es en otros lugares— entonces el cambio siempre es posible y alimenta otras esperanzas (Fassin D. 2022, p 64 en Romero, S. 2023).

El repaso de primeras investigaciones (en contexto argelino) y la puesta en escritura muy posterior (en contexto uruguayo) responde a la intención de plantear razones y claves del espacio de especialización que se fue armando, completando, en el tiempo largo de docencia, investigación y con diferentes cooperaciones de equipos de estudiantes, de colegas, gente inquieta que apostaba a crecer en su formación explorando territorios poco frecuentes como servicios de salud, hospitales, consultas médicas, entre otros. En el trayecto también abordamos temas

más esperables en estudios etnográficos como la observación y registro de prácticas populares en términos de vínculos de parentesco, descendencia, de tradiciones etno-medicinales o de etno-botánica, de múltiples procedencias con elementos de conocimientos empíricos y de simbolismo mágico-religioso.

Habría que agregar (sobre el camino recorrido) a numerosos aspectos abordados desde la mirada antropológica para una comprensión culturalmente situada, inclusiva, de la salud individual y la salud pública, llegando hasta experiencias de trabajos en equipos multidisciplinarios. Tal fue el caso en el estudio de epidemias, principalmente dengue y en años recientes la pandemia del covid-19 (Romero Gorski y otros, 2020).

Cierre y apertura

Es del caso cerrar estas páginas que tienen el cometido de introducir la complejidad de los temas y de las situaciones etnográficas en las que sistemáticamente me he comprometido y en las que siguieron introduciéndose todos/as y cada uno/a de los/as integrantes del Programa de Antropología y Salud. La historia de la especialización se fue construyendo en varios escenarios, con varias voces y obras inspiradoras de muchos autores. Resulta imposible referirme a tal densidad. Los textos aportados por los/las colaboradores/as del Programa dan prueba de la expansión del interés teórico y del conocimiento antropológico que van produciendo, acumulando y actualizando.

Con esta publicación y sus capítulos sobre temas diversos (según investigaciones originales e individuales) buscamos promover una inmersión en el universo que ya descubrimos, pero donde no agotamos el inventario de todas las aproximaciones posibles.

Sonnia Romero Gorski
Montevideo, marzo 2024

Referencias bibliográficas

Fassin, D. en Romero Gorski, Sonnia. (2023). Manuscrito de Argelia. Registros de Etnología, Cultura y Medicina. Imprimex SA Montevideo.

Romero Gorski, Sonnia. (2023). Manuscrito de Argelia. Registros de Etnología, Cultura y Medicina. Imprimex SA Montevideo.

Romero Gorski, S.; Martínez, F.; Vomero, F.; Rial, V.; Cheron, S.; Rodríguez, S.; Tabakián, G.; Dibot, C.; Abaira, R. y Martínez, J. (2020). Influencia del imaginario social en período de pandemia, Uruguay, 2020. En *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*. ISSN 2393-6886, 2020, Año V, n.º 2, 71–94. <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/revantroetno/article/view/858/921>

LISTA DE AUTORES/AS INTEGRANTES DEL PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD

Abraira, Rodrigo. Licenciado en Ciencias Antropológicas. Maestrando en Facultad de Ciencias Sociales – Udelar.

Cheroni, Selene. Licenciada en Ciencias Antropológicas, FHCE-Udelar. Docente de Antropología y Salud, Facultad de Medicina CLAEH. Coordinadora académica de Introducción a Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina CLAEH.

Martínez, Fabrizio. Doctor y Magíster en Antropología FHCE-Udelar. Licenciado en Enfermería, Udelar. Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría (Udelar), profesor de Filosofía (IPA). Profesor agregado de Enfermería en Salud Mental (Udelar) y profesor de Filosofía en Educación Secundaria.

Mega, Gabriel. Licenciado en Ciencias Antropológicas, FHCE-Udelar.

Rial, Virginia. Magíster en Antropología. Licenciada en Ciencias Antropológicas, FHCE-Udelar. Prof. Asist. Departamento de Antropología Social, FHCE-Udelar.

Rodríguez, Eloisa. Magíster en Antropología. Licenciada en Ciencias Antropológicas FHCE-Udelar. Ex docente Facultad de Medicina del CLAEH.

Rodríguez, Samuel. Licenciado en Enfermería, Udelar. Licenciado en Ciencias Antropológicas FHCE-Udelar. Supervisor general de cuidados intensivos del Hospital Policial.

Romero Gorski, Sonnia. Doctora y Magíster en Etnología, Licenciada en Sociología, Sorbona, Paris V, École des hautes études en sciences sociales (EHESS). Fundadora del Programa de Antropología y Salud, Udelar. Exdirectora del Depto. de Antropología Social, FHCE, Udelar.

Tabakian, Gregorio. Doctor y Magíster en Antropología. Licenciado en Ciencias Antropológicas FHCE-Udelar. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores (SNI/ANII). Exdocente Facultad de Medicina.

Vomero, Fabricio. Doctor y Magíster en Antropología, FHCE-Udelar. Licenciado en Psicología, FPSICO-Udelar. Psicólogo en Sociedad Española.

REVISORES DE TEXTOS

Borthairy, Aida. Médica, Vice Presidenta de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina.

Arce, Darío. Doctor en Antropología, Agregado de Cooperación Lingüística y Cultural, Embajada de Francia en Montevideo.

Beretta, Ernesto. Antropólogo, docente de Historia del Arte de la FHCE, Udelar. Equipo técnico del Museo Histórico Nacional.

Duffau, Nicolás. Doctor en Historia, Director del Instituto de Historia Nacional de la FHCE, Udelar.

Turnes, Antonio. Médico, expresidente y miembro de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina.

AGRADECIMIENTOS

Los/as autores/as agradecen gestos de orden diverso que hicieron posible esta publicación:

La revisión externa de Darío Arce (antropólogo), de Ernesto Beretta (antropólogo), de Aída Borthey (médica), de Nicolás Duffau (historiador), de Antonio Turnes (médico).

El prólogo elaborado con dedicación por Eduardo Álvarez Pedrosian (antropólogo, epistemólogo).

La intervención de Javier Fraga sobre el borrador hasta convertirlo en un documento presentable, con el que iniciamos formalidades para la edición en la FCU.

El cuidado de Gregorio Tabakián sobre la versión final para el cierre de la entrega.

La gestión de Virginia Rial por auspicios y apoyo.

Finalmente gracias a la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina (SUHM) y a Fundación de Cultura Universitaria.

UN DEVENIR, INVESTIGANDO EN DIFERENTES TIERRAS Y CULTURAS

Sonnia Romero Gorski

A continuación me extiendo en la presentación de la experiencia argelina y de las «realidades» que fui reconociendo, de la forma de abordaje que establecí, porque desde allí surgieron aprendizajes que fueron la base de estudios en los que podemos reconocer la traza de la especialización a la que antes hice referencia. Destaco en los antecedentes el foco de atención, interés y esfuerzo metodológico (desde el inicio) para «entrar» en un medio hospitalario y en consultas médicas, algo que se mantendría hasta la actualidad en objetos y lugares de estudio del Programa.

La línea de investigaciones en hospitales (en contexto uruguayo) comenzó por el Centro Materno Infantil del Hospital Maciel (Romero, S. y equipo de antropología) y sería tomada en sucesivos y originales abordajes por varios allegados y/o integrantes del Programa, siempre dentro de una formación en antropología, especializada en el campo de la salud, en el Hospital Maciel (E. Álvarez Pedrosián), en el hospital Pasteur (Gabriel Mega), en y sobre el hospital Viladebó (Fabrizio Martínez) y (Fabrizio Vomero), sobre servicio de trasplantes (Samuel Rodríguez), búsqueda etno-histórica sobre el Hospital de la Caridad o Maciel (Virginia Rial). Varios de esos trabajos forman parte del presente libro.

Vale recordar en este punto que la primera investigación antropológica vinculada a temas de salud que se realizó acá y que dirigí en Montevideo, fue bajo influencia de aprendizajes y antecedentes consolidados en trabajos de campo Argelia. La base del estudio en Montevideo fue el Centro de Atención Materno Infantil del Hospital Maciel, con sus consultas

pediátricas y etnografía en la población objetivo del CMI en Ciudad Vieja, Montevideo (Ver Romero Gorski, S. 2003. *Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil*. Universidad de la República, CSIC. Nordan-Comunidad). El interés de Eloisa Rodríguez por el tema de maternidades precoces o embarazo adolescente se vincula con aquella investigación original en la Ciudad Vieja, Montevideo desde donde se fue desarrollando la línea de antropología y salud, conformando un equipo de trabajo, devenido un programa con vigencia actualizada. Esta publicación vale como prueba testimonial.

1. En Argelia, contexto de época, años 1976/82

Argelia lideraba en esos años el Movimiento de No-Alineados; la capital, Argel, había atraído muchas representaciones de movimientos contestatarios y de liberación nacional; había prensa tercermundista acreditada, refugiados políticos de diferentes procedencias. Además de numerosos cooperantes extranjeros que trabajaban en la Enseñanza Superior, en diferentes Facultades y Laboratorios, profesionales colaborando en obras de ingeniería, en la salud, en economía. Es decir que el ambiente era muy cosmopolita con características de empuje solidario, con energía joven que se movilizaba en función de metas comunes, en un plan de entendimientos políticos que no implicaban, en ese entonces, compromisos ni directivas religiosas. Sin perjuicio de lo cual, el país seguía su opción de construcción de «socialismo islámico». De alguna manera la vida de las instituciones, y de las personas, se regulaban entonces dentro de marcos de laicidad.

Entre otras profesiones se destacaban las vinculadas a la salud, no solo médicos/as, de muchas especialidades. Tuve mayor facilidad de acceso a latinoamericanos/as que trabajaban en Argelia en esa época, y según fui observando constituían agentes claves para una comprensión del significado del ejercicio profesional con adaptaciones culturales, aunque no siempre se tomaba conciencia de cómo proceder en ciertos cruces culturales. En este sentido pude notar que algunos médicos franceses que trabajaban en la misma época en instituciones

de salud en la región berebere, la Cabilia, y con quienes interactué durante un tiempo breve, se mostraban adaptados al contacto de pacientes y dolencias locales o a cómo eran verbalizadas a nivel local.

Sin hablar de salud mental o en términos de traumatismos (en esos años no había suficientes especialistas para ocuparse de demandas de nivel psicológico o psiquiátrico) se registraba un patrón, una recurrencia de ciertas dolencias y gestos. Por ejemplo, los hombres se quejaban en consultas de una confusión en la cabeza, «j'ai la tête qui tourne», mientras las mujeres decían tener dolores por todos lados (j'ai mal partout!) señalando en redondo una zona amplia desde el mentón hasta el bajo vientre. En consultas de médicos franceses se interpretaba que los hombres acusaban así el peso de responsabilidades que les exigían no sólo actuar sino sobre todo pensar, hacer cálculos (exigidos por cambios en los nuevos tiempos). Mientras que las mujeres aludían infaliblemente a su físico afectado por permanentes embarazos, partos, períodos de lactancia (en la región todavía se conservaban costumbres tradicionales que marcaban para las mujeres el destino de la procreación). En otras palabras, en el espacio de la consulta médica «la distancia estructural» entre médicos franceses y pacientes argelinos parecía ser algo más sencillo de sortear que entre profesionales latinoamericanos y pacientes argelinos. Los imaginarios franco-argelinos tenían evidentes referencias en común, en términos de comportamientos, modelos interiorizados, inconscientes, e independientemente de heridas que hubiera dejado en las memorias la evidencia histórica de los más de cien años de dominación colonial, había un reconocimiento cultural de Francia en Argelia.

Brevemente adelanto que cuando en consultas de médicos/as uruguayos/as aparecían esas quejas poco específicas aunque se las vinculaba con el plano mental o subjetivo, se les concedía una atención menor, sin captar el valor expresivo de esos malestares, entendiendo que podría incluso tratarse de «manías» que la población había adquirido. En tiempos más actuales se habría prestado otro tipo de escucha, recurriendo a especialistas del área de la psiquiatría o psicología, a especialistas en tratamientos post traumáticos que como dije antes,

prácticamente no existían entre las prioridades de la época en cuestión, (antes ya se habían desactivado servicios importantes, como el Hospital Psiquiátrico de Blida en el que había ejercido el Dr. Franz Fanon, (antes de la independencia, entre 1953-1956) aunque varios años después estaban latentes las problemáticas propias de una pos guerra, luego del período durísimo de la guerra de Liberación Nacional (1954-1962). Me refiero a que seguramente duraba un estado generalizado de «stress post-traumático» que no se podía contemplar o tratar todavía en 1980, «el traumatismo psíquico enuncia una verdad de lo humano en detrimento de otros registros posibles de calidad»¹ (Fassin, D. Rechtman, R. 2010, p. 21).

Condiciones de vida, de relacionamientos

Desde el punto de vista de nacionalidades que compartían espacio y vida cotidiana surgió objetivamente la cuestión de las identidades de las personas extranjeras, latinoamericanos/as y otras. La adscripción que podríamos calificar como de tipo étnica, se fue ordenando en agrupamientos «naturales», así la convivencia en Argelia se distribuyó dentro de la integración por afinidades de vecindad (que en general estaban dadas por adjudicación de lugares de residencia según sectores de actividad. A la distancia ahora veo que había mucha diversidad en posibilidades de socialización, coexistiendo varios círculos que no necesariamente se tocaban ni superponían.

De hecho al tener mayor conocimiento de la presencia en Argel de muchos residentes latinoamericanos empezamos a reconocer los subgrupos que se habían conformado, «los chilenos», «los argentinos», «los brasileños» y «los uruguayos».

Los subgrupos no eran proporcionales al tamaño y población de los países de origen, sino de las circunstancias de arribo y conformación de cada «diáspora». Así por ejemplo, «los uruguayos» tenían, teníamos, paradójicamente una presencia significativa, con desempeños destacados por contar con profesionales universitarios, principalmente varios especialistas en medicina.

1 Traducción proporcionada por la autora. Original: «le traumatisme psychique énonce une vérité de l'humain au détriment d'autres registres possibles de qualification et d'action».

Con los médicos, sus familias, y contados connacionales no médicos, «los uruguayos», conformaban un conjunto muy cohesionado, el Grupo de Argel, que con argumentos político-profesionales se había posicionado como interlocutor directo del FLN (Frente de Liberación Nacional), partido de gobierno e histórico protagonista de la guerra de independencia. Dentro del grupo los médicos (9 hombres y 3 mujeres) objetivaban una línea de acción, con una razón de orden profesional, que en poco tiempo había logrado una especie de liderazgo o supremacía sobre la comunidad latinoamericana con una inédita ecuación demográfica a favor y de mucha autoridad política —por la identificación de los exiliados en el Grupo con el Movimiento Tupamaros—. Eran credenciales de peso frente a «otros», ya fueran éstos argelinos directivos de instituciones, de hospitales o cuadros políticos.

Las especialidades que ejercían los médicos/as uruguayos/as fueron consideradas como de interés prioritario para Argelia. Formaban parte del Grupo de Argel: un médico anestesista, tres pediatras (una pediatra), un traumatólogo, dos cirujanos, uno con especialidad en cirugía infantil, cinco médicos generalistas (dos médicas generalistas), con especializaciones incipientes, en cardiología y otros, total doce profesionales que ejercieron en la capital y en localidades cercanas.

Hay que acotar que además de componer un espacio de reunión para los residentes uruguayos/as en Argelia, el «Grupo de Argel» se constituyó con objetivos políticos, con demandas y actividades propias de militancia en el exilio. (En realidad había otros compatriotas que no integraban el Grupo, eran como relaciones «externas», que interpreté como tácitamente unidas a otras profesiones y trayectorias, entre otros la profesión de arquitectos o ingenieros. Según Martínez Platero (2021)², el eje que definía un mayor grado de integración estaba ligado a adhesiones originarias. En esas condiciones intuyo que mi ingreso debió estar facilitado por intervención de amistades comunes (Primera «prueba» de admisión en grupo ya constituido, la siguiente sería en el equipo médico del CHU de Béni-Messous).

2 En libro reciente figura el detalle de nombres y especialidades médicas, según relato de uno de los protagonistas de ese período histórico, de la «historia de la medicina uruguaya».

Quienes no éramos médicos/as participábamos en el Grupo con diferentes estatus, no formales pero reales, reconocibles. Las voces de unos y otros no parecían tener el mismo peso. En lo personal, y aunque allí no se localizaba el centro de mi interés de investigaciones etnográficas en Argelia, yo no dejaba de notar, y anotar, diferencias de actitudes. Rápidamente llegué a la idea de que estaba ante el accionar de un poder específico, que pude identificar como expresión del *Poder médico* que se superponía a cuestiones de orden político y de género. Era un tipo de poder que, como diría Roland Barthes (1993) residía en una habilitación tácita para «concluir las frases», algo que difícilmente lográbamos quienes teníamos otras situaciones o profesiones. En otras palabras, los que constituíamos claras minorías profesionales o personales ocupábamos lugares simbólicamente asignados en niveles de menor jerarquía. Sobre el poder médico, había tenido una iniciación al pensamiento y obra de M. Foucault en el seminario de *Institution Psychiatrique* que había tomado como Optativa en segundo año de Facultad, en Paris V, Universidad René Descartes. Quizás por eso reconocí el fenómeno cuando lo vi objetivado en actitudes y discursos con aire de aparente normalidad, pero de indudable conexión con ese tipo de poder ligado a la profesión.

Un enclave latinoamericano

Un dato significativo es que la mayor parte de «los uruguayos» (exiliados) fueron alojados en Ben Aknoun, antiguo centro de vacaciones de la época de la colonia, con parque, canchas, pequeñas casitas o bungalows. Allí también vivían varias familias chilenas, médicos bolivianos (solo oftalmólogos), entre otros. El conjunto constituía un lugar muy atractivo para esparcimiento y socialización entre «iguales». Había una unidad de lugar, Ben Aknoun, una lengua, el español, edades semejantes, valores compartidos. Había entonces condiciones como para considerarlo un *enclave de tipo étnico-latino* en Argel. De hecho también en Ben Aknoun se concentraban, entre los residentes, muy variadas especializaciones médicas; desde una psiquiatra chilena, oftalmólogos bolivianos, varios pediatras chilenos y uruguayos, dos cirujanos uruguayos, varios generalistas, un anestesiista uruguayo, un odontólogo chileno, varias

enfermeras...de forma tal que ante dolencias, dudas o necesidad de opiniones profesionales teníamos allí una red confiable en la que reconocíamos la comunidad latinoamericana un fondo común de enfoques de la salud³.

2. Origen de especialización no-médica en el área de la salud

En el anterior cuadro de situación, quedó planteada la densidad de orden cultural, profesional, político, de género, que fue propia de aquella histórica coyuntura aunque no corresponde profundizar sobre el mismo en este lugar. Sin embargo es necesario evocar su influencia, porque me puso en contacto con la pluralidad de médicos/as latinoamericanos, extranjeros presentes en Argel, como contexto de relaciones en el cual fue surgiendo mi interés teórico antropológico por el protagonismo de médicos/as —como productores de hechos culturales— dentro de las condiciones de producción de salud pública, en el marco de la Medicina Occidental, es decir fuera de la Etno-medicina de tipo tradicional que ya había conocido en la región berebere de la Cabilia.

Lo que me había dado mi formación universitaria en Francia, en Antropología y Etnología, las lecturas sistemáticas, lo que había observado y recogido en mi primer trabajo de campo en la Cabilia (en búsqueda de una etno medicina local), lo que registraba en lo cotidiano en conversaciones de médicos/as ejerciendo en Argel, todo me fue indicando que tenía bajo los ojos una situación de cruces culturales (cross-cultural situations), que valía la pena estudiar y a la que tenía acceso.

En un clivaje de relaciones multiétnicas, multidisciplinarias, personales, grupales, se ubicó a partir de entonces el perfilamiento de interés teórico y mi especialización por el abordaje de temas de la Salud desde la *episteme* de la antropología

3 En las relaciones sociales y de amistad, sociabilidad intensa que manteníamos dentro de la «comunidad latinoamericana», encontré una agradable coincidencia profesional en Mirtha Lischetti, antropóloga argentina que estaba con su familia. No llevaba adelante investigaciones *in situ*, pero hacía finas observaciones y lecturas. Años después nos volvimos a encontrar en varios eventos académicos en Argentina.

social y cultural, haciendo foco en los sistemas de atención y en los agentes de salud.

En esa definición vocacional reconozco que tuvo mucho impacto el interés que el Dr. Alexander Minkowski había expresado por conocer estudios de Ciencias Humanas en temas de salud, en ocasión de las reuniones de orientación que me concedió en su escritorio en el Hospital de Port Royal, en París.

El Dr. Minkowski había dedicado varias publicaciones al debate de tópicos de salud materno-infantil del momento, como fue su documentada advertencia crítica a la promoción de partos fuera de la órbita médica (práctica muy «tendencia» en Francia en esa época 1970/1980). Sin contradecirse, en el mismo período había difundido y apoyado iniciativas alternativas, como tratamiento humanizado para prematuros de muy bajo peso, proponiendo como medida innovadora el contacto corporal de los bebés prematuros con sus madres o padres a pesar de estar en incubadoras (había dejado entrar a padres y madres en los CTI de prematuros, algo que revolucionó el ambiente hospitalario).

Por otra parte, Minkowski (1976, p. 81) defendía una postura fuerte, que acepté como desafío, afirmando que las ciencias biológicas seguirían avanzando en favor de la salud, pero quedaba mucho por hacer por parte de las ciencias sociales y humanas.

La cita completa dice

todos los progresos a realizar van a necesitar el concurso de los poderes públicos, de los medios, de los sociólogos, de los especialistas en relaciones humanas. La biología se mantiene ciertamente en la base de todos los progresos en medicina, pero cuán grande es el vacío del lado de las ciencias humanas! Hay que tender a darles hoy una especie de prioridad ya que parece seguro que por su parte la biología no retrocederá en la multiplicación de sus logros, (...) Nosotros ya lo dijimos en otra parte: la Salud Pública es un problema demasiado serio para dejarlo únicamente en manos de médicos (1976 p. 207).

Los aspectos apuntados por Minkowski fueron los que tomé como fundamentos para desarrollar la especialización

antropológica en el área de la salud, partiendo de conocimientos adquiridos en Argelia, desarrollándose luego a lo largo de años de vida académica y profesional en Uruguay, en enseñanza universitaria, en investigaciones⁴.

La idea de progreso en términos de mayores logros en prevención y tratamientos, en reducción de mortalidad infantil y de mortalidad materna en la línea de pensamiento de Minkowski, estaba ligada incluso al reconocimiento de modos tradicionales de atención en sistemas culturales específicos. No planteaba una confrontación de visiones, occidente versus otros mundos, sino evaluación según contextos con metas claras de búsqueda de superación, para mejores condiciones de salud pública y de las personas⁵.

Volviendo a la escena argelina, entendí y escuché que había dificultades de acercamiento y tratamiento con «pacientes locales» en general. Más allá de las reales barreras lingüísticas, que mal o bien se resolvían con intérpretes (las propias enfermeras, en general, cubrían esa necesidad traduciendo al francés las respuestas de los consultantes), se mencionaba con frecuencia el problema grande de la aceptación y adhesión a las recomendaciones médicas, que a veces no iban en el sentido de las costumbres, de los tratamientos aplicados en el ámbito doméstico o por figuras de la tradición, de principios de prevención mágico-religiosa (como el caso de gestos para protegerse del mal de ojo).

El cruce de conocimientos etnológicos específicos y abordaje antropológico del campo de la salud, incluyendo relaciones en el sistema médico, se inició definitivamente para mí en el escenario que esboqué, en la densidad del mundo histórico-cultural argelino-magrebí al que se superpondría la propia complejidad socio cultural y política del momento, con protagonismos de profesionales extranjeros, cooperantes, residentes y exiliados.

4 <https://www.antropologiaysalud-uy.org/>

5 Sobre experiencias en China, los «médicos descalzos» que recorrían campos y aldeas.

3. Primera experiencia etnográfica en centro hospitalario universitario, CHU

Para observar de cerca la situación de encuentros/desencuentros con la atención médica «moderna», diferentes personas y profesionales consultados me fueron orientando hacia el Servicio de Atención Materno-Infantil del Centro Hospitalario Universitario (CHU) del Sector Sanitario de Béni-Messous, cerca de Argel. El jefe del servicio era un conocido médico francés que había elegido quedarse a vivir en el país y apoyar la organización de la Medicina Gratuita.

Fue en ese Servicio donde presenté formalmente la aspiración de realizar mi trabajo de campo y observación dentro de consultas. Esta fue una propuesta arriesgada, ya que en ese momento no era muy conocido que se hicieran estudios de Etnología dentro de Hospitales, y menos dentro de consultas médicas. A decir verdad yo no tenía formación particular para enfrentarme a una institución de salud de aquella envergadura (el sector sanitario de Béni-Messous cubría unas 200.000 personas), simplemente confiaba en la aplicación de principios metodológicos de la etnografía, la observación y registro riguroso de actores, lugares y situaciones previamente definidas como objeto de estudio muy específico.

Condiciones de admisión para observación etnográfica en un CHU

Es interesante recordar aquí que tuve que cumplir con requisitos para poder ingresar al Servicio de Pediatría del CHU y llevar adelante el estudio que pretendía. Todo estuvo supeditado a la aprobación por parte de la totalidad del cuerpo médico y del personal de las secciones de pediatría y neonatología. Funcionaban como un todo, coordinando y acordando acciones en reuniones semanales. Allí se discutió el plan de trabajo que yo le había presentado al jefe del Servicio, pero no bastaba con su acuerdo. Tuve que atender opiniones contrarias a la presencia de una etnóloga, o antropóloga, que «podría hipotecar el futuro» de lo que venían trabajando con mucho esfuerzo. Se referían sobre todo a la lucha contra la mortalidad infantil (que era todavía elevada), o entre otros, a la campaña que hacían

en el Servicio de Pediatría contra la costumbre de inmovilizar al bebé fajándolo con bandas de tejido apretado, (costumbre que era contraindicada, entre otros, por la frecuente luxación congénita de cadera).

¿A qué le temían exactamente el cuerpo médico, el personal de enfermería y otros funcionarios en el CHU de Béni-Messous? ¿O qué era lo sospechoso, mi condición de mujer extranjera, o mi perfil de etnóloga, ¿o todo junto...?. En el fondo había un supuesto epistemológico, más bien un pre-juicio, que oponía la antropología en general a las ciencias médicas: temían que yo me expresara, delante de los/as pacientes con posiciones a favor de etno-tratamientos o de la medicina familiar (decían que eran «temas que siempre defienden los/as antropólogos/as»). En síntesis suponían que yo podía en ocasiones puntuales, que se presentaran en las consultas, tomar partido contra la medicina occidental o moderna.

Tuve que explicar, en una de las asambleas semanales cuál era el eje central de mi estudio, insistiendo sobre el hecho que en mi trabajo de campo me limitaría a observar, a registrar, sin intervenciones, sin procurar ejercer influencia alguna sobre las personas. Me basaba en reglas del método etnográfico.

Pasada esa dificultad de ingreso, dediqué bastante tiempo a familiarizarme con el espacio hospitalario y hacer que se habituaran a mi presencia. Un recurso metodológico fue frecuentar regularmente la biblioteca del Servicio de pediatría, donde consulté documentos, tesis, artículos, sobre temas de salud materno-infantil. La idea era justamente entender los temas en su complejidad médica, evitando interpretaciones esencialmente culturalistas.

Con ese cometido abordé la observación en consultas de PMI (Protección Materno-Infantil) y específicamente dentro de una consulta neurológica, a cargo de un pediatra uruguayo integrante del equipo del Servicio de Pediatría de Béni-Messous.

Fue un aprendizaje destacado en su conjunto, por el tiempo que pasé en el CHU, por los casos que se presentaron y por la notable circunstancia de poder observar de cerca cómo se enfrentaban la visión y expectativas del médico (en su expresión de medicina occidental) con las actitudes y demandas de los/

as consultantes, personas argelinas de diferentes condiciones socio-culturales.

En el estudio de campo en el CHU de Béni-Messous destacó dos «creaciones» claves de ese servicio: el CCI, centro de seguimiento y captación (documental) de todos los niños/as nacidos/as en el sector sanitario y la Consulta neurológica para seguimiento de niños/as con historial de episodios convulsivos.

Luego completaría el conocimiento del Sector Sanitario con un estudio etnográfico en un distrito dentro del sector, el llamado «Dominio Bouchaoui», donde me aproximé a mujeres en edades y situaciones diversas (que entre otros, me darían la clave de la baja confianza en el personal femenino que atendía la clínica de maternidad, antena del CHU). También conocí a Zouina, curandera en actividad y a Rabbea, partera tradicional en edad avanzada. Dos agentes muy destacadas de lo que permanecía como remanentes de prácticas medicinales antiguas, en las cercanías del moderno Centro Hospitalario Universitario, CHU.

Un CHU en zona de transición territorial y cultural

Había tomado en consideración que en el proceso de profundos cambios socio económicos en la Argelia post independencia, la salud no era más que uno de los tantos aspectos pero tenía el mérito de reunir en una sola expresión componentes materiales y culturales. Los modelos económicos y de comportamientos variaban del más tradicional al más moderno (europeo), el sistema global de valores perdía unidad en todos lados, aún en lugares poco expuestos a influencias externas como en pueblos de regiones montañosas.

La tradición islámica y la costumbre, persistían en mantener ciertos pilares de la sociedad argelina, como ser la consideración social de las mujeres según su fertilidad, aunque el ideal popularizado de una descendencia numerosa y preferiblemente de hijos varones —sin aplicar control alguno de embarazos, ni nacimientos—, se revelaba incompatible con las opciones económicas y sociales comprometidas por el Estado. La demografía siempre en expansión tensionaba de forma evidente toda planificación y disponibilidad real de medios, en

sectores como el de la educación pública, el de la vivienda, el del empleo.

La meta oficial de lograr un desarrollo de infraestructuras productivas debía contar con la fuerza de trabajo de una población cumpliendo con ciertos estándares sanitarios, aptos para alcanzar cierto nivel educativo, para estar técnicamente actualizados. Esta simple constatación llevó a que se considerara que el mejoramiento del estado de salud de toda la población era una cuestión de interés nacional. En enero de 1974 se promulgó la ley de Medicina gratuita y comenzó una política «agresiva» de la Salud Pública que se iba a hacer cargo de problemas que habían permanecido en la esfera individual y familiar. La salud materno-infantil ya no podía ser considerada solo como «cosa de mujeres». Situándose en una coyuntura difícil de pasaje, cambiaban no solo las costumbres sino las competencias, se repartían responsabilidades⁶.

Pocos años después del gran empuje en las políticas públicas y en los planes que desplegaba el país para superar los problemas señalados, que estaban vinculados a cuestiones de las personas, de las familias, como era la propuesta de moderar la expansión demográfica, vimos cómo en los años 1990 volvió a cobrar fuerza un discurso y un reclamo en sentido contrario.

Hechos históricos de la Argelia moderna que no puedo abarcar aquí, muestran vaivenes socio-culturales que podrían evocarse de forma elocuente y metafórica en los términos que planteaba C. Lévi-Strauss (1961) cuando expuso sobre la falacia de un evolucionismo social, negando que pudiera pensarse en una sociedad como en progresión lineal e irreversible en una sola dirección,

La humanidad en progreso no se parece en absoluto a un personaje que sube una escalera, que agrega con cada uno de sus movimientos un nuevo escalón a todos los anteriores ya superados; por el contrario la imagen sería la de un jugador cuya suerte está repartida en varios dados. Cada vez que los arroja sobre la mesa el jugador ve que se distribuyen formando sumas diferentes, de forma tal que lo que gana en una vuelta es posible

6 Ver: Charte Nationale, Alger (1976). Industrialización. Integración de la mujer a la producción. Derecho a la salud.

que lo pierda en la siguiente. Es solamente de tiempo en tiempo que la historia se vuelve acumulativa, es decir que las cuentas se suman para formar una combinación favorable (Lévi-Strauss, 1961, p. 38).

4. Apunte sobre consanguinidad: preferencias matrimoniales y riesgos específicos

«La nobleza, el honor no pueden resultar sino de la ausencia de mezcla» (Ibn Khaldoun 1332-1406)⁷.

Más arriba hice mención a la vigencia extendida de la preferencia por matrimonios dentro de la parentela, evitando incestos de primer grado pero apuntando hacia un ideal de mayor proximidad posible, es decir los matrimonios entre primos hermanos (*cousins germains*), de preferencia por la línea paterna. El ideal de endogamia: un rasgo distintivo de las sociedades beduinas y árabes.

Si bien la costumbre iba disminuyendo a medida que avanzaba el estilo de vida más autónomo en medio urbano, donde las personas, varones y mujeres, tenían relativamente mayores oportunidades de elegir sus cónyuges, observé que la costumbre tendía a mantenerse entre la población del sector de Béni-Messous con incidencia de 30.76 % entre los grupos de 40 años y más. En el universo analizado (poco más de 500 casos) en 1979 la tasa media de uniones en consanguinidad fue 27 %, mientras que en 1980 el promedio general había subido al 28,64%. Conociendo los avances en la década de 1980 de reglas islámicas más rigoristas, puedo interpretar esas cifras en aumento por la valoración de perspectivas tradicionalistas, irrumpiendo en plena capital con pretensiones matrimoniales de parientes, campesinos o habitantes en pueblos de diferentes regiones.

Los médicos estaban de acuerdo en llamar la atención sobre las consecuencias de la costumbre de endogamia, aunque no cometían el error de señalarla como causal degenerativa por sí misma, sino por ser *vía de transmisión* si hubiera un factor de riesgo genético; tal era el caso de la luxación o displasia,

7 Citado por Tillion, G. (1966). Original: «La noblesse, l'honneur, ne peuvent résulter que de l'absence de mélange».

de cadera (Moutet, F., 1978). En aquel momento una autoridad como Mafoud Boucebci había escrito, «la tasa media actual de uniones en consanguinidad entre los padres argelinos (alrededor del 32%) da la medida del riesgo genético en un cierto número de afecciones hereditarias, sobre todo cuando juega sobre varias generaciones» (Boucebci, 1979).

Como dato comparativo: la tasa de consanguinidad en Europa era de 1% y de 0,1% en los EEUU.

El análisis de los dossiers en el CCI, sobre varios años reveló la evidencia de un riesgo en los recién nacidos: la luxación de caderas, afección congénita que según las estadísticas y los médicos, se presenta (o presentaba) con mayor frecuencia en Argelia, (la frecuencia normal sería 3 a 5 niños por cada 1000 recién nacidos).

Durante observaciones en las consultas de PMI (Protección Materno Infantil) pude ver que sistemáticamente se hacía detección precoz de la luxación de caderas (maniobra de Ortolani) y se desaconsejaba, o incluso prohibía, que se fajara a los bebés en el estilo tradicional estimando que el hecho de inmovilizar las piernas por largas horas, favorecía la manifestación de dicha anomalía.

Pero lo dicho o establecido en la consulta no impedía que las madres recompusieran el envoltorio cuando pasaban al costado a vestir nuevamente al bebé. Era algo automático, incrustado en las costumbres. Quizás no había ánimo de contrariar la opinión médica pero entiendo que no se captaba la vinculación de las indicaciones sobre prevención de la luxación de caderas con el hecho empírico de envolver al bebé, inmovilizarlo con bandas de tela o sea de vestirlo de la única manera que sabían.

En el imaginario local la costumbre de fajar al bebé se vinculaba con evitar que los niños tuvieran la «enfermedad de las piernas torcidas», en realidad el raquitismo. Es decir que había un equívoco con las razones que se atribuía al fajamiento de los bebés, que de hecho sí intervenía a contrario en caso de luxación de caderas⁸.

8 En la 1ª conferencia de los Seminarios RIEFAP, de la Red Interamericana de Estudios de Familia y Parentesco, el 15/4/2020 la antropóloga francesa Martine Segalen se refirió a la transmisión de anomalías genéticas y en particular la luxación de caderas. Dijo que lo interpretaba

En Argelia, ni el discurso oficial, ni la Salud Pública habían abordado la cuestión de la consanguinidad, quizás apostando al olvido de la costumbre en medio urbano o semi-urbano, Aunque había parientes que continuaban prefiriendo uniones en la familia, como un último recurso de resistencia o protección ante cambios que imponía la vida en las grandes ciudades, «(...) la urbanización pulveriza la sociedad tribal, una forma de defensa es secuestrar a las hijas para casarlas de todas formas con sus primos» (Tillion, G. 1966).

O sea, casarse en la misma sangre, tal como sentenciaba Ibn Khaldoun varios siglos atrás. Esa costumbre seguía manteniendo, a pesar de todo, un aura de corrección y prestigio.

5. Etnografía dentro de una consulta, CHU, 1980

Realicé la observación con autorización del equipo médico de Béni-Messous, dentro de la consulta especializada del médico pediatra uruguayo, Dr. R. Platero, quien formaba parte del cuerpo médico multinacional y multicultural del prestigioso Servicio de Pediatría del Dr. GrIngaud.

La meta de esa consulta era llevar adelante lo mejor posible un plan piloto de atención a niños/as que hubieran hecho convulsiones y que no encontraban, en el sistema, un lugar adecuado para el seguimiento y vigilancia de tratamientos. El responsable decía que lo de «consulta neurológica» era una forma de llamar a la nueva experiencia, para darle cabida en el esquema organizativo, pero tal vez excedía lo que se podía atender, que era únicamente el grupo de niños/as en riesgo por antecedentes de convulsiones febriles.

La consultación neurológica comenzó con un pediatra y una enfermera de la PMI que cumplía tareas como asistente de esa consulta semanal, y si era necesario también actuaba como interprete. Ella se ocupaba sobre todo del sistema de convocatorias, fijaba las citas, aseguraba el nexo con otras

como “isolat”, un aislado genético por aislamiento reproductivo. En Argelia justamente la frecuencia de esa afección genética no se daba por aislamiento geográfico o social de una determinada población, sino por convicción cultural atada a una tradición muy antigua de preferencia por la endogamia.

dependencias del Hospital (radiografías, electro-encefalogramas, psicólogos, otras especialidades).

Las sesiones de consulta tenían lugar en una sala situada al lado de la PMI; el doctor disponía de un escritorio, un armario donde clasificar los legajos o carpetas, una camilla donde examinar a los pacientes, además de varias sillas previstas para las personas acompañantes. El carácter privado de la sala, la cantidad restringida de pacientes convocados en cada fecha (no más de siete), el hecho que el médico y los pacientes, sus acompañantes, se pudieran sentar...eran detalles que predisponían favorablemente a una consulta especializada en la que unos y otros se daban el tiempo de explicar, escuchar, examinar, aconsejar.

En cuanto a mi presencia en la consulta, se decidió que me ubicaría sentada en un costado del escritorio, para poder mirar la historia clínica de cada paciente y para seguir de cerca la consulta. A partir de esta distribución de lugares quedaba sobre entendido que no me situaba en el mismo plano que el doctor, ni de la enfermera quien en general se quedaba de pie, cerca del médico. Los acompañantes del paciente tal vez sentían que yo tenía un rol aparte, porque cuando se trataba de dar detalles más íntimos, de justificarse de algo, era a mí a quien se dirigían, en un tono casi confidencial.

Fue en este contexto que me dispuse a captar el discurso del médico, de quienes consultaban, en situaciones que revelan la confrontación de representaciones en torno a la enfermedad, al tratamiento, y en consecuencia, captar la dificultad para establecer un verdadero diálogo, es decir cuando los términos que se intercambian son equivalentes para cada interlocutor.

El agenciamiento de elementos socio-culturales, subjetivos y circunstanciales determinaban en cada caso actitudes diferentes, de aceptación, de resistencia, de rechazo o de interpretación particular del sistema racional que se proponía en la consulta neurológica.

El pasaje de la noción de cuidados curativos a la de cuidados preventivos planteaba el problema de la «transparencia» del discurso médico, tanto más porque el carácter episódico de las convulsiones, la ausencia de síntomas, y en algunos casos de consecuencias visibles, volvía menos evidente la urgencia

de un tratamiento largo y exigente. El medicamento producía efectos secundarios, algunos padres se alarmaban por la somnolencia que observaban en sus hijos. Razón que esgrimían para evitar darles la medicación. Las excusas no eran por lo general demasiado consistentes.

Pero ¿qué ocurrió entre esa crisis y ahora? ¿Por qué no vinieron antes a consultar?

Realmente no es culpa nuestra, siempre le hicimos lo que nos indicaron, primero las vacunas, luego vinimos a la consulta externa enseguida de la crisis, solamente en una visita de rutina en la PMI (niños de riesgo) nos hablaron de esta consulta. Este niño siempre fue seguido en la PMI de Béni-Messous, una semana después de nacido lo trajimos porque en la clínica nos habían dado esa indicación. Fue clasificado como «niño de riesgo».

En este caso se manifiesta claramente la dificultad de comunicación entre servicios de la propia institución, como dice la madre «realmente no es culpa nuestra», es decir no les indicaron lo qué podían hacer, con quién podían consultar, etc. Un tiempo lamentablemente perdido para el tratamiento del niño, ese tiempo en que quedó bajo la supervisión de los padres quienes no estaban en condiciones de apreciar la totalidad de la trama de riesgo que se tejía alrededor de la salud del hijo.

(La enfermera traduce)

Cada vez que recibía la convocatoria, venía a la consulta externa, que ya conocía, pero nunca tuvieron la idea de enviarlo adonde correspondía, nadie le dijo que debía venir a esta consulta neurológica.

[Segundo caso de queja explícita por falta de comunicación, dentro del servicio]

Es decir que la forma errática de información y atención en el CHU, podía conducir a una conclusión también errática muy desfavorable para el paciente que se veía privado de tratamiento, por una mala transferencia de responsabilidades.

Se podría acotar que los padres venían con el espíritu propio de una peregrinación, a veces venían de muy lejos, y la

esperanza de un «milagro» estaba implícita en la presentación que hacían al médico, «acá se lo traemos doctor (...)»

Hoy vinimos porque el padre escuchó hablar de usted y quiso mostrársela para que la trate. Ella tiene un retraso, no habla, hay que darle de comer en la boca, solo agarra el pan. Su padre quisiera que usted dijera qué se puede hacer, empieza a estar muy preocupado (...)

Ideas, interferencias

La verdad que teníamos miedo de darle esos comprimidos y el farmacéutico le dijo a mi esposa que había un error en la receta, que era demasiado, entonces él la cambió, y le dio otra caja con comprimidos más chicos.

Doctor le pedimos disculpas, no lo hicimos para ofenderlo, ¿qué quiere? Fue mi esposa con el farmacéutico (...) ella trajo lo que le dieron».

Aclaración del médico:

No estoy enojado, estoy preocupado por su hijo, es todo. Ahora perdimos dos meses de tratamiento, hay que volver a empezar todo de nuevo (...)

Sabe doctor que entre las ausencias y la negligencia, el tiempo pasa (...) y para decir toda la verdad nosotros no nos atrevíamos a venir, nos daba vergüenza porque habíamos detenido el tratamiento. Lo suspendimos porque mi esposa tenía dudas, no está de acuerdo con el tratamiento.

Si mi esposa cambia de idea, volvemos a verlo. A pesar de todo preferimos cortar el tratamiento.

Cruce de prioridades

Comentarios del médico:

El cerebro tiene millones de conexiones, podríamos decir que son como cables, que transmiten las órdenes del cerebro. Si durante una convulsión (verdadera descarga eléctrica) se queman tramos de esos cables, las

órdenes no podrán ser transmitidas (...) y todo eso se traduce en retardos, discapacidad, disfunciones, o como se lo quiera llamar. Siempre será una no-capacidad. Que los discapacitados encuentren instituciones y técnicas de reeducación que ayuden a superar el problema, está muy bien, pero sería todavía mejor reducir las probabilidades de que se produzca el accidente invalidante. El tratamiento es 100% preventivo y si los padres comprendieran el enorme valor de ese concepto, y de las acciones que proponemos, nuestra tarea sería mucho más fácil.

Cuando realmente se entiende

¿Qué impresión tienen después de un año de tratamiento, cómo ven el comportamiento del niño?

No está perturbado por las píldoras, al principio teníamos miedo, todos nos decían que no quedaría normal; pero usted nos había explicado bien sobre las consecuencias si se producía otra crisis, entonces decidimos seguir con el tratamiento, ahora pensamos que estuvimos en lo cierto.

6. Hallazgos de una observación etnográfica

Las situaciones brevemente evocadas son muy elocuentes sobre la confrontación de representaciones, sobre la dificultad de un diálogo con contenidos y connotaciones diferentes. Queda muy en evidencia que la información proporcionada por los funcionarios y/o agentes sanitarios a la población que acudía al hospital, u otras consultas, era muy fragmentaria. En su mayoría, antes de llegar a la consulta médica propiamente dicha, no se les proporcionaban datos útiles ni sobre el servicio donde dirigirse, ni sobre la real gravedad de las secuencias convulsivas. Para una población que hacía el esfuerzo de venir al hospital —como una actitud nueva, dentro de cambios culturales importantes— parecía necesario complementar ese gesto con acompañamiento más cercano, con un seguimiento de idas y venidas. El presentarse en el hospital no parecía suficiente

como forma de expresar múltiples necesidades, pero en realidad no todos los consultantes se atrevían o podían formular las preguntas adecuadas. Obtenían pobres resultados, poca o mala información, («vinieron varias veces, a la consulta externa que conocía. Pero nunca tuvieron la idea de orientarlos a esta consulta (...)»)

Se ha insistido en el nivel de instrucción formal de los padres como factor determinante para lograr políticas preventivas, pero puede ser una verdad a medias: en la observación, y con el material registrado, puedo constatar que de forma reiterada, y paradójica, fueron los padres que revelaban tener mayor nivel de instrucción los que más cuestionaban el sistema o ponían en duda las recomendaciones del médico.

En ese panorama de resistencia también apareció un elemento clave: la desconfianza en la medicina gratuita. Contrapuesta a la posibilidad de la medicina privada como un recurso que ganaba en credibilidad. («(...) al final le perdieron el resultado del electro. Acá en Béni-Messous, no es lo correcto»)

Los sectores populares, con bajos recursos, con poca instrucción seguían siendo mayoría en las consultas, y su pertenencia a un medio más tradicional no constituía una barrera insalvable para adoptar los tratamientos racionales propuestos, podían comprender el valor de la prevención. Esa comprensión dependía de la forma, de las palabras dichas por el médico o cómo las traducía la enfermera. A veces funcionaba mejor la conexión por haber contextos compartidos por unos y otros, entonces el mensaje lograba su objetivo.

Tal vez el punto en el que se reunían todos, instruidos y sin instrucción formal, fuera la valoración simbólica de la instancia de consulta, y del poder de cura atribuido a la persona del médico, más que a los medicamentos que recetaba.

Habría una evidencia: venían de buena gana a la consulta, allí los padres esperaban obtener resultados inmediatos, tranquilizadores y durables.

Aunque a veces ni el discurso del médico, ni las explicaciones más detalladas parecían substituir gestos que se suponía curativos, que se esperaban como necesarios. A la salida de la consulta neurológica a veces los padres se mostraban decepcionados:

Apenas lo tocó al niño, escribió mucho en el dossier, ¿cómo va a curarlo así?

A mi hijo no le hizo gran cosa, lo pesó, lo hizo caminar, correr (...) esperaba un examen más serio».

En esas condiciones, cuando se valoraba la «seriedad» del examen médico según si auscultaba o no, era muy previsible que las dosis del medicamento, las fechas de las consultas de control, no fueran motivo de una estricta atención.

Algunos padres esperaban tener pruebas que coincidieran con sus preconceptos, con sus ideas sobre el «deber ser» de las cosas dentro de una consulta médica. Los comportamientos, las relaciones, los síntomas, y sobre todo sobre el ordenamiento de prioridades (sus prioridades) que no incluían obligatoriamente lo que el médico hubiera ordenado, ni las dosis que hubiera indicado.

Era como si el mundo real en el que se movían las personas, los pacientes y sus familiares, fuera irreductiblemente diferente y alejado del mundo de las consultas, de las recomendaciones, de las dosis. En el primero estaban las prácticas, el lenguaje que tenía más significación para el mundo social de las personas y sus relaciones. «La esposa se había ido a Túnez, con la niña, dejó las cajas de medicamentos (...); «al final perdieron los resultados del electro, pienso que el Gordenal no sirve (...)!»; «yo busco un especialista para atender a mi hijo, tal vez un médico privado (...); «se nos pasó el tiempo, y mi esposa prefiere no seguir con el tratamiento, tenemos médicos en la familia (...); «en la farmacia le dijeron que la dosis era muy alta, que había una equivocación y cambiaron lo que decía la receta» (...).

Entre tantas razones evocadas como causales de seguimiento errático de tratamiento no se planteaba realmente una confrontación con creencias o terapias de medicina familiar, sino que las divergencias e interpretaciones erradas provenían de un orden más elemental, donde la comunicación no cumplía con su cometido. La incompreensión iba más allá de la lengua que se hablara o que se tradujera, lo que escapaba era sin duda el alcance de los contenidos y sus implicancias. Es decir que no

siempre se captaba la significación del discurso y expectativas del médico.

La síntesis que hacía al final el médico, constatando la enorme diferencia entre los esfuerzos desplegados para abrir y atender una consulta especializada y los escasos resultados, se cerraba con la constatación sencilla pero fundamental: «el tratamiento es 100% preventivo y si los padres comprendieran el enorme valor de ese concepto, y de las acciones que proponemos, nuestra tarea sería mucho más fácil».

Revisando ahora (años más tarde) toda la secuencia, me resulta claro que una clave para superar la brecha en la comprensión (en las consultas) estaría en las posibilidades del propio lenguaje, una cuestión de semántica o de sentidos. Me pregunto qué hubiera pasado si en algunos casos se hubieran utilizado los términos que usaban las tradiciones locales, decir por ejemplo que el medicamento «impide la transferencia de un mal», así como se entendía que las vacunas eran necesarias, no por un criterio de prevención en términos biológicos, sino de protección en términos simbólicos.

Abordajes mágico-simbólicos

En el consultorio nadie hizo referencia a tratamientos tradicionales para «las crisis» o convulsiones. Pero es muy posible que en los largos períodos que pasaban sin responder a las citaciones, sin traer a los niños/as a la consulta, hubieran probado con algún agente de medicina tradicional. Puedo asegurar que las recetas tradicionales disponibles en las cercanías del CHU no podían aportar cura, ni mejorías a las secuelas de episodios convulsivos.

La prueba etnográfica la encontré por contrastación metodológica: de forma casi simultánea a la observación en la consulta neurológica, realicé relevamiento en la población del Domaine Bouchaoui, parte importante del sector sanitario. Allí no surgieron menciones a situaciones o casos de niños/as con secuelas por convulsiones febriles.

Aunque por su parte las dos representantes de la medicina tradicional local con quienes trabajé, se refirieron a los tratamientos que aplicaban en casos de «crisis» o *gzäla*, como algo posible o recurrente en sus experiencias. En ambos relatos

predomina el abordaje mágico-simbólico, sin gestos o elementos que pudieran remitir a resultados empíricos, (como en otros tratamientos, por ejemplo la función calmante o correctiva de los masajes).

Entre las recetas que Zouina quiso detallar, (sin que mediara de mi parte ninguna pregunta sobre el tema) dijo que:

Para las crisis (convulsiones) agarro una rama del árbol de la granada; mido brazos y piernas del niño/a con la rama, después la corto en pedacitos chicos y los tiro diciendo:

No te estoy cortando, corto el mal que está en ti.

Del mismo modo Rabbea dijo:

Para tratar las crisis (convulsiones) se usa una rama del árbol de la granada, del tamaño del niño/a, Se miden brazos y piernas, luego se envuelve en una tela y se lleva a enterrar en un cementerio abandonado. Así el mal queda enterrado. Es necesario que sea un cementerio abandonado porque ahí no corre peligro de ser encontrada o desenterrada. Después no hago más nada con el niño/a, no hay nada que hacer

En ambos procedimientos hay coincidencia en los elementos, con mayor dramatismo en lo que proponía Rabbea, pero se entiende que se trata de «un mal» algo mayor, y no se expresa la existencia o conocimiento de recursos para tratarlo. Ambas recetas contienen una aceptación de falta de medios ante algo que escapa a la comprensión y a los «medicamentos árabes» conocidos.

Ante el problema de las «crisis» o convulsiones, los tratamientos tradicionales se revelaron muy carentes de elementos, ni saberes empíricos ni rituales que pongan en escena la posibilidad de una eficacia simbólica, de improbables efectos en niños chicos.

El manejo de recursos simbólicos es complejo de captar pero es importante tenerlo en cuenta cuando se trata de indagar sobre la posibilidad de eficacia en curaciones no bio-médicas. Este es un elemento que he constatado en diferentes contextos culturales, tratándose en general de performances curativas

de tipo tradicional o de etno-medicinas. Quise buscar razones de esa recurrencia, más allá de una repetición inter-generacional de recetas en determinados contextos culturales.

En varias ocasiones asistí a tratamientos por mal de ojo, diagnóstico que establecía el entorno familiar, social y sobre todo quien fuera a proceder a la cura. Esa persona en todos los casos entraba en la denominación y en la categoría de «curandero/a» (guérisseur, guérisseuse). Nunca se mencionaba la posibilidad de la brujería (sorcellerie) que de hecho connota siempre una voluntad de hacer daño de forma mucho más arriesgada de lo que se pone en juego cuando se produce un efecto por el mal de ojo. Una mala suerte (un mauvais sort), algo como un deseo de mala suerte, echado sobre alguien sobre todo a través de la mirada. (En la etnografía en la Cabília, ya había relevado la vigencia del mal de ojo, como práctica y riesgo sobre todo para niños/as).

Es difícil de establecer la frontera entre las creencias, las prácticas que se supone habilitan la intervención de fuerzas o poderes superiores, tampoco es evidente el peso de esa eventual intervención. En ese sentido es pertinente recurrir a hallazgos sutiles realizados por Evans-Pritchard (mediados del siglo XX) en investigaciones en población azande, en territorio de África Central. Pensamientos que bien pueden haberse transmitido en secuencias intergeneracionales e interétnicas, de este a oeste, de sur a norte en el viejo fondo cultural africano.

La cita dice así:

Considerada como sistema de filosofía natural, la brujería (witchcraft) supone una teoría de las causas; la desgracia es resultado de la brujería, que opera de concierto con las fuerzas naturales. Si a un hombre lo cornea un búfalo, o si le cae encima un granero cuyos soportes han sido minados por las termitas, o si contrae una meningitis cerebro espinal, los azande afirmarán que el búfalo, el granero o la enfermedad son causas que se conjugaron con la brujería para matar al hombre. Del búfalo, del granero, de la enfermedad, la brujería no tiene culpa, puesto que existen por sí mismos, pero sí la tiene de esta circunstancia particular que los pone en una relación destructora, con un determinado individuo. (...) Entre todas estas causas, sólo la brujería

admite una intervención correctiva, puesto que sólo ella emana de una persona. Contra el búfalo y el granero no se puede intervenir. Aunque también se les reconozca como causas, éstas no tienen significación en el plano de las relaciones sociales (Evans Pritchard, 1955 [1962], pp. 418-419).

Tiene lógica la interpretación de Evans-Pritchard que valora aquello que tenga significación en el plano de las relaciones sociales: en contextos de culturas tradicionales en África, en población berebere, beduina, árabe-musulmana el individuo como tal no se concibe como individualidad independiente sino incrustado dentro de un grupo familiar de pertenencia, grupo por cierto amplio que comprende parientes, allegados por alianza, ancestros y descendientes. Las relaciones sociales tienen fuerza y protagonismo, así como pueden «enfermar» también pueden tener claves para sanar.

De forma general podría decirse que a lo largo del trabajo etnográfico en el Dominio de Bouchaoui y en el CHU de Beni Messous, las personas interrogadas y con quienes establecí una especie de «acuerdos de cooperación», entendieron que de alguna manera tenían un rol en la investigación, señalando o comentado puntos que consideraban importantes (para mejorar captación de nuevas relaciones con agentes de salud, con normativas de la medicina preventiva). Al «apropiarse» así de la investigación, se sentían concernidos/as por los temas abordados. El intercambio no era tan desigual, no sólo yo aprendía sino que podía comprobar que el retorno que surgía en los encuentros y reuniones, volvía a mis interlocutores/as bajo forma de revalorización de sus propios saberes y tradiciones.

Se «descubrían» al relatar, recordar, exponer, hablar de sí mismos/as. Desde mi posición de escucha e investigadora, yo me esforzaba por inscribir todo lo que recogía en el contexto cultural correspondiente. Trataba así de adaptar para el caso una regla de oro del análisis literario, que indica que el proceso de interpretar, analizar un texto, siempre debe comenzar por colocar ese texto en su contexto, es decir el capítulo, la obra. En este caso un hecho, un discurso recogido en una determinada localidad, la época, y por supuesto anotar quien es el sujeto de la enunciación, quién relata desde cuál universo.

El detalle de los registros y aprendizajes en Argelia valen como introducción a lo que fueron luego años de «revisitas» en instancias de docencia y aplicación en diferentes investigaciones en Uruguay.

Primeras investigaciones en Montevideo, temas afines

En 1987/88 emprendimos una investigación antropológica con foco en el Centro Materno Infantil, del Hospital Maciel en la Ciudad Vieja de Montevideo, a pedido de la Dirección de la Cátedra A de Pediatría del Hospital Pereira Rossell, en ese entonces a cargo de la Dra. Irma Gentile (con esta investigación en Ciudad Vieja accedí al régimen de Dedicación Total en la UdealR). Nuestro cometido (ya había reunido un equipo de estudiantes y ayudantes de antropología) era profundizar en el conocimiento de la población objetivo del CMI; en esa época se había producido un fenómeno de ocupación irregular de edificios y viviendas vacías por parte de familias con carencias severas, sobre todo sin soluciones habitacionales. En los primeros reconocimientos de «campo» llegamos a la conclusión que incluiríamos al propio CMI y su personal médico-técnico en el estudio. Siguiendo la secuencia del antecedente en Argelia, fuimos haciendo paralelamente el reconocimiento etnográfico de la institución de salud y de la población, experiencia y resultados que figuran en varias publicaciones, principalmente en Romero Gorski, S. 2003, *Madres e Hijos en la Ciudad Vieja*. Apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil.

En un verdadero contexto de descubrimiento fuimos encontrando y conociendo formas inesperadas de relaciones y diríamos de adaptación cultural en aquel enclave de pobreza urbana donde las personas ocupaban instalaciones abandonadas, aunque generalmente de notorio valor arquitectónico, en el centro histórico de la capital del país. Fenómeno que fue resolviéndose con planes de relocalización y rehabilitación urbana.

En el plano social y de costumbres encontramos particularidades que vale la pena recordar, con detalles registrados,

En la interpretación de indicadores de salud diferenciados que presentaba Ciudad Vieja (mayores índices

de mortalidad infantil, altos índices de embarazos no controlados, madres multíparas, alto porcentaje de madres adolescentes, entre otros) proponemos introducir un nuevo indicador que refiere al riesgo de tipo cultural originado en gran parte en la escasa transmisión de conocimientos adaptados, dentro de la propia población.

(...)

Considerando desde un punto de vista antropológico que:

Es fundamental que exista una transmisión de saberes, de prácticas adaptadas y conocimientos que hagan posible cierto grado de auto gestión de la vida, ya que la misma se desarrolla en gran parte fuera de marcos institucionales medicalizados.

(...)

Las parejas jóvenes, las madres jóvenes y en particular las madres adolescentes, eran las menos provistas del punto de vista cultural: desarraigados social y geográficamente (la mayoría por sucesivas migraciones dentro y fuera de la ciudad) y sin haber completado su aprendizaje básico e informal en sus grupos de pertenencia, familiar y/o barrial, enfrentaban la maternidad y el cuidado de sus hijos, como situaciones poco conocidas.

(...)

Nuestro asombro ante lo que consideramos una falta alarmante de habilidades o saberes informales y/o populares sobre las secuencias naturales para la salud materno-infantil fue quizás acrecentado por el recuerdo y comparación con otras culturas donde las mujeres manejan un bagaje significativo de conocimientos que integran una “medicina familiar” y popular, con vigencia operativa (Romero Gorski, S. 2003: 62-63).

En el curso de aquella pionera investigación etnográfica en Ciudad Vieja notamos y quisimos profundizar en la incidencia de las condiciones habitacionales, destacando la frecuencia de familias con varios hijos que vivían en una sola habitación, «vimos como muy problemática la estimulación temprana, psicomotriz y afectiva ya que la concentración de personas

no sustituía carencias ambientales, ni era garantía de mayor socialización».

La bibliografía consultada nos alentó a organizar una investigación multidisciplinaria que nos permitiera medir los efectos en los niños de las condiciones de hacinamiento (como resultado inmediato de la primera investigación en Ciudad Vieja). «Interrelaciones entre el medio físico y socio- cultural y el desarrollo neurológico y perceptual» investigación apoyada por la CSIC. Comprendió a 40 niños/as entre 3 y 5 años que habían mantenido las mismas condiciones de vivienda, en habitaciones de pensiones o casas ocupadas. Los resultados fueron presentados en encuentros de Ciencias Sociales y Medicina y publicados. Para cerrar esta breve evocación de trayectorias y antecedentes, tomo una parte de las conclusiones de aquel estudio que comprendió trabajo antropológico, psicológico y neurológico (neuro- pediatra)

Los bajos resultados en los test psicológicos, junto con la ausencia casi total de anomalías neurológicas, hablan de una producción de relaciones empobrecidas hacia el interior de las familias y hacia el exterior con el entorno inmediato, y por extensión con el sistema socio-cultural [falta de estímulos]. (Romero, S., Rosenberg, S., San Julián, E. p. 238-250, En: Ana Lía Kornblit, 1994, Ciencias Sociales y Medicina. La salud en Latinoamérica. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires).

Referencias bibliográficas

- Barthes, R. (2015 [1993]) El susurro del lenguaje, Paidós,
- Boucebei, M. (1979). Psychiatrie, société et développement. Éd. SNED.
- Evans Pritchard, E. (1955[1962]). Witchcraft. Africa (Vol. 8. Núm 4). Citado por C. Lévi-Strauss (1964) en El pensamiento salvaje (p. 27). Fondo de Cultura Económica, México.
- Fassin, D. Rechtman, R. (2010). L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime. Champs essais

- Lévi-Strauss, C. (1961). *Race et Histoire*. Éditions Gonthier-UNESCO. Tesis de Doctorado en Medicina, Nantes.
- Martínez Platero, R. (2021). *Atención Sanitaria en el Movimiento de Liberación Nacional. Tupamaros. La historia jamás contada*. En: Mario Camaño y otros, (pp. 202-217). Tres Marías Ediciones, Uruguay.
- Minkowski, A. (1976). *Pour un nouveau-né sans risques*. Stock, París.
- Minkowski, A. (1975). *Le mandarin aux pieds nus. Entretiens avec Jean Lacouture*. Éd. Du Seuil, París.
- Moutet, F. (1978) *Contribution á la rééducation et á la réadaptation fonctionnelle des enfants infirmes moteurs d'origine cérébrale en milieu familial algérien*.
- Tillion, G. (1982 [1966]) *Le harem et les cousins*, Paris Le Seuil, 1966. réed. collection Points Civilisation 1982.

FUNDACIÓN DEL HOSPITAL DE GUERRA Y LA SOCIEDAD FILANTRÓPICA DE DAMAS ORIENTALES

Virginia María Rial Ferreyra

Introducción

La Sociedad Filantrópica de Damas Orientales es la organización de mujeres más antigua del país, vinculada a la solidaridad y la filantropía en el campo de la salud- si bien existen antecedentes de mujeres organizadas en torno a acciones de caridad (desde la acción católica)¹. Surgió en el marco de la Guerra Grande (23 de marzo de 1843) a pedido del Gral. José María Paz, encargado de la Defensa de Montevideo y comandante General de armas; el mismo propuso a Bernardina Fragoso la necesidad de apoyo en el campo sanitario. Ella convocó a otras ciudadanas para implementar dicho proyecto, y fundaron el Hospital de Guerra u Hospital del Fuerte que funcionó en las instalaciones del Cabildo de Montevideo. También colaboraron en la formación del primer banco de sangre, y más adelante participaron en la gestación de diversas instituciones de salud (vinculadas a las legiones extranjeras²). Quedan pocos registros de las actividades de estas pioneras, salvo el acta de conformación de la organización, aunque mantuvieron su labor en el área de la salud, así como en la defensa de la educación de las niñas y mujeres, el apoyo a los desamparados, fomentaron las ideas del librepensamiento, de la libertad,

1 Hermandad de la Caridad (1775); Comisión de Beneficencia de Señoras (1855).

2 Hospital Italiano, Hospital Británico, Asociación Española, Casa de Galicia, Fraternidad, Hospital de la Legión Francesa, etc.

la solidaridad y la filantropía. Se reformularon con el tiempo ante las inclemencias de cada época, sosteniendo el espíritu solidario y republicano.

Temas destacados

Este trabajo es un avance en torno a la investigación que aborda un acercamiento a la historia de un grupo de mujeres organizadas, que, en el marco de la Guerra Grande en Uruguay (1838/1851), establecen un hospital destinado al cuidado de heridos y huérfanos del conflicto (Hospital de guerra). Si bien el mismo desarrolla plenamente su actividad durante tres años (1843-1846), las fundadoras de este continúan trabajando en el área de la filantropía, los derechos de las mujeres y la educación de estas en sucesivas instancias (Hermandad de Caridad, Nueva Sociedad de beneficencia-1844; Sociedad de caridad y beneficencia de señoras-1853; Junta económico-administrativa de Montevideo-1855; Comisión de Caridad-1857; Reinstalación de sociedad de beneficencia de señoras-1865; Asilo de huérfanos y hospital de niños-1878; Asilo de Huérfanos y expósitos-1880; Comisión honoraria de caridad y beneficencia pública-1886; Reconocimiento de Comisión de beneficencia de señoras-1891). Si bien existen organizaciones anteriores que específicamente en la ciudad de Montevideo desarrollaron estos aspectos, el caso que se estudia reviste particularidades, entre ellas el de ser una organización integrada únicamente por mujeres. Aquí se presenta una primera revisión de documentos, textos, artículos de diarios de época, en que se hace referencia a las mismas. Este centro de asistencia fue testigo silencioso de los horrores del conflicto, y se convirtió en símbolo de resiliencia y rescate en tiempos de adversidades.

La investigación explora el surgimiento, impacto y consecuencias de la creación de este centro de salud, así como el legado que deja en la sociedad postbélica. Se busca arrojar luz sobre el papel vital que el mismo tiene en aquel momento y la capacidad de organizar trabajo colectivo de los ciudadanos, entre los más afectados. Permite entender el tejido social de la época en un período en que Montevideo era un crisol de migración y circulación de población de diferentes lugares. La

creación de este centro puede entenderse como uno de los hitos cruciales de la historia médica de la región. En un contexto de violencia, carencias, dificultades económicas el hospital de guerra de las Damas Orientales sirvió de modelo y trabajó en conjunto con otros centros de salud que se desarrollaban en aquel momento. El mismo ofició como estructura que permitió la integración en sus funciones y fines de una sociedad dividida, pero en la que existía en algunas personas la idea de trabajo por el otro, más allá de las diferencias. Dicha asociación de mujeres estableció programas puntuales de curación, rehabilitación y reintegración social de los pacientes. Los archivos revelan los desafíos a que se enfrentaba la población y las personas que se ocupaban de la atención y cuidado de heridos, tanto médicos como personal de enfermería y ciudadanos dedicados. Los recursos para la atención eran limitados por las carencias materiales en el marco del conflicto y sitio de la ciudad, además de los bloqueos que se establecieron por mar en diferentes momentos del proceso.

Datos que refieren a la Sociedad Filantrópica de Damas Orientales, antecedentes de instituciones que trabajaron la caridad y referencias biográficas³

20 de mayo 1751- En la Iglesia Matriz de Montevideo se establece la «insigne Cofradía de Nuestra Señora del Carmen y las hijas de Dios, las Benditas Ánimas del Purgatorio» (p. 102/II).

20 de mayo 1796- En esta capital nace la ilustre dama patricia, Dña. Bernardina Fragoso, que desposó con el general D. Fructuoso Rivera, en 1816. De esta unión nació un hijo varón, el 30 de noviembre del mismo año. Querida y respetada, dejó de existir en su quinta del Paso del Molino, el 31 de diciembre de 1863. (El 20 de julio de 1955, en solemne y emotiva ceremonia, sus restos fueron trasladados a un nicho del Cementerio del Buceo, destinado para tal fin por el Municipio de Montevideo. El Instituto Histórico le rindió homenaje junto con doña Ana Monterroso, siendo ambas evocadas por el Miembro de número don Eduardo de Salterain y Herrera) (p. 103/II).

3 De textos Efemérides Uruguayas de Arturo Scaronne, 1956.

16 de febrero 1843- El general D. Manuel Oribe, al frente de un ejército integrado por unos doce mil hombres, llega al Cerrito de la Victoria. Se inicia así la que se llamará Guerra Grande⁴, que se prolongó hasta el 8 de octubre de 1851, fecha en que se firmó un tratado de paz en una de cuyas cláusulas se estableció que «No habría vencidos ni vencedores entre todas las diferentes opiniones en que han estado divididos los orientales» (p. 220)

17 de marzo 1843- Quedan terminados los hospitales militares de Montevideo, organizados por la Sociedad de Damas Orientales que preside Dña. Bernardina Fragoso de Rivera, dotados con 800 camas y destinados a la asistencia de los heridos de la guerra (pág. 361).

23 de marzo 1843- Por iniciativa de la Sra. Dña. Bernardina Fragoso de Rivera, esposa del general D. Fructuoso Rivera y con el humanitario propósito de socorrer a los heridos y enfermos de la guerra, se organiza en Montevideo la «Sociedad Filantrópica de Damas Orientales». Más tarde esta institución se denominó «Sociedad de Caridad Pública» (p. 386).

31 de marzo 1843- Se instala en Montevideo, bajo la presidencia de Dña. Bernardina Fragoso de Rivera, la Sociedad Filantrópica de Damas Orientales, ocupando el cargo de secretaria Dña. Josefa Lamas de Vázquez y el de tesorera Dña. M. A. Agell de Hocquard (p. 417).

7 de abril 1843- Al mando del futuro general D. José Gariibaldi, queda definitivamente organizada la Legión Italiana, la que de inmediato se pone al servicio del Gobierno de la Defensa, presidido por D. Joaquín Suárez (p. 446).

7 de abril 1843- El almirante D. Guillermo Brown entra sorpresivamente en la bahía de Montevideo, asalta la Isla Libertad y se apodera del stock de pólvora allí depositado, pero se ve obligado a devolverlo ante la intimación del almirante inglés M. Purvis (p. 447).

7 de abril 1843- ingresan los primeros heridos de la Guerra Grande en el hospital de Sangre organizado por la Sociedad Filantrópica de Damas Orientales, presidida por Dña. Bernardina Fragoso (p. 447).

4 La Guerra Grande comenzó en 1838-39, el Sitio de Montevideo se estableció en 1843.

8 de mayo 1843- En acto solemne, Dña. Bernardina Fragoso, hace entrega al coronel D. Juan Crisóstomo Thiébaud, jefe de la Legión Francesa al servicio del Gobierno de la Defensa, de una bandera tricolor para la unidad militar que aquel jefe comanda. (pág. 51. Tomo II)

9 de julio 1843- En la Iglesia Matriz es bendecida la bandera destinada a la Legión Francesa al servicio del Gobierno de la Defensa, actuando de padrinos el presidente Don Joaquín Suárez y la ilustre patricia, esposa del general Rivera, Dña. Bernardina Fragoso de Rivera (p. 344/II).

9 de diciembre de 1846- Dña. Bernardina Fragoso de Rivera hace entrega a los delegados D. Bernardo Jovellanos y D. Atanasio González de la letra del «Himno patriótico para la República del Paraguay dedicado a su digno presidente el Sr. Carlos Antonio López», compuesto por D. Francisco Acuña de Figueroa (p. 505/ii).

23 de diciembre de 1846- Después de prestar invalorable servicios desde el 7 de abril de 1843, da por terminada su humanitaria misión el hospital de sangre establecido por la Sociedad Filantrópica de Damas Orientales, presidida por Dña. Bernardina Fragoso (p. 584/II).

31 de marzo 1851- los legionarios franceses al servicio del Gobierno de la Defensa de Montevideo, mandan celebrar un solemne funeral a la memoria del que fuera su digno jefe, el coronel Jean Chrysostome Thiebaut, fallecido en esta capital el 22 de este mismo mes (p. 417).

22 de mayo de 1853- El presidente de la República, D. Juan Francisco Giró, procede a la colocación de la piedra fundamental del primitivo edificio del Hospital Italiano, en un terreno sito en una de las esquinas de las calles Queguay y Soriano. No fue habilitado a ese objeto, construyéndose después el actual en la Avenida 8 de octubre y Bulevar Artigas. En cambio, lo ocuparon la Logia Masónica, la Universidad de Mujeres y actualmente es sede de la Inspección G. del Ejército (p. 114/II).

9 de diciembre 1857- Se presta aprobación al Reglamento interno del Hospital de Caridad, redactado por el presidente de la Comisión de Caridad y Beneficencia, D. Juan Ramón Gómez (p. 506/II).

31 de diciembre de 1863- En su augusta y respetada ancianidad, rodeada del cariño de sus compatriotas, fallece la ilustre matrona Dña. Bernardina Fragoso de Rivera (...) Durante la Guerra Grande fundó y presidió la benemérita Sociedad Filantrópica de Damas Orientales. Ella, que tanto hizo por la patria y por sus compatriotas, murió en modestísima situación pecuniaria en su vieja quinta del Paso del Molino (p. 626/II).

Sociedad Filantrópica de Damas Orientales: Fundación

Hablar de Damas Orientales es interrogarnos sobre las causas del olvido de su memoria e historia, sobre la ausencia de las marcas en las tumbas, sobre la insignificancia otorgada a sus luchas, desvelos, miserias, a la entrega desinteresada a la patria, a sus familias, a nuestra propia historia. La Sociedad Filantrópica de Damas Orientales es la organización más antigua en Uruguay de mujeres específicamente convocada y constituida para crear y sostener un hospital de guerra. La misma surgió en el marco de la Guerra Grande como un grupo de 16 mujeres, que, en esos momentos de grandes conflictos, se atrevieron y propusieron acciones filantrópicas operativas y concretas, se arriesgaron ayudando con su trabajo, sus ideas y bienes, a personas víctimas de las penurias de la guerra (viudas, niños, enfermos, mutilados). Como ya se señaló, fue el Gral. José María Paz, en aquel entonces encargado de la Defensa de Montevideo (partido colorado) y comandante General de armas, quien pidió ayuda en la persona de Doña Bernardina Fragoso quien a su vez convocó a otras ciudadanas para implementar dicho proyecto. Las mujeres que integraron esta institución eran parte de una extracción socio económica vinculada por matrimonio o parentesco a referentes políticos, comerciales y sociales de la época, la mayoría formaba parte de sectores dirigentes de la sociedad montevideana. Su acción en el marco de la órbita del gobierno de la Defensa centró sus funciones en hacerse cargo de los costos del hospital a partir de sus propias expensas por lo cual colaboraron en primera instancia con la cantidad de cien patacones⁵. Se complementaron

5 Moneda de época, creada en 1839, también llamada peso.

estos aportes con la generación de recursos económicos a partir de la realización de bazares de caridad (similares a los de otras zonas-París, Londres, entre otros), actividades culturales (teatro, tertulias, conciertos), loterías, etc. José Salgado cita que «en la función extraordinaria que se realizó el 17 de abril de 1845 en el Teatro del Comercio de Montevideo, se cantó un *Himno Nuevo*, dedicado a la apertura de aquel instituto, poesía del autor del Himno Nacional don Francisco A. de Figueroa y música del señor Quijano» (35), más adelante refiere a que en la misma función también presentó una poesía que homenajeaba la labor de estas mujeres el señor Esteban Echevarría⁶.

Este grupo de mujeres, oficiaron como centro de socialización en el marco del conflicto, no solamente desde el punto de vista de sus funciones en el hospital, sino con relación a la convocatoria cultural que promovían, intercambio de información, formación, gestión del conocimiento, diplomacia, etc. Podemos ver referencias a esta actividad de vínculos de orden diplomático entre otros, a partir de la presencia del Conde Alexandre Colonna Walewska, hijo de Napoleón Bonaparte y de la Condesa polaca Marie Walewska. Jacques Duprey relata que

le Comte Walewski, ex révolutionnaire d'un pays qui lutta comme Montevideo jusqu'à la dernière extrémité, n'a pu qu'être ému, en retrouvant au bout du monde de vieux artisans de la gloire de son père et que vivaient toujours de son souvenir. Et la belle ame mystique et désintéressée de Garibaldi, qu'il vit avec Thiébaud le surlendemain de son débarquement, n'a pas été non plus sans l'impressionner (1937; 173).

El hogar de muchas de ellas era centro de promoción del arte a partir de las tertulias y encuentros que realizaban. En el caso de Bernardina Fragozo hay numerosas referencias a las actividades culturales que realizaba en su casa. Un hecho interesante, y que la vincula con un círculo científico cultural importante de implicancia internacional es la referencia que realiza

6 «Matronas Orientales ¡Vuestro sublime ejemplo
La Patria agradecida, jamás olvidará;
Cuando su noble frente corone la victoria,
A par de ilustres nombres los vuestros grabará».

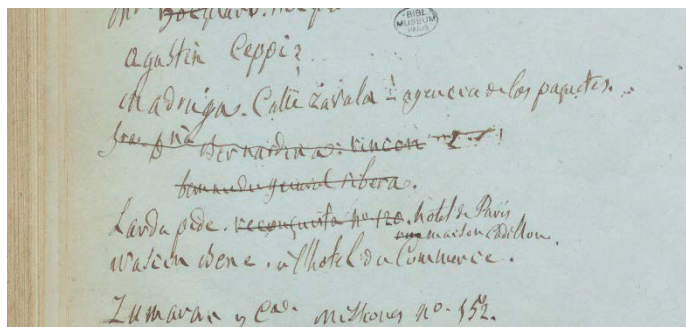
Guillermo Furlong en su texto *Nuevos datos sobre Bonpland en Buenos Aires* (1818) en que narra que

mientras estuvo nuestro sabio en Montevideo, la señora Adelia Maria Luisa Sigaud de Bonpland frecuentaba los salones y exhibía sus habilidades musicales, y se conserva aun un vals compuesto por ella y dedicado a la exelentísima señora Doña Bernardina Fragoso de Fructuoso Rivera, pero el esposo de aquella dama trepaba al cerro, curioseaba por los campos del Buceo y llegaba hasta Manga y San José, en busca de novedades científicas.

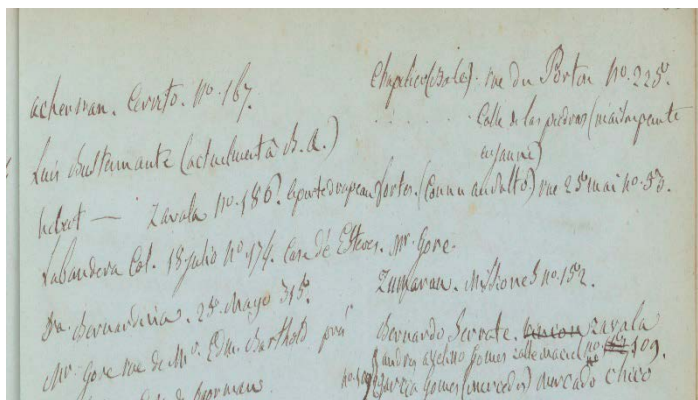
Bonpland, compañero de viaje de Humboldt, amigo y médico de Josefina Bonaparte⁷ y su esposa amiga e integrante de la corte de la emperatriz, coincidían en Montevideo regularmente. Otro dato de interés es la presencia del nombre y dirección de Bernardina Fragoso en la agenda del científico de sus referencias y contactos en Montevideo. La misma aparece referenciada tres veces. El documento se encuentra en el Museo Nacional de Historia Natural, Dirección de bibliotecas y Documentación de Paris (MNHN_MN209)⁸.

7 En el libro *Un fils de Napoleon 1er dans les pays de la Plata sous la dictature de una Manuel de Rosas* de Jacques Duprey, 1937, en la página 25 refiere a la forma en que Damaso Antonio Larrañaga se refiere a la Emperatriz Josefina. «Plus tard, Joséphine, l'impératrice déchuë, "l'impératrice américaine, notre ornement et celui de Napoléon", comme l'appelle curieusement Don Dámaso Antonio Larrañaga dan une lettre inédite, envoie de sa retraite de la Malmaison des invitations a la Comtesse Walewska pour qu'elle lui amène son fils».

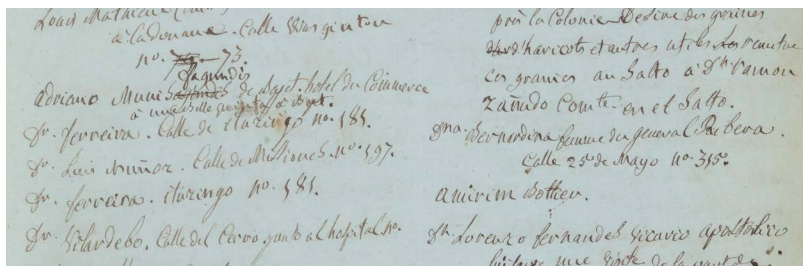
8 Museo nacional de historia natural. Dirección de Bibliotecas y Documentación. 38, rue Geoffroy Saint-Hilaire 75005 París. bibliotecas.mnhn.fr



Documento MNHN_MN 209 página 122



Documento MNHN_MN 209 página 123



Documento MNHN_MN 209 página 123

Desde el punto de vista de las funciones principales que cumplió la Sociedad Filantrópica de Damas Orientales, la atención médica y apoyo a huérfanos y viudas fue lo principal, atender

a «los componentes del Ejército que fuesen heridos, o se enfermasen de cualquier dolencia, mientras se hallaren en servicio» (Salgado, 1942, 34). Con el tiempo, se fueron ampliando las funciones de estas y se ocuparon del cuidado de viudas y huérfanos. Dentro de las referencias que citan el accionar de la Sociedad Filantrópica de Damas Orientales hay una referencia en el periódico *El Nacional*, del 8 de mayo de 1844 en que Rivera Indarte comenta que

diez y seis damas se reunieron a invitación de la Sra. Doña Bernardina Fragoso de Rivera, y en muy pocos días se organizó la Sociedad, y se vió instalado un hospital bien provisto de todo lo necesario para la asistencia de un número considerable de nuestros heridos. El 7 de abril de 1843 se recibieron los primeros; y hasta el 30 del mismo mes en el presente año, se han asistido 406 heridos, de los que han vuelto a continuar combatiendo en defensa de la patria, 250, y existen hoy en curación, 68 (Salgado, 1942, 34).

Es importante resaltar que, en el marco de esta guerra, y en el caso del sitio de Montevideo, se produjo un importante flujo de población debido a tres hechos. El primero tiene que ver con la migración de las familias montevideanas hacia las afueras de Montevideo y particularmente hacia la zona de asentamiento que se estableció en la zona del cerrito bajo el gobierno del General Manuel Oribe (Partido Blanco). Montevideo durante estos años vivió un proceso de división de posiciones políticas dentro de las mismas familias residentes enmarcado en un sitio que se extendió hasta 1851, lo que produjo una gran complejidad de situaciones y las redes familiares se vieron afectadas de muchas maneras, si bien existía intercambio epistolar y visitas, además de instancias de encuentro de las familias, el hecho social y cultural que experimentó la población de Montevideo durante esos años desde el punto de vista relacional fue extremo.

Otro de los aspectos vinculados a la movilidad poblacional de la ciudad tiene que ver con el movimiento migratorio que venía experimentando el Río de la Plata durante estas décadas y particularmente la ciudad puerto de Montevideo. Diversas

colectividades se congregaban en este lugar; además de los criollos, población afrodescendiente, población originaria, se sumaban gallegos, vascos, portugueses, catalanes, italianos, franceses, ingleses, escoceses, porteños, entre otros grupos. Un interesante crisol cultural, lingüístico, étnico.

Y un tercer componente de estos movimientos humanos tenía que ver con las diferentes legiones y fuerzas militares formales que estaban establecidas en la zona o que venían especialmente como contingentes para actuar tanto a nivel de la Defensa de Montevideo como formando parte de las fuerzas que comandaba el General Oribe.

Culminada la Guerra estas mujeres continuaron su labor en defensa de la educación de las niñas, el apoyo en la formación de otras mujeres para solventar su vida, desarrollaron las ideas del librepensamiento, y promovieron desde su diversidad instancias y acciones que propendían al fomento de la libertad, la solidaridad, la filantropía y la educación. Se reformularon con el tiempo y ante las inclemencias de cada época, sosteniendo el espíritu solidario, sororo, libertario y republicano.

Quedan pocos registros de las actividades de estas pioneras, salvo el acta de conformación que data del 23 de marzo de 1843. Lideradas por Bernardina Fragoso de Rivera, se sabe que fundaron un hospital de guerra, que más adelante dio lugar a otras instituciones de salud, y además propiciaron el proceso de formación y apoyo a la educación de mujeres en distintos niveles, así como acciones en defensa de derechos de estas, cada una desde sus lugares. De forma sutil y silenciosa pero muy intersticial fueron dejando su huella dentro de la sociedad.

Sin embargo, los referentes de la época (salvo excepciones como Isidoro de María, o el relato de Alejandro Dumas (Montevideo ou une nouvelle Troie, Imprimerie centrale de Napoléon Chaix et C. Paris 1850)⁹, o Benjamín Poucel (Los rehenes de

9 En el marco de la revisión documental encontré en una publicación francesa una referencia que resulta curiosa, ubicando a la ciudad de Montevideo en el marco de un imaginario épico y legendario. En la *Revue des deux mondes* de febrero de 1830, p. 505, en la sección de novedades aparece lo siguiente: «Montevideo, Découverte d'un tombeau grec. Nous donnons avec quelque défiance la nouvelle suivante qu'on nous prie de

Durazno, Ediciones El Galeón, El calafate editores, Uruguay 2001) que refieren al contexto general y en particular a aspectos culturales y sociales, y algunas referencias en publicaciones de la academia de historia de la medicina) olvidaron plasmar en forma documental su esfuerzo y su trabajo en épocas turbulentas para el país.

En su texto *In Memoriam* Isidoro de María narra el proceso fundacional de la organización;

Busquémosla en la época de la llamada Guerra Grande, en la Defensa de Montevideo, donde su civismo y filantropía se destacan en el bello cuadro del patriotismo, de la abnegación y de la beneficencia que enaltece a la mujer oriental, tan rica en sentimientos caritativos y patriótico (...) Ni Cruz Roja, ni hermanas profesas de Caridad teníamos en ese tiempo (...) El comandante general de Armas, don José María Paz, invocando el interés que le inspiraban sus compañeros de armas, heridos en defensa de la patria, invitó a la señora Fragoso de Rivera a excitar el celo de las damas orientales, a fin de proporcionar a aquellos los auxilios a que los hacían acreedores su patriotismo y su valor (...).

El acta fundacional de la Sociedad filantrópica de Damas Orientales expresa que;

publier. Un laboureur a découvert dernièrement, dans un champ, aux environs de Montevideo, une espèce de pierre tumulaire, portant des caracteres a demi effacés par le temps, et recouvrant une excavation entourée de maconnerie, ou étaient enfermés deux glaives, un casque et un bouclier. Le tout fut porté a Montevideo, et l'on put, non sans beaucoup de peine, déchiffrer sur la pierre, les mots suivans, en caracteres grecs: Sous le règne d' Alexandre, fils de Philippe, roi de Macédonie, dans la 63 olympiade, Ptolemaios...Il fut absolument impossible de lire la suite. Sur la poignée d'une des deux épées, était en demi relief, un profil que l'on crut reconnaître pour celui d' Alexandre, et le casque portait des ornemens d'un travail exquis, représentant Héctor trainé par Achille autour des murs de Troie. Il est plus que probable, d'après cette découverte, qu'un contemporain d' Aristote a foulé le sol du Brésil et de la Plata. On pensa que Ptolomaïos était le commandant de la flotte d'Alexandre; jeté par les vents sur la cote du Brésil, il y aura déposé ce souvenir de son voyage dans des régions aussi éloignées. Dans tous les cas, une pareille découverte est de nature a fixer l'intérêt et l'attention des antiquaires de tous les pays».

En la ciudad de Montevideo a veintitrés de marzo de mil ochocientos cuarenta y tres, hallándose reunidas en la sala de la señora doña Bernardina Fragoso de Rivera, y por invitación expresa de esta misma señora, la señora doña María Josefa Álamo de Suárez, doña Josefa Lamas de Vázquez, doña Cipriana Herrera de Muñoz, doña Matilde Durán, doña Dolores Vidal de Pereira, doña Teresa Conde de Pérez, doña Maria Antonia Agell de Hocquard, doña Isabel Navia de Rucker, doña Maria Quevedo de Lafone, doña Josefa Areta de Cavaillón, doña Ramona Luna de Correa, doña Belén Silvera de Estévez, doña Manuela Beláustegui de Bustamante, doña Petrona Reboledo de Bujareo, y doña Joaquina Navia de Tomkinson, la señora doña Bernardina de Rivera les hizo presente una carta del señor General de Armas de esta Capital, en que, manifestando el vivo interés que le inspiraban sus compañeros de armas heridos en defensa de la Patria, le rogaba excitase el celo de las damas orientales, a fin de proporcionar a aquellos todos los auxilios a que los hacían acreedores su patriotismo y su valor. Añadió la señora doña Bernardina de Rivera: que, considerando esta invitación eminentemente patriótica, no había trepidado un momento en ofrecer al señor General su más decidida cooperación y la de las señoras orientales, sus dignas compatriotas, para un objeto tan noble. Que su pensamiento era, que se erigiese una Sociedad de Damas Orientales, cuyo objeto fuese ahora, y sin perjuicio de los que en adelante pueda abrazar, el establecimiento de un Hospital, costeados a sus propias expensas, y con los recursos que la Sociedad pueda proporcionarse, en que se asistan y curen los individuos del Ejército que fuesen heridos o se enfermasen de cualquiera dolencia, mientras se hallen en servicio. Las señoras todas aceptaron con entusiasmo el pensamiento y prometieron su más decidida cooperación. Acordaron la denominación de “Sociedad Filantrópica de Damas Orientales”, y que para dar principio al plan que se proponían, cada una de las que estaban presentes se subscribía por ahora con la cantidad de 100 patacones. Nombraron para presidenta de la Sociedad a la señora doña Bernardina Fragoso de Rivera; para Tesorera a la señora doña María Antonia Agell de Hocquard, y para secretaria a la señora doña Josefa Lamas de Vázquez, encargando a estas mismas

señoras la redacción del proyecto de Reglamento para la Sociedad, y que la presente Acta se eleve al conocimiento del Superior Gobierno, pidiendo se digne aprobar el establecimiento de la expresada Sociedad (de María, *In Memoriam*, p. 11-12).

En aquel momento de grandes conflictos y penurias como la muerte, la viudez, la orfandad, la enfermedad, este grupo de 16 mujeres pusieron en juego sus saberes, contactos, bienes y tiempo para contemplar estos aspectos de catástrofe que primaban en nuestra sociedad de la época.

El impacto de la creación de esta sociedad de mujeres se convirtió en referencia y lo vemos más adelante, cuando aparece una nota sobre la misma en el texto del Dr. José Salgado «Las Damas Orientales en la beneficencia pública» que se compiló en el N 49 de la Revista Nacional del Ministerio de Instrucción Pública en 1942 (Montevideo, director Honorario Raúl Montero Bustamante Año V, enero de 1942 p. 30-42). Nuevamente el mismo autor realiza una reseña de la acción de la Sociedad Filantrópica en el tomo VIII de su Historia de la República Oriental del Uruguay referido a la Guerra Grande (1845-1846).

Es interesante presentar que este autor plantea con detalle el desarrollo de diferentes organizaciones vinculadas a la caridad desde la segunda mitad del siglo XVIII, sin embargo, pone énfasis en el trabajo de las mujeres en este siglo y medio y vincula los procesos fundacionales y de disolución de estos grupos de mujeres en esos períodos.

Y como epitafio de ese mausoleo (a crear), propondría el siguiente, tomado en parte de las tres últimas palabras del epitafio del sarcófago de Newton, variadas en razón del tiempo y el espacio, y que condensarían la opinión justiciera de la posteridad: «A las patricias orientales; honor, del pueblo uruguayo, que enaltecieron la beneficencia pública la gratitud nacional» (p. 42).

El aspecto referencial-fundacional de la organización Sociedad Filantrópica de Damas Orientales también aparece como antecedente de la creación de organizaciones de mujeres vinculados al librepensamiento y particularmente a la masonería. Así lo plantea Alfonso Fernández Cabrelli, en su libro

Uruguay Siglo XIX: la masonería y su obra transformadora (ediciones américa una, Montevideo, 1984) reseña un hecho interesante y es que en diciembre de 1871, específicamente el 6 de diciembre, en el diario *El Siglo* apareció un artículo en la primera página, que según el autor se refiere a una manifiesto-invitación del señor Andrés Gasard (escritor norteamericano) para la fundación de una asociación femenina integrada a la Masonería Oriental (p. 63).

Ese extenso documento exaltaba las virtudes de la caridad y de la masonería que la practicaba y proponía el establecimiento en el Uruguay de “la benéfica Orden (iniciática) de la Estrella de Oriente”, exclusiva para “esposas, viudas, hijas y hermanas de masones”. Finalizaba con una invitación para que esas señoras concurrieran al Foyer del Teatro Solís en la noche del 10 del corriente a las ocho en punto con el objeto de conferir el Grado de la Estrella de Oriente a todas las que se hallen presentes y deseen recibirlo (*Hoy es historia* n.º 2. Febrero-marzo 1984, «Una historia de la masonería uruguaya», pp. 36-49).

El manifiesto era precedido de una nota firmada por uno de los redactores de *El Siglo*, don Fermín Ferreira y Artigas, francmasón, en que se presentaba al

ilustre hermano Andrés Cassard, y se anunciaba y aplaudía su propósito de formar esa asociación femenina que, de acuerdo a las explicaciones de Cassard no tendría las características plenas de una Logia masónica, sino que más bien podría tratarse de una mera Institución para masónica encargada de patrocinar obras de caridad y que, salvo su anunciado aspecto iniciático, en poco parece diferir de su antecedente: la Sociedad Filantrópica de Damas Orientales que desde el 23 de marzo de 1843 funcionó en la casa de Rivera, de cuya institución he de ocuparme oportunamente; en los repositorios del Gran Oriente del Uruguay se guardan documentos (libros de actas, diplomas, etc.) relacionados con el funcionamiento de aquella Sociedad cuya creación promovió Cassard (63-64).

La vida de los médicos involucrados en las tareas militares no tuvo descanso en todo el siglo XIX. Durante la Guerra Grande (sitio de Montevideo, 1843-1851), Fermín Ferreira ocupó cargos destacados como médico. Integró la Comisión de inspección de víveres (abril de 1843); la Comisión Directiva de Hospitales de sangre (octubre de 1843); fue el cirujano del Hospital de la Comisión Filantrópica Damas Orientales y del Hospital de Caridad, transformado en Hospital Militar. En este último le cupo la primacía de operar con anestesia general por vez primera en nuestro medio mediante inhalación del cloroformo (17 de febrero de 1848), técnica que había sido precedida exitosamente el año anterior por otro anestésico, el éter. (Soiza Larrosa; 2015 p. 6)

En versión del 28 de junio de 1850, 8^{ème} année n.º 2579- en la sección efemérides del diario *Le patriote Français* aparece el texto citado en el diario de fecha 12 de mayo de 1843- número 79. Du Siege de Montevideo.

(1850) Le 12 Mai.

Aujourd'hui, á midi, Doña Bernardina de Rivera présente dans ses appartements, à l'état-major de la Légion des Volontaires Français le drapeau qu'elle avait offert à ces derniers. Elle est entourée des Dames Orientales. Monsieur le commodore Purvis en grand uniforme entouré d'un brillant état-major, assiste à cette présentation. Les salons resplendissent de l'éclat des épaulettes, et les ravissantes parures des Dames Orientales forment un contraste charmant. Au moment où Monsieur le colonel Thiébaud reçoit l'étendard des mains de la vertueuse épouse du vainqueur de Cagancha, il prononce d'une voix énergique et sonore les paroles suivantes: Si j'ai été sensible à l'honneur que m'ont fait mes compatriotes en me nommant chef de la légion que je représente je suis sensible aussi à l'honneur qui m'est réservé, ainsi qu'à tous les officiers présents de recevoir de vous, au nom des Dames Orientales ce drapeau que pour nous est l'étendard de la victoire. Les liens sympathiques qui existent entre les braves, les généraux Orientaux et la nation Française, sont encore resserrés aujourd'hui par les Dames Orientales. Cet étendard béni de Dieu, offert et baptisé par une femme

aussi respectable, rend pour nous la victoire certaine, et nous jurons tous de vaincre ou de mourir en le défendant. Nous jurons aussi sur ces épées que nous avons prises pour soutenir la noble cause de la Liberté et de la Civilisation, nous jurons devant Dieu qui nous voit, en face de ce drapeau sacré, qui sera toujours pour nous un souvenir glorieux, nous jurons devant ces hommes qui nous écoutent, de revenir vainqueurs ou de périr tous en combattant pour l'honneur, la justice et l'humanité.» Les français et les orientaux se souviendront longtemps du serment qui fut prononcé, l'épée haute, par tous ces hommes de cœur qui ont juré de protéger contre les attaques d'un barbare la liberté sainte et la civilisation, qui ont juré de mourir sous le drapeau que leur donne leur patrie adoptive, plutôt que de le rendre. L'enthousiasme rayonnait sur toutes les figures en frémissant énergique, agitait généreusement toutes ces âmes probes et désintéressées... le serment était sérieux, qu'il était l'accomplissement sacré et le présage de la victoire. En remettant cet étendard aux mains du porte drapeau de la Légion, le colonel dit à haute voix; Camarade, je vous confie l'honneur de la Légion; vous savez qu'avant de le compromettre il faut mourir.

(*El constitucional*. p, 2- n.º 1288, 11 del mes de América de 1843. Año 5)

Las damas Orientales, por el órgano de la Sra. Da. Bernardina de Rivera, han ofrecido a la Legión de Voluntarios Franceses una hermosa y rica Bandera, que el coronel Thiebaut ha agradecido en nombre de sus compatriotas cumplidamente. Las siguientes cartas cambiadas entre ambas personas, anuncian el presente de las unas y el reconocimiento de los otros.

La bibliografía consultada es muy extensa, y si bien, no está reflejada totalmente en el texto, es relevante su consideración para los/las interesados en el tema. Por lo tanto, se incluye a continuación en su totalidad.

Datos del Hospital de Guerra u Hospital del Fuerte:

Se organizó en marzo de 1843 en época de la Guerra Grande a instancias del Gral. José Ma. Paz quien solicitó ayuda en aspectos sanitarios a un grupo de damas de Montevideo, lideradas por Bernardina Fragoso.

Ubicación: Cabildo de Montevideo, en el corazón del barrio histórico.

Funcionó hasta 1846, en el período de tres años se atendieron allí a 800 pacientes.

Referencias bibliográficas

- Abella de Ramírez, M. (1965). *Ensayos feministas*. Montevideo: Editorial El Siglo Ilustrado, 1965.
- Acción femenina (1917). *Revista del Consejo Nacional de Mujeres del Uruguay*. Año I, n.º 1. Montevideo, Julio de 1917.
- Acevedo, E. (1919). *Historia del Uruguay*. Tomo III. Gobierno de Rivera. 1838-1843. En *Anales de la Universidad*. Año XXIX. Entrega N° 104- Montevideo.
- Alpini, A. (2013). Política en tiempos de la Guerra Grande: su impacto en la vida cotidiana de dos ciudades. *Revista de Facultad de derecho*, n.º 35, julio-diciembre, 2013, pp. 11-37. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.
- Apuntes Históricos de la Defensa de la República. Colección de noticias, de hechos auténticos, y de documentos de un carácter oficial, publicados unos, inéditos otros; con las explicaciones indispensables para la mejor inteligencia. Tomo Primero. Imprenta el Nacional. Montevideo. 1845
- Archivo General de la Nación (1939). Correspondencia del General Fructuoso Rivera y de su esposa Bernardina Fragoso de Rivera (1825-1851). Montevideo: Director Ángel Vidal.

- Barrán, J. P. (2017). *Historia de la sensibilidad en el Uruguay*. Montevideo: Banda Oriental.
- Beretta García, E. (2015). Imágenes para todos. La producción litográfica, la difusión de la estampa y sus vertientes temáticas en Montevideo durante el siglo XIX. Primera etapa de la constitución del Estado Oriental al fin de la Guerra Grande (1829-1851). Biblioteca Plural. CSIC. Universidad de la República. Montevideo. 2015.
- Barrios Pintos, A. (2001). *El silencio y la voz. Historia de la mujer en el Uruguay*. Montevideo: Ediciones Linardi y Risso y Fundación Bankboston.
- Beraza, A. (1978). *Los corsarios de Montevideo*. Montevideo: Edición del Centro de Estudios históricos, navales y marítimos.
- Blanco Acevedo, P. (1969). *La guerra grande y el medio social de la defensa*. Cuadernos de historia 3. Montevideo: FCU.
- Bolón, A. Le feuillet en tant que matrice du patriote Francais (Montevideo, 1843-1850) En *História* (Sao Paulo) v. 38, 2019, e2019030, ISSN1980-4369.
- Braconnay, C. M. (1943). *La Legión Francesa en la Defensa de Montevideo*. Montevideo: Editores Claudio García y Cía.
- Canessa, M. Una mujer llamada Bernardina. En *Revista Artigas*. Órgano oficial de la Asociación Patriótica del Uruguay. Año 2, n.º 3. Época II. Setiembre 1978. Montevideo.
- Cuadro Cawen, I. (2017). *Feminismos y política en el Uruguay del novecientos. Internacionalismo, culturas políticas e identidades de género (1906-1932)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- De María, I. (1895). In *Memoriam*. Bernardina Frago de Rivera. Montevideo: El siglo Ilustrado.
- De María, I. (1864). *Memoria histórica del Hospital de Caridad de Montevideo desde su fundación*. Montevideo: Imprenta Tipográfica a vapor. 1864.
- De María, I. (1889). *Rasgos biográficos de hombres notables de la República Oriental del Uruguay*. Libro Primero. Montevideo: Imprenta Artística, De Dornaleche y Reyes.

- De María, I. (1939). *Rasgos biográficos de hombres notables de la República Oriental del Uruguay*. Tomo segundo. Montevideo: Claudio García y CIA. Editores.
- De María, I. (1939). *Rasgos biográficos de hombres notables de la República Oriental del Uruguay*. Tomo Tercero. Montevideo: Claudio García y CIA. Editores.
- De María, I. (1886). *Rasgos biográficos de hombres notables de la República Oriental del Uruguay*. Libro cuarto. Montevideo: Tipografía Solís.
- De Salterain y Herrera, E.; Fragoso de Rivera, B. y Monterroso de Lavalleja, A. Montevideo, 1957.
- Diario El constitucional. Número 1. 288. Fecha: 11 del mes de América de 1843, Año 5.
- Diario El telégrafo de la línea. Semanario de Guerra y del Ejército. Año 1. Número 21. Domingo 20 de abril de 1845.
- Diario El Universal. Número 1672. Lunes 6 de abril de 1835. Montevideo.
- Diario El Universal. Número 641. Miércoles 7 de setiembre de 1831. Montevideo.
- Diario El Universal. Número 502. Miércoles 8 de marzo de 1831. Montevideo.
- Diario El Universal. Número 1096. Miércoles de abril de 1833. Montevideo.
- Diario La Defensa. Lunes 22 de setiembre de 1851. Año 1. Núm. 41. Montevideo.
- Diario La Defensa. Martes 23 de setiembre de 1851. Año 1. Núm. 42. Montevideo.
- Diario Le patriote Francais. Vendredi 28 juin 1850. Número 2579. Montevideo.
- Diario Le patriote Francais. Vendredi 21 juin 1850. Número 2577. Montevideo.
- Diario Le patriote Francais. Abril 1843. Número 79. Montevideo.
- Dotta Ostria, Mario. *Caudillos, doctores y masones. Protagonistas de la Gran Comarca Rioplatense (1806-1865)*. Montevideo: Ediciones de la Plaza. 2008 (tercera edición).

- Dotta, M; González Rissotto, R. (2022). *La masonería en la independencia americana*. Montevideo: Ediciones de la Plaza.
- Duffau, N. y Etchechury, M. Redes de espionaje y conspiraciones durante el inicio del Sitio Grande. Montevideo, 1843. En *ACHSC*. Vol. 46, n.º 2, julio-diciembre 2019. ISSN 0120-2456 (impreso). PP. 237-259. Colombia.
- Dumas, A. (2020). *Una nueva Troya. Refutación a una Nueva Troya*. Montevideo: Edición de Pablo Rocca. Editorial Linardi y Risso.
- Duprey, J. A. *Uruguay en el corazón de los franceses*. Tomo II. Montevideo: Textos Literarios Ediciones del Bichito.
- Duprey, J. A. (2014). *Uruguay en el corazón de los franceses*. Tomo I. Textos históricos. Montevideo: Ediciones del Bichito.
- El Iniciador. *Revista oficial de la asociación patriótica del Uruguay*. Año 1, n.º 2, 1933.
- Etchechury, M. (2017). Defensores de la humanidad y la civilización. Las legiones extranjeras de Montevideo, entre el mito cosmopolita y la eclosión de las nacionalidades (1838-1851). *Historia* n.º 50, vol. II, julio-diciembre, 491-524. ISSN 0073-2435
- Etchechury, M. (2019). Las milicias de voluntarios franceses en el Río de la Plata. Tradiciones bélicas, politización y diplomacia informal en tiempos de crisis (1829-1851). En: *Historia Caribe*. Volumen XIV n.º 35- Julio-diciembre pp. 85-118.
- Fernandez Cabrelli, A. (1994). *Uruguay siglo XIX: la masonería y su obra transformadora*. Montevideo: Ediciones América Una.
- Fernández Cabrelli, A. (1986). *Presencia masónica en la cisplatina*. Montevideo: Ediciones América Una, 1986.
- Fernández Saldaña, J. (1945). *Diccionario Uruguayo de Biografías. 1810-1940*. Biblioteca de Cultura Uruguaya. Montevideo: Editorial Amerindia.

- Fundación Banco de Boston (1997). *Mujeres Uruguayas. El lado femenino de nuestra historia*. Montevideo: Editorial Extra-Alfaguara.
- Fundación Banco de Boston. *Mujeres Uruguayas. El lado femenino de nuestra historia*. Tomo 2. Montevideo: Editorial Extra-Alfaguara, 2001.
- Garibaldi, Anita. *Garibaldi en América*. Montevideo: Imprenta nacional colorada, 1930.
- Garibaldi, G. (1990). Garibaldi en el Plata. Autobiografía. Montevideo: Instituto Nacional del libro. Proyección.
- Geymonat, R. y Sánchez, A. *El nacimiento del Uruguay. Las dificultades de su consolidación (1830-1872)*. Bases de la historia Uruguay n.º3. Ediciones Las Bases.
- Gorlero Bacigalupe, R. El hospital de caridad de Montevideo primera época 1788-1825. En *Médicos uruguayos ejemplares*. Homenaje al Hospital Maciel en su bicentenario 1788-1988. Compilador: Gutiérrez Blanco, Horacio.
- Hermanidad de Caridad. Reglamento para la comisión de lotería sancionado por la junta de gobierno de la Hermanidad de Caridad el 27 de agosto de 1822. Imprenta de la Caridad. Montevideo.
- Hermanidad de Caridad de Montevideo. Memoria instructivo del origen, estado, rentas, gastos y administración que por vía de informe presentó la junta de gobierno de la misma. Montevideo: Imprenta de la caridad, 1826.
- Hermanidad de Caridad de Montevideo. Reglamento para la comisión encargada de la obra del hospital de caridad, y casa de expósitos de Montevideo. Montevideo: Imprenta de la Caridad, 1826.
- Hermanidad de Caridad de Montevideo. Reglamento para la comisión gubernativa de la casa cuna, dada por la junta de gobierno de la Hermanidad de Caridad de Montevideo. Montevideo: Imprenta de la Caridad, 1825.
- Hospital de Caridad de Montevideo. Reseña retrospectiva desde su fundación escrita con motivo de celebrarse el primer centenario. 17 de junio de 1888. Montevideo: Tipografía de la Escuela Nacional de artes y oficios, 1889.

- Hudson, W. *La Tierra purpúrea. Hace tiempo y allá lejos.*
- Lagomarsino, L. (2009). *Los 190 años de los caballeros Orientales. Desde 1819 participando en el nacimiento, consolidación y progreso social de la patria.* Montevideo: Ediciones Zona libro.
- Lagomarsino, L. *La cruzada de los caballeros orientales. Participación histórica en el nacimiento y consolidación de la patria* (Sin otros datos)
- Lagomarsino, L. (2009). *El ideario de los caballeros orientales. La revolución del pensamiento que forjó una patria libre y soberana.* Montevideo: Ediciones Zona libro.
- Machado Bonet, O. (1972). *Hacia la revolución del siglo.* Montevideo: Editorial Goes.
- Machado Bonet, O. Sufragistas y poetisas. Enciclopedia del Uruguay. Número 38.
- Martínez Montero, Cnel. A. (1959). Los cruzados del Uruguay. Historia de la Cruz Roja Uruguaya. Biblioteca General Artigas. Ediciones del Centro Militar. Vol. n.º 43. Montevideo.
- Martínez Montero, H. (1978). (TTE. N). El triunfo del mar. Centro de estudios históricos, navales y marítimos. Montevideo.
- Martínez Montero, Homero (1977). (TTE. N). Montevideo nació en el mar. Centro de estudios históricos, navales y marítimos. Montevideo.
- Martínez Montero, Homero (1977). (TTE. N). Armada Nacional. Estudio histórico biográfico. Club Naval. Montevideo.
- Montero Bustamante, R. (1949). La guerra Grande. Primera campaña del General Rivera 1843-1845. En *Revista Nacional*. Tomo XVI. Año XII, n.º 123. Montevideo.
- Morás, Luis E. (2000). *De la tierra purpúrea al laboratorio social.* Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Moreno Iriondo, H. (1985). *La soberanía absoluta en «La tierra purpúrea».* Montevideo: MBA, 1985.
- Museo Histórico Nacional (2021). Entre la vida y la muerte. Salud y Enfermedad en el Uruguay de entre siglos.

- Musso Ambrosi, L. A. (2009). *La actuación de los canarios en la Guerra Grande*. Biblioteca universitaria.
- Negociación de Paz (1846). Documentos presentados por el gobierno de la República Oriental a la asamblea de Notables, 1846.
- Palmas y Ombúes (2003). Biblioteca de autores uruguayos. «La bendición de la bandera tricolor». En *Poesías de Alejandro Magariños Cervantes*. Establecimiento tipográfico. Montevideo: Editorial de la librería Nacional de Barreiro y Ramos, 1884.
- Pérez Santancieri, M. E. *Amores, amoríos y pasiones en la historia montevideana*. Montevideo: Ediciones de la Plaza.
- Pérez Santancieri, M. E. (2000). *Nombres femeninos en el nomenclátor de Montevideo. Recopilación legislativa y reseñas biográficas*. Montevideo: Editorial Junta Departamental de Montevideo. Biblioteca José Artigas.
- Pivel Devoto, J. *El fin de la Guerra Grande*. Montevideo: Imprenta El siglo Ilustrado, 1953.
- Pivel Devoto, J. y Ranieri, A. (1971). *Rivera, Oribe y los orígenes de la Guerra Grande*. Colección cien temas básicos. Montevideo: Editorial Medina.
- Portillo, J. (1995). Historia de la medicina estatal en Uruguay. 1724-1930. En *Revista médica del Uruguay*. Vol. 11 Número 1. junio 1995. Montevideo.
- Poucel, B. (2001). *Los rehenes de Durazno*. Montevideo: Ediciones el Galeón, 2001.
- Pou Ferrari, R. (2017). *Un cirujano en «La tierra purpúrea». Dr. Fermín Ferreira (1803-1867)*. Montevideo: Ediciones Plus Ultra.
- República Oriental del Uruguay. Compilación de documentos relativos al establecimiento del consejo de Estado y Asamblea de notables de la República Oriental del Uruguay. Imprenta de 18 de julio. Montevideo, 1846.
- Revista Histórica de la Universidad. Año I, n.º 3. Setiembre de 1908. Imprenta El Siglo Ilustrado. Montevideo.

- Revista El iniciador. Año 1, n.º 2. Revista oficial de la Asociación Patriótica del Uruguay, 1933.
- Sala de Touron, L. El mostrador montevideano. Enciclopedia del Uruguay. Número 8.
- Salgado, J. (1942). Las Damas Orientales en la Beneficencia Pública. En *Revista Nacional. Literatura, arte, ciencia*. Ministerio de instrucción Pública. Año V, n.º 49, 30-42, enero de 1942.
- Salgado, J. (1943). *Historia de la República Oriental del Uruguay. Tomo VIII. Guerra Grande. 1845-1846*. Montevideo: Talleres Gráficos «33», 1943.
- Scarone, A. (1956). *Efemérides Uruguayas*. Tomo I, II, III y IV. Montevideo: Instituto Histórico y Geográfico del Uruguay, 1956.
- Schinca, M. (2008). *Mujeres desconocidas del pasado montevideano*. Montevideo: Banda Oriental.
- Schinca, M. (2012). *Boulevard Sarandí. Memoria anecdótica de Montevideo*. Montevideo: Banda Oriental.
- Sociedad Filantrópica de damas Orientales; Origen, fundación y reglamento de la Sociedad Filantrópica de Damas Orientales. Montevideo: Imprenta del Nacional, 1843.
- Soiza Larrosa, A. El hospital de caridad de Montevideo en el siglo XIX (1825-1900). En *Médicos uruguayos ejemplares. Homenaje al Hospital Maciel en su bicentenario 1788-1988*. pp. 477-493. Editor: Horacio Gutiérrez Blanco.
- Soiza Larrosa, A. (1992). Evolución de la sanidad militar en el Uruguay. La guerra Grande (1843-1851). En *Revista servicio Sanidad de las FFAA- V. 15, n.º 2 julio/agosto, 1992*. Montevideo.
- Soiza Larrosa, A. La capilla de la santísima Virgen María y del Patriarca San José, conocida como de la Caridad (1798-1960), pp. 495-499. En *Médicos Uruguayos ejemplares. Homenaje al Hospital Maciel en su bicentenario 1788-1988*. Compilador: Gutiérrez Blanco, Horacio.
- Soiza Larrosa, A. (2015). El hospital Militar lleva un nombre ilustre. Coronel (asimilado) Dr. Fermin Ferreira. En *Revista Salud Militar*. 2015; 34 (2), pp. 5-14. Montevideo.

Suarez, J.; Vázquez, S.; Pacheco y Obes, M.; de Beja, J. (1844). Mensaje del poder ejecutivo a la asamblea general en el segundo período de su legislatura. Montevideo: Imprenta del Nacional, 1844.

Sucesos del Río de la Plata, considerados con relación a los agentes extranjeros y a la mediación Anglo-francesa. Imprenta del Nacional. Montevideo, 1843.

Varela, F. (1830). Oda a la hermandad de Caridad de Montevideo (biblioteca nacional).

LOCURA Y SOCIEDAD

Un informe de 1884 describe el manicomio y proyecta a la psiquiatría¹

Fabrizio Vomero

A través de la revisión de un informe redactado por el joven médico Andrés Crovetto, sobre el estado del Manicomio Nacional y su situación a fines del siglo XIX, propongo conocer cómo la sociedad de aquella época se planteó (y admitió) «resolver» el problema de los llamados locos, a través del encierro de personas que debió declarar como «enfermas». La internación psiquiátrica implicaba, e implica, un tipo de aislamiento muy particular, una privación de libertad que produce efectos muy precisos en quienes lo padecen; este aspecto del tratamiento psiquiátrico sigue siendo un problema en la sociedad actual, en el siglo XXI. Han sido señalados críticamente, aspectos éticos y culturales por importantes autores que desde la sociología, la filosofía, el psicoanálisis y la antropología, siguen analizando elementos que en forma pionera figuraban ya en el informe de A. Crovetto, de 1884.

Para comprender el desarrollo manicomial y pos-manicomial, y la función social que desempeñó la psiquiatría, la obra de Robert Castel (2009) es referencial, afirmando que la psiquiatría nunca se pensó para operar exclusivamente dentro de los muros del hospicio, o según su célebre expresión, los psiquiatras nunca se pensaron solamente como *perritos guardianes de los locos*. Históricamente documentado, la intervención

1 El artículo retoma y profundiza lo ya trabajado en: Revisión actualizada del primer informe del Manicomio y la locura en Uruguay, 1884, de Andrés Crovetto (2018). *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, 3 (2), 43-59.

psiquiátrica traspasó los muros del manicomio y se dirigió a la sociedad toda, especialmente al ámbito penal, como consejeros de castigo, señalando móviles de crímenes, estableciendo responsabilidades, lugares y modos de encierro, en el ámbito educativo², discriminando talentos y habilidades en los niños, además de pretender identificar tempranamente individuos peligrosos; por último de un modo muy general pretendieron ser especialistas en las emociones y conductas, estableciendo modos normales y patológicos de percibir, sentir, comportarse y existir.

Considerando estos puntos, Castel (2009) establece a la psiquiatría como una *ciencia política* en tanto objetiviza su práctica en identificar y transformar el comportamiento de determinadas personas, resuelve prisiones y encierros. Es muy claro que la práctica de la psiquiatría fue complejizándose con el pasar de los años, especialmente con la revolución farmacológica de los años 1950, y el manicomio como institución comenzó un largo declive. Pero a pesar de esa realidad, nunca se prescindió de él y continuó siendo un recurso considerado posible.

La *antipsiquiatría* y el movimiento de la *psiquiatría democrática* en los años sesenta enfrentaron duramente al manicomio, y lograron que fuera condenado social y médicamente. Varios autores podrían ser señalados, Thomas Szasz, Ronald Laing, David Cooper, Franco Basaglia, Michel Foucault. De todos modos, el manicomio logró centrar la crítica en sí, una crítica que debía incluir a la psiquiatría como práctica y como saber. Criticado duramente, se volvió la fortaleza que había que tomar. Los manicomos siempre fueron instituciones de castigo y de algún modo como centros de represión de personas, cumplieron lo que Fassin llama las *tres lógicas de la justificación*

2 La psiquiatría en forma muy temprana se dirigió a la infancia, incluso en nuestro país internando a niños sorprendentemente pequeños, siendo para M. Foucault (2005), uno de los primeros pasos para que se produjera lo que llamó *psiquiatrización de la sociedad*. En Vomero (2022) analizo el caso de la cura de un niño de seis años, practicada por Bernardo Etchepare, padre de la psiquiatría nacional, ocurrida en el año 1905 y que se puede establecer como el acto que da nacimiento a la psiquiatría infantil uruguaya.

utilitarista del castigo (2018: 110): física, neutralizando; psicológica, disuadiendo; educativa, rehabilitando.

Durante un tiempo investigué en la biblioteca de la Facultad de Medicina, como parte de trabajo de mi Tesis de Maestría en Antropología de la Región de la Cuenca del Plata (2009), buscaba documentos, antecedentes que me permitieran conocer cómo se intervenía y se pensaba a los llamados «locos», por parte de la psiquiatría del Uruguay en la primera mitad del siglo XX. En ese entonces encontré el texto de A. Crovetto que me propongo destacar, por su valor testimonial para la historia de la psiquiatría uruguaya, del que también José Pedro Barrán pudo dar cuenta en su investigación (1992, 1993, 1995). El texto en cuestión se conforma en lo que podría llamarse, una *Tesis denuncia*. En la época en que A. Crovetto redactó su informe, el procedimiento de escribir una Tesis y luego publicarla era parte del ritual propio del fin de estudios de la carrera de medicina. En este caso el tema resulta original si se compara con otras Tesis de la época que de modo general se ocupaban de temas «médicos», propiamente dichos. Desde una perspectiva antropológica interesa hoy tomar la tesis de Crovetto como documento revelador de parámetros de época, no sólo médicos, sino culturales en sentido amplio. El texto tiene así un valor de reconstrucción histórico-cultural en el terreno específico de la atención a la salud mental en el país, relevando el estado de situación del tratamiento a los locos en el llamado Manicomio Nacional, y proponiendo medidas a tomar con el fin de mejorarlo. Todo esto convierte a este escrito en caso único. La tesis fue impresa por La Nación, en Montevideo en 1884; para su tratamiento en el presente texto, cada cita se referencia con la página del documento en versión original.

Cassarotti (2007) resume la historia de la atención psiquiátrica a los llamados «locos» desde la época colonial hasta fecha reciente. Según afirma el autor, en un principio y siguiendo la tradición española, se constituyó la «loquería» dentro del llamado Hospital de Caridad. Igualmente, el destino de muchos de los locos de la época era simplemente la cárcel, o el vagabundeo por las calles. Si bien desde la misma fundación del hospital en el año 1788, existieron unos pocos locos internados, recién en 1817 se estableció un espacio

particular. Ante la creciente población, se estableció el Asilo de Dementes en el año 1860, y veinte años después se construyó el Manicomio Nacional, que en el año 1910 adoptó su nominación final de Hospital Vilardebó, definiendo la asunción de la dirección psiquiátrica en la institución. Del mismo modo, Soiza Larrosa (1983) reconstruye la historia de la internación de locos en el Uruguay estableciendo cuatro etapas: 1788-1860 lo que llama la internación piadosa, de 1860 a 1880 etapa de segregación social, 1880 a 1907, etapa institucional pre-universitaria, y 1907 en adelante, la etapa universitaria. En 1860 el Asilo de Dementes, inicia sus actividades con 28 enfermos que son trasladados desde el Hospital de Caridad, en terrenos pertenecientes a familia Vilardebó, ubicada en el mismo lugar donde veinte años después se construyó el manicomio, sobre la avenida Millán, en el barrio del Reducto. Según Soiza Larrosa, el asilo hasta 1875 fue dirigido por un homeópata, el Sr. Cristiano D'Kort quien luego será reemplazado.³

El informe de Crovetto se ubica en un verdadero período de transición, ya que relata episodios de violencia brutal en el trato a los locos, correspondiente al tiempo del Asilo de Dementes, y luego registra los primeros años del manicomio, institución que se propuso superar a la anterior, pero que sin embargo, como veremos, desde el primer momento tuvo importantes dificultades. Crovetto le dirige una crítica muy dura al propio manicomio, en aquel momento, nuevo y lujoso y registró las características de las primeras intervenciones institucionales sobre la locura en la época, describiendo un tiempo pre-médico, y por otro lado proyectó el lugar que la medicina debía ocupar dentro del recinto y las intervenciones que debía disponer. El texto cobra así un valor histórico fundamental pues explicita tempranamente la necesidad de que a los locos los alcanzara el humanitarismo médico, y se abandonaran definitivamente los castigos físicos y el cuidado religioso.

3 La crónica de la fundación del Hospital y aquellos primeros pasos de la psiquiatría nacional en su reconstrucción histórica puede profundizarse en Nicolás Duffau (2019).

La tesis y sus denuncias

El primer valor de la tesis es la descripción detallada de las condiciones hospitalarias en la que vivían internados los llamados locos en el fin del siglo XIX, momento en que la intervención sobre ellos no era responsabilidad exclusiva de médicos. Dos poderes convivieron en ambas instituciones con la presencia médica y se complementaban: el de los conserjes, que alejados de toda mirada y comprensión médica encarnaban un puro poder disciplinario, y el poder religioso personificado en las monjas de la congregación de las Hermanas del Huerto. Como testigo arquitectónico de esa situación, vemos hoy que permanece la capilla en el centro del patio de entrada, siendo el eje de la estructura del hospital. La tesis comienza con referencias a la significación de P. Pinel⁴ en el nacimiento de la intervención médica sobre la locura, su influencia en la construcción de establecimientos para alienados, y especialmente en el nacimiento de una nueva forma de arquitectura, que considerara los espacios hospitalarios como parte fundamental de todo tratamiento, y en primer lugar el abandono definitivo de toda violencia física. La escena de Pinel rompiendo las cadenas de los locos en plena revolución francesa, constituye el mito fundacional de la psiquiatría como especialidad médica, y principalmente cambia el estatuto de esos internados, convirtiéndolos en enfermos.

Castigos generalizados. Conserjes y monjas

El texto de referencia es durísimo con el modo criollo de atender a los locos, generalizado en el tiempo del asilo⁵.

Es el momento de la presencia dominante de las figuras del capataz y de las monjas quienes estaban al mando y hasta desafiaban a médicos, orgullosos de sus ejemplares castigos practicados sobre los internos. Por otro lado, las herramientas

4 Philippe Pinel (1745-1826) padre fundador de la psiquiatría francesa entra en Bicêtre, principal centro de internados psiquiátricos de París, el 25 de agosto de 1793, momento en que comienza la historia misma de la disciplina. Se inicia así la pretensión de un trato más humanitario y ordenado.

5 Se respetará la ortografía original del texto.

médicas disponibles eran muy pobres, y era difícil enfrentar ese ejercicio de la fuerza, doblemente representada en las figuras mencionadas. Solamente podía administrar bromuro de potasio, vino de quina e inyectables de morfina, además de baños, afirmando que no había lugar a ninguna intervención de carácter científica.

Se evidencian tratamientos divididos por género: de las locas se encargaban las monjas siendo quienes aplicaban los métodos de sujeción y de los locos el capataz, jefe del lugar a quienes los llamados *sirvientes* obedecían completamente. Ese capataz, amo y señor del asilo, es retratado en esta escena:

Los locos estaban a cargo del capataz el que en aquella época era el jefe del establecimiento, y por tal lo reconocían los sirvientes, no obedeciendo más órdenes que las de él. El ordenaba y aplicaba los castigos cometiendo las mayores herejías con los enfermos. Había en el establecimiento tres hermanos enfermos que se llamaban los Albereches, cuyos enfermos cansados sin duda de los malos tratos á que diariamente estaban sujetos llegaron un día á quererse desquitar, aplicándole tal paliza al capataz que seguramente lo hubieran muerto á no ser socorrido á tiempo; si no hubieran sido enfermos justo sería el que se les aplicara algún castigo, pero ni por eso se libraron de la venganza. El capataz prometió desquitarse y después de haberse restablecido y puesto bastante fuerte, según decía él, mandó hacer unas varas de membrillo de buen grosor, hizo traer uno á uno á los tres hermanos y les dio tal nube de palos que los dejó echados. El que presidía entonces la Comisión de Caridad, era el Dr. Vidal, sin embargo ni siquiera amonestó al capataz y garanto que este hecho no pudo pasar desapercibido puesto que el capataz siempre lo contaba como la mayor hazaña. Y hasta casi me animaría á asegurar que hubo consentimiento (17).

La acusación resulta de extrema gravedad, y el hecho no fue una paliza de tipo aislado, el procedimiento de los golpes era la norma en el tiempo del asilo. La violencia y el ejercicio de la fuerza era el método, porque se entendía que la locura era una fuerza desatada, que debía ser sometida por una fuerza superior.

En el tiempo que presidía la Comisión el señor Farini, fue á visitar el establecimiento un señor Delpino, el que vió á lo mejor de su paseo, que un sirviente estaba castigando brutalmente á un enfermo, llamado el sirviente por el practicante al cual había dado cuenta el visitante, le dio órden para que trajera al enfermo apaleado, pero el sirviente contesta que no le dá la jana, y que allí no reconocía mas autoridad que la del capataz. Poco después, siendo Director el señor Montaña, y como se seguía el método del palo, un sirviente dio tal trancazo á un pobre loco que le fracturó una pierna; y no contento con esta hazaña y resentido por haberle reprendido el practicante que entonces era el señor Sabaté, intentó darle muerte, mereciendo por único castigo el ser destituido (17).

El relato es contundente. Los médicos en ese tiempo asilar, solo podían observar impotentes ese poder brutal ejercido sobre los locos, o denunciar sin pretender lograr cambios, y aún más, arriesgando sus propias vidas. Y también estaban las monjas, ejerciendo poder total sobre locas y también sobre locos:

Al hacerse cargo del puesto el señor Sabaté, dio órden á un sirviente para que sacara el chaleco de fuerza á un enfermo, el que lejos de obedecer fue á dar cuenta á la hermana superiora. Esta dio órdenes á la hermana Trinidad para que cuando viniera el practicante lo hiciera llamar y le dijera que él no era nada en el establecimiento, y que la aplicación de chalecos de fuerza, como del servicio, eran ellas las que lo ordenaban y que por lo tanto ya estaba enterado (19).

Sabaté intentó, señala el relato, a través de una denuncia, limitar ese poder de las monjas, pero no tuvo consecuencias drásticas, la Comisión intervino, pero aún así continuaron ordenando sujeciones. Se registra entonces que la mirada y comprensión médica que nacía y que quería hacerse escuchar e intervenir, estaba subordinada a un poder superior, de otro orden, puramente disciplinario. A. Crovetto relata la historia de castigos sobre un ayudante de jardinero y describe la existencia del cepo, testimonio revelador del infortunio de un pobre

enfermo, insistiendo en que no se trató de un hecho aislado, o un caso excepcional, sino de todos los días:

Para concluir con esta parte, puesto que ejemplos como estos os podía relatar un sin número, os daré á conocer dos mas, pasando luego á la parte que mas interesa. El entonces jardinero, tenia en el jardín un loco que le ayudaba en el arreglo de las plantas, el cual lejos de ser un loco peligroso, era y es de lo mas pacífico. Este enfermo se llama Juan Miotti; y aun hoy dia se ocupa en el mismo trabajo. El jardinero en sus ratos de ocio y acompañado de otros colegas, llevaban al pobre enfermo á la quinta, lo ataban de los testículos suspendiéndolo en un estanque y cometiendo con él toda clase de herejías. Por último señores, y para que veais hasta donde llegaba el martirio de estos desgraciados, existían en el establecimiento dos piezas en las peores condiciones hijiénicas, y cuyo pavimento eran duras piedras de granito, y destinadas á los furiosos. En una de ellas había un sepo con seis agujeros para tres enfermos, y en otro uno de diez agujeros para cinco enfermos.(...) Uno de los enfermos que soportaron el martirio por años enteros, puesto que que allí lo pasaban noche y dia y que aun existen en el establecimiento son Carballido y Juan Bautista dos Santos. El primero despues de los ocho años de sepo sufrió el chaleco de fuerza, hasta la entrada de la Comisión del Dr. Rodríguez, quien habiendo bajado un dia al cuadro ordenó que se le quitara. El médico del establecimiento alegaba que el enfermo era muy peligroso, pero lo cierto es que hasta la fecha el enfermo goza de entera libertad, sin haber dado lugar á que se le enchalecara de nuevo. Que estos castigos se aplicaran hasta hace cuatro o cinco años, y que hubiera médicos que dejaran maltratar así á sus enfermos, á vosotros señores Catedráticos os dejo los comentarios (19-20).

Los castigos y los modos de aplicarlos, los relatos orgullosos y risueños de los participantes, incluso médicos permisivos, o funcionarios disfrutando del mismo, merecería un análisis particular, de cómo la función punitiva puede generar goce en quien la aplica. La violencia que caracterizó el momento del asilo, cambió en gran medida con el nacimiento del Manicomio Nacional, institución que buscó modernizar la atención de

los locos, pero que sin embargo, resolvió algunos problemas y otros no, y además generó nuevos. Luego de describir ese tiempo, pasa a lo que será el centro de su narración, el estado de situación del Manicomio Nacional.

El edificio

La crítica al manicomio se dirige en primer término al edificio mismo. Fundado en el año 1880, al momento de escribir la tesis, es por lo tanto un edificio nuevo, y ya estaba convertido en un verdadero desastre. El primer problema para Crovetto era el lugar donde erigir un manicomio. Debía ser cerca y lejos al mismo tiempo de la ciudad, para favorecer su acceso, pero a la vez mantener distancia del ajetreo de la misma, ya que la ciudad era representada en ese momento como productora de ruidos alienantes, de agitación nerviosa. El tipo de terreno debería ser sólido, elevado y seco, ya que ese contacto en la naturaleza resultaría saludable.

El trinar de los pájaros, el aire límpido y el paisaje visual, debían ser capaces de proporcionar los placeres tranquilos y suaves que dan aliento al corazón y paz al alma, deben ser prudentemente suscitados y conducidos en el tratamiento moral de la locura (...) (23).

Crovetto establece que el lugar elegido para el manicomio fue el correcto. El desastre no estaría en el lugar, sino en la obra, en la arquitectura. Centra las críticas en la comisión de caridad y en el ingeniero, ya que el paisaje aunque precioso, el enfermo no podía verlo. En la construcción primó una *lógica arquitectónica* en detrimento de una lógica médica, ya que ningún médico participó del asesoramiento en la construcción. Para Crovetto la arquitectura debía ser parte de la cura misma, todo el edificio se realizó sin seguir ningún principio médico, que hubiera indicado que la edificación no fuera lujosa y siguiera las reglas de higiene. Otro gran problema denunciado es que el edificio tal cual estaba concebido no permitiría la clasificación de los enfermos, lo que Crovetto evaluó como elemento principal de la intervención médica, y fundamental para establecer las curas. El edificio no propone división en secciones y eso se

vuelve un gran obstáculo. El tamaño del manicomio lo encuentra acorde, ya que permite realizar muchas actividades, pero no la necesaria clasificación, que debía ser el elemento sobre el que debía girar el tratamiento, que debía realizarla el médico, única autoridad científica que debía prevalecer, incluso sobre la arquitectura construida y los arquitectos.

(...) una de las primeras condiciones de todo manicomio el que responda á la clasificación de los enfermos, problema difícil y complicado, y sobre el cual descansa la bondad del establecimiento, eje sobre el que gira el tratamiento de los enagenados, curación, vigilancia, etc., es exclusivamente al médico siquiátrico al que le compete, puesto que es el único que está autorizado científicamente para ello, y no al arquitecto que es incompetente en su arte para tratarlo (24).

El tono es de gran molestia. Crovetto insiste que no se consultó a ningún médico a la hora de la construcción, y un hecho lo indigna: la existencia generalizada de rejas, desechadas de los centros de salud desde mucho tiempo atrás en el mundo y sin embargo por doquier en el manicomio, elemento que considera carcelario e inaceptable, cuando la cura debía representar y estar orientada hacia la libertad.⁶ También se opone a la separación por sexos:

Siempre recuerdo que estando yo de servicio, llegó una familia á visitar el establecimiento, como es costumbre que el practicante acompañe al visitante, mostrándole y explicándole los detalles del edificio me ofrecí hacerlo. Cuando llegamos al corredor que dá al patio y contemplando los visitantes á los enfermos, se para uno de ellos en el medio del patio gritando —mirennos no más mirennos que aquí nos tienen encerrados como fieras. Yo decía entre mí, que gran verdad dice este loco y la familia no comprendiendo el alcance de lo que decía el enfermo, se reía creyendo que era una locura. En nuestro país siendo un dato estadístico el número de locas, es menor que el de locos, no debía de haberse pasado

6 Las tensiones entre médicos y personal religioso en las instituciones hospitalarias, que aún no eran efectivamente sanitarias pueden ser profundizadas en los textos referenciados en la bibliografía de J. P. Barrán.

al ingeniero el hacer el plano con arreglo á las divisiones necesarias á ambos departamentos. Hay autores que prefieren los manicomios particulares a un solo sexo, pero hoy dia está demostrada la ventaja de los manicomios mixtos. Las relaciones entre ambos sexos bien dirigidas, vienen á reportar gran servicio a la ciencia y á los enfermos sobre todo en el periodo de convalecencia obrando como buen medio higiénico-terapéutico (25-27)⁷.

Del mismo modo, debía haberse construido una sección para convalecientes, que evalúa como fundamental para la curación de los reclusos, y que haga soportable la estancia en el manicomio hasta que el internado recupere la libertad.

Sin embargo Crovetto registra que los enfermos en el Manicomio Nacional están todos mezclados, con las dificultades que ello conlleva. También afirma que debió haberse previsto una sección de observación, que permitiera estudiar las formas de la locura, y destinar según la clasificación, la sección donde corresponde llevarlo. La crítica a la arquitectura y sus disposiciones espaciales, y a las divisiones sociales de los enfermos se generaliza y advierte de los efectos que el propio manicomio podía generar.

El estigma de la internación

A. Crovetto incluso piensa en cómo evitar cierta estigmatización de los internados en el manicomio, proponiendo que se registraran en el libro de ingreso, solamente aquellos pacientes observados ampliamente, para evitar que algunos individuos quedaran documentados en el temido *registro de enajenados*. Relata una historia significativa de cómo aquella sociedad comenzó a tratar determinados problemas y las resistencias de los pacientes:

7 Se describe una práctica habitual de la época, las visitas guiadas al manicomio, realizadas como paseos, existiendo incluso postales de visita. Al mismo tiempo relata el caso de un enfermo que en medio del patio se queja de su prisión y reclama la libertad, se muestra como un caso ejemplar de resistencia a la psiquiatría.

En el tiempo que estuve de practicante en el manicomio ingresaron dos sujetos, uno de ellos remitido por un hermano y el otro por la autoridad; después de los días de observación, que no fueron pocos, y de estar en contacto con los demás locos del departamento de clinequesas, que es donde existe el titulado cuarto de observación y viendo que los sujetos no presentaban síntoma alguno que indicasen padecer alguna alteración mental, resolví pasarlos al establecimiento nuevo para hacerles mas soportable la estancia en él: aun cuando no tanto como se puede creer, puesto que en lo único que mejoraba era en condiciones hijiénicas. Día a día los pobres reclusos me pedían que los soltara, porque ellos no estaban locos. Después de observarlos algunos días mas, y viendo que no presentaban vestigio alguno de locura, lo hice presente al médico, el que los dió de alta al día siguiente, después de haber sufrido cerca de un mes de encierro, en contacto día y noche con los locos por lo que podréis juzgar el martirio que pasarían. Uno de ellos murió al año mas ó menos de haber salido del establecimiento, sin haber presentado síntoma alguno, de locura y quizás habiendo influido en su muerte el encierro á que estuvo sugeto (29).

Relata que la sección pensionistas, a donde iban enfermos que pagaban una tarifa por la internación, debió tener comodidades y mejor higiene, por ser personas pudientes esos internados y por lo tanto acostumbradas a mayor bienestar, lo que influye en la recuperación de la salud.

Clasificar y dividir

Crovetto insiste, en consonancia con lo que proponían los principales autores de la psiquiatría europea, en la importancia de clasificar y dividir a los enfermos, tarea que debería estar reservada exclusivamente al médico⁸.

8 N. Braunstein (2013) analiza la historia y la importancia de las clasificaciones psiquiátricas y cómo fueron inspiradas en la obra del botánico Linneo (1707-1778). La psiquiatría pensó en los inicios del siglo XIX que para poder curar dentro del manicomio, primero debía dividir, clasificar y establecer las distintas formas y categorías de la locura.

Discute la importancia de que existan dormitorios colectivos, en detrimento del encierro individual, debido a las ventajas de hacerle perder al enfermo la retracción que lo invade, influyendo esa presencia humana ineludible en su tratamiento moral, además de brindar ventajas económicas al establecimiento. Los dormitorios debían estar en un lugar alto y con luz disponible, predominar la higiene y ser capaces de proporcionar a los enfermos la cantidad de oxigenación necesaria. Incluso construyó un cuadro donde estableció la cantidad de oxígeno que debería haber en cada habitación, considerando la cantidad de pacientes, su consumo de aire, y también el utilizado por las lámparas de aceite que iluminaban el lugar. Los estudios internacionales sugerían según relata cuartos de tres hasta dieciséis y veinte camas, pero critica que nuestro manicomio, a pesar de no existir fundamentación de ninguna clase, tenía seis dormitorios de cuarenta camas y dos de setenta. Registra que la cantidad de lavatorios era insuficiente, y reclamó el lugar que la higiene debía tener para la reeducación del enfermo. Algunos dormitorios según su narración, estaban en las peores condiciones de higiene:

En el tiempo que estuve de practicante en el manicomio, mas de una vez tuve que bajar al dormitorio á poner alguna inyección ipodérmica de morfina. Antes de entrar al dormitorio hacía una inspiración profunda, para poder retener mientras permanecía en el dormitorio la respiración y saliendo precipitadamente en cuanto concluía de poner la inyección librandome asi, de poner en contacto con mis pulmones aquel acúmulo de gases mefíticos. Ya digo, es necesario entrar de noche á aquel salon, y sobre todo en una noche de verano, para poder tomar con exactitud, el peso de aquella atmósfera (35).

El estado patético de las condiciones de asilamiento, afirma que habrían podido generar enfermedades diversas, incluso epidemias:

Las puertas de los dormitorios deben ser bastantes resistentes, y abrirse de dentro afuera; muchas veces sucede que los enfermos cerrándose dentro é impidiendo abrir la puerta trancándola con los muebles, destruyen

todo lo que encuentran en el cuarto por ser imposible entrar los sirvientes hasta que al enfermo se le antoja abrir ó se eche la puerta abajo; además cada puerta debe tener su rejilla de observación para poder ver lo que hacen los enfermos, sin que el que observa sea visto por ellos. Las puertas de nuestro manicomio no responden á ninguna de estas indicaciones. En primer lugar se abren de fuera á dentro, por lo que mas de una vez se han encerrado enfermos en los dormitorios en la sección de pensionistas y han destruido los muebles á golpes sin poderlo evitar á causa de ser imposible la entrada por haber el enfermo trancado la puerta con los muebles, caso que nunca sucedería si se hubieran construido en el sentido que está indicado. Carecen de rejilla de observación por lo que es imposible ver los enfermos sin abrir la puerta, no pudiendo de este modo sorprender á los enfermos en ninguna falta. A mas estas celdas deben tener dos puertas haciendo vis á vis con su correspondiente rejilla de observación para que no escapen al ojo del enfermero, y en el caso que haya que apoderarse de él llamándole la atención por una puerta puede penetrarse por la otra sin esponerse á las furias del enfermo y sugetarle sin violencia. También debe tener las paredes almohadilladas de modo que en los momentos de furia y aun cuando se golpee contra ellas no se cause daño (36).

Crovetto afirma, que la realidad panóptica que debería existir, está muy lejos de la realidad ingenieril que se impuso, y las celdas aisladas solo tenían una puerta, los enfermos estaban privados de luz, en un habitáculo húmedo. Toda la disposición arquitectónica, toda intervención en el espacio, la observación permanente de los enfermos, debía estar dirigida a lograr el acto médico fundamental: la clasificación y posterior división de los enfermos. Para la primigenia psiquiatría que nacía, como señalamos, clasificar era un acto fundamental, sin ella toda intervención era inútil y no se podía esperar ninguna cura.

El patio cumplía varias funciones para Crovetto:

- Ubicar al enfermo en un punto de mira permanente.
- Lo aireaba, lo desintoxica a través del aire, pero a la vez la vista al parque, al verde lo sincronizará en la tranquilidad de la naturaleza.

- Permitiría obtener información determinante para su clasificación.
- Le proporcionaba al enfermo una sensación de libertad. Recomendaba cerrarlos con la rampa denominada *salto de lobo*, para que el enfermo sintiera la libertad, eliminando las rejas.

El salto de lobo es el siguiente: En el lado exterior del patio, el piso desciende de repente en declive, á modo de talus, formando una zanja de cuyo fondo se levanta una pared de unos 3m. cuyo coronamiento se halla al nivel con el suelo del patio. Esta disposición impidiendo la fuga de los enfermos, les trae el mayor bienestar puesto que se imaginan estar en comunicación con el campo, puesto que colocados en el medio del patio no ven bien la pared del salto de lobo cuyo coronamiento no pasa el nivel del suelo (40).

Las letrinas

El estado de los baños fue una de sus preocupaciones principales, ya que consideraba que el manicomio debía tener como prioritario su salubridad y limpieza:

Aleccionado por la experiencia en el gobierno de los orates, sienta Parchappe el principio paradógico de que la letrina debe ser el lugar mas limpio del manicomio. Con una perfecta vigilancia y disciplina es no solo posible en un establecimiento de esta clase, sinó más fácil que en ningún otro obtener de sus reclusos la limpieza mas absoluta cuando concurren á las letrinas; porque el orate, á causa de estar privado de su razón, es susceptible de corrección por falta de desaseo que en ningún modo pudiera imponerse á los habitantes de los demás establecimientos públicos (38).

Crovetto subraya la importancia del agua como elemento que nunca debería escasear en el manicomio. Agua y aire debían proliferar. Las letrinas eran el símbolo de todo lo mal diseñado del manicomio: construidas en comunicación con los dormitorios, lo que a su juicio las volvía contaminantes en extremo,

en lugar de estar construidas en el patio, o lejos de los habitáculos, por su poder de contaminación de aire y suelo, pero también para impedir que los enfermos se entreguen a vicios secretos. Vigilando y educando las conductas de este tipo, Crovetto advertía que al loco se lo educaba moralmente.

El baño y el trabajo como parte de la terapéutica

La terapéutica a través del agua, fue una de las primeras armas de los no-médicos para disciplinar a los locos, pero luego fue incorporada a la terapéutica médica bajo la denominación de *hidroterapia*. Se usó el agua de muchas maneras teniendo un departamento de gran jerarquía específico dentro del hospital. Crovetto elogió la hidroterapia y el departamento de baños del hospital. Junto al baño reparador e higiénico, el trabajo se volvía la terapéutica excluyente:

Se ha notado en todos los países, que en las casas donde los orates están sometidos á un trabajo corporal, las curaciones son mas numerosas que en los establecimientos donde se admiten clientes de un rango superior ó de una clase opulenta, y en los cuales no se practica ningún ejercicio de este género. En Wakefield en Nueva York, así como en muchos otros establecimientos de Inglaterra, el trabajo es considerado como uno de los medios mas apropiados para la curación de los alienados. Es no solo de gran eficacia como medio curativo, sino también como de disciplina. Los trabajos corporales son todavía más indispensables á los locos que á los otros hombres, porque puede alejar de los manicomios el escorbuto, enfermedad que no solo es causada por un régimen mal entendido, pero también y con mas intensidad por el defecto de acción muscular. Por otra parte, el trabajo es el medio mas eficaz para calmar el espíritu agitado de los maníacos, para romper sus preocupaciones constantes, destruir sus malas costumbres y procurar algunas horas de reposo benéficas á estos desdichados que generalmente están privados de la influencia saludable del sueño (41-42).

También se quejó que si bien el trabajo era señalado como el gran elemento terapéutico, pocas veces en la práctica se

demostraba tal importancia, ya que a los pacientes indigentes no se les ofrecía trabajo ni dentro del hospital, ni luego fuera, estando condenados a existencias miserables, y al final condenados a volver al hospicio. Y con los pacientes pudientes que disponían de recursos, sin costumbre en el trabajo manual, y con su vanidad característica, fracasa todo intento de hacer del trabajo una forma de cura. Igualmente entendió que el trabajo debía ser cuidadosamente organizado tras realizar una clasificación e identificación precisa de los enfermos. Las razones de su fundamentación, expresaban el característico pensamiento de la época, pues el trabajo activa el cuerpo y brinda reposo al cerebro, puesto el cuerpo al sol y bajo su influencia benéfica fortalecedora.

La presencia religiosa

La presencia religiosa estaba, y aún está presente en el centro de la estructura. En observaciones de carácter etnográfico pude corroborar que aún en el año 2010 se realizaban misas los sábados a la tarde, en el que participaban vecinos del barrio y enfermos internados. La presencia de las *Hermanas del Huerto* en el tiempo de Crovetto era fundamental, pero progresivamente fueron siendo desplazadas por la imposición de la práctica y dirección médica. Aún así, Crovetto usa la palabra orate, para referirse a los enfermos, lo que muestra la influencia de lo religioso en la narrativa. Crovetto es radical en este sentido, enfatizando la necesaria secularización⁹:

...las prácticas religiosas sobre todos aquellos que se operan en común, no deben ser admitidas en las casas destinadas á alienados, es necesario abstenerse de colocar cruces ó imágenes en las salas que ocupan. Estas prácticas y estos signos tienen el inconveniente grave de herir á los enfermos contrarios á la religión que profesan, aumentando el delirio á los maniacos religiosos y llevando

9 Para ahondar en la complejidad del proceso de secularización en nuestro país, ver G. Caetano, R. Geymonat (1997), quienes establecen que significó una progresiva privatización de las esferas religiosas, dentro del contexto amplio de lo que se ha llamado *la modernización liberal*. El texto de Crovetto evidencia cómo ese conflicto se produjo en el ámbito del Manicomio Nacional.

á todas clases de desórdenes á los maniacos indevotos. Es sin embargo útil en algunos casos la asistencia de algunos enfermos á la capilla, por lo que solo el médico es el que debe ordenar los que crea conveniente el que asistan á las prácticas religiosas (44).

El médico debía tener el control total, incluso de esa religiosidad omnipresente en el centro, que entendía Crovetto no tenía lugar en un hospital de locos, salvo que el médico considerara la contrario, condenando las bombas y cohetes usados en diversas fiestas religiosas recordatorias de santos, realizadas en el propio hospital.

El médico director y la autoridad médica total

La dirección del establecimiento debía estar a cargo de un médico quien subordinaría todos los poderes, dirigiría todas las curas, conocería cada caso y propondría toda intervención sobre ellos. El poder religioso debía subordinarse totalmente. Propuso entonces, que existiera un médico director, junto a un director administrativo que trabajasen en profunda armonía:

La primera rueda del organismo del manicomio, dice Giné y Partagas, debe ser el médico director, el médico director debe ser el alma del asilo, su espíritu filantrópico su celo humanitario y sus altos dotes científicos y clínicos, deben manifestarse hasta en las funciones menos trascentes del establecimiento. Si hay lauros, á él atañen la mayor parte, si merecido vituperio, él es el primer responsable. Todo gira en torno de él, el servicio higiénico, el terapéutico, el doméstico, el religioso, todo debe llevar un sello especial que permita entrever un objeto psiquiátrico y por consiguiente una ordenación pensada por la dirección médica. (46)

Para Crovetto el médico director debía ser la autoridad total sobre los internados; debía prescribir alimentos, vestuario y el funcionamiento de los dormitorios, ordenar todo medio coercitivo, clasificar a los enfermos, establecer qué relación debía tener cada uno de ellos con su familia y en general todo tratamiento, ordenar toda salida temporal, las altas definitivas, y determinar cualquier modificación hospitalaria. La autoridad

debía ser en sus palabras, *sin límite*, tanto en la dirección de las curas, como en todos los aspectos administrativos. Inspirado en H. Dagonet¹⁰, Crovetto afirma que la dirección material de los establecimientos tenía que estar asociada a la dirección moral, orientadas a reunir las funciones médicas y administrativas, y consagrarse ambas en una unidad. Crovetto se lamenta que el Manicomio Nacional careciera de todo eso, pues afirmó que de manicomio solo tenía la presencia de locos, la mirada y acción médica al momento de redactar su informe-tesis, el papel del médico era aún de actor secundario, estando subordinada a las monjas con quienes se libran verdaderas batallas.

Cierra su informe con un elogio al director Pablo Bonavia quien con dedicado esfuerzo habría introducido cambios. En resumen, Crovetto inicia su descripción del trato a los locos en el tiempo del asilo. Allí coexisten dos poderes que se complementan, el de los conserjes y el religioso. La mirada médica no se impone, apenas es simple espectadora del encierro y la violencia sobre los internados es el modo general del trato. Luego describe el período del manicomio, donde se producen cambios, la presencia médica es más intensa, pero aún persisten modos anteriores. Centra especialmente su crítica a la estructura edilicia y a la ausencia de una lógica médica en el recinto, donde las condiciones de internación eran pésimas, a pesar de contradecir con el lujo edilicio, al decir de la prensa de la época, el Manicomio Nacional era, *el Palacio de los Locos* (Soiza Larrosa, A. 1983)

El manicomio, una máquina de curar

Asilo de Dementes, Manicomio Nacional, Hospital Psiquiátrico, fueron tres nombres que marcan momentos distintos de la relación de los llamados «locos» con la sociedad, con las instituciones creadas para atenderlos y para encerrarlos. En un primer tiempo, solo se trata de un espacio de encierro y

10 Henry Dagonet (1823-1902) fue un destacado psiquiatra francés, de notable influencia en el establecimiento de pautas de cuidado a los enfermos mentales internados en manicomios. En el año 1862 publicó su *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*, que en ediciones posteriores incorporó el uso de fotografías de enfermos, lo que constituyó toda una novedad.

violencia. Luego los alcanzó la mirada y la intervención del humanitarismo médico, siendo su primer objetivo detener la barbarie de la violencia ejercida contra el loco. Fue un triunfo moral, se volvió inaceptable ese disciplinamiento brutal sobre los internados, pero no pudo erradicar la violencia y el trato inhumano que caracteriza al encierro de personas. Este tipo de instituciones generalizadas en el mundo en una fecha histórica precisa, califica muy bien para lo que E. Goffman llamó, *Instituciones Totales* (1970). Se trata de espacios caracterizados por sus tendencias absorbentes que buscan agrupar las actividades rutinarias de una persona en un solo sitio: dormir, trabajar, comer, etc. pasan a ser *actividades vigiladas*, circunscritas en el tiempo y en el espacio, organizadas en rutinas programadas, tuteladas, ordenadas, y experimentadas en la compañía de otros individuos que atraviesan las mismas circunstancias. Todo dirigido desde un plan racional, cuidadosamente organizado por un director de la cura.

Para Goffman, toda esa división, internado-personal, mundo interior-mundo exterior, produce una verdadera mutilación del yo. Se trata, afirma, de *programar al enfermo*, insertarlo mediante la clasificación cuidadosamente realizada, en la *maquinaria administrativa*, hacerlo incorporar una nueva rutina, orientada a *desidentificar al enfermo*, ya que la internación viola y rompe toda intimidad. El internado de este modo siempre se encuentra visto u oído y a través de la rutina misma del hospital; las llamadas técnicas de la cura, imponen una *nueva economía personal de los propios actos y privan de todo reconocimiento* que no sea su identidad de enfermo. La internación psiquiátrica así entendida, *infantiliza y degrada la identidad del internado*, aportando un sentimiento de *esterilidad*, resultado de una verdadera *desconexión con el mundo social*. Como síntesis, Goffman afirma que la experiencia de los internados psiquiátricos, transforma la posición social del que la vive para siempre, y no volverá a ser el mismo. Los llamados «enfermos mentales» son un caso paradigmático de lo que llamó *identidad estigmatizada* (1986), definida como la posesión de un atributo que desacredita plenamente. El «paciente psiquiátrico» sufre tras su diagnóstico e internación, una de las estigmatizaciones sociales más importantes, siendo

su pensamiento, su palabra, y sus actos, objeto de una amplia desacreditación, a la vez que la internación psiquiátrica también transforma el estatus civil con una clara afectación de derechos y libertades.

Según analizó Foucault (2005), el manicomio fue un régimen, un espacio de orden, ley y poder, de regulación del tiempo, de las actividades y los cuerpos de los internados. Fue una institución disciplinaria que buscó ejercer el poder sobre los locos, que debía ser total, absoluto, que debía mostrarse como inevitable e irresistible, que observaba y clasificaba. La disciplina fue la condición de la cura a través de una distribución reglada de poder. Todos esos elementos articulados constituyeron la cura misma. El texto de Crovetto, confirma la afirmación de Foucault de que la psiquiatría funcionó mucho antes como poder, que como saber. En su célebre curso de los años 1973-74 titulado *El poder psiquiátrico*, analizó el papel del psiquiatra y el manicomio en la administración de la cura de locos del siglo XIX. Amo del manicomio, el psiquiatra era primero que nada, una mirada que debía ser total, y un cuerpo que se unía a la estructura del edificio. En este sentido las propuestas de Crovetto eran clarísimas. Esa mirada del psiquiatra, debía ser capaz de registrar todo el comportamiento del loco y todo peligro. Para Crovetto, el psiquiatra si quería encarnar ese poder total frente al paciente, debía primero asumir todos los poderes de la institución. Bajo la influencia de la escuela pineliana, solo se podía someter al paciente, a condición de que el psiquiatra se volviera amo y señor del asilo. Según Postel, J. y Bing, F. (1996), retomando a Foucault, la institución que construyó el médico alienista, debía tener al médico psiquiatra como monarca absoluto, aglutinando todos los poderes, y a él debían subordinarse los conserjes, los enfermos y para la realidad nacional, descrita por Crovetto, también las monjas. Por su parte, para Foucault si el psiquiatra pudo delimitar más tarde la locura, no fue tanto por su conocimiento sino por el dominio que ejerció sobre ella.

Crovetto describió un universo aún no médico, aún pre-psiquiátrico, todas las nomenclaturas lo reflejan. Denuncia al comienzo de su tesis que aún al Uruguay no había llegado la liberación pineliana. Según Foucault la revolución pineliana

habría sido efectivamente liberadora, pero a la vez fue constructora de un objeto. La escena mítica fundacional, el enfermo liberado de toda sujeción y cadenas, de todo castigo físico, como puro efecto o resultado de un humanismo médico no reflejó la realidad de los asilados del siglo XIX y luego en el siglo XX. La violencia sobre los internados no sólo no desapareció, sino que se sofisticó, se ejerció a través de una vasta tecnología de sujeción y de intervención sobre el cuerpo, fundamentada a través de una larga práctica y narrativa científica. Foucault afirmó que el asilo fue al mismo tiempo, una *macrofísica* del poder sobre los locos, y una *microfísica*: se trató de la imposición de una lógica médica desde la estructura edilicia, la observación constante y rigurosa, el control total y absoluto del enfermo, desde la entrada a la salida, de la cama al patio y a los baños. El paciente según Crovetto debía sentir ese poder en todo momento y circunstancia. El asilo formó parte institucional de lo que Foucault analizó cómo la *trama disciplinaria de la sociedad*. Así entendida, la primera función manicomial sería producir la enfermedad y al mismo tiempo crear al enfermo una necesidad nueva: la necesidad de salir, de ser liberado, hecho que produciría un tipo particular de actuación en los pacientes.

¿Cómo curaba el manicomio?:

- a través de su propia estructura disciplinaria, regulando todos los modos de estar dentro de la institución, cada acción debía estar estrictamente organizada: comer, dormir, las actividades del baño, las visitas. Según analizó M. Foucault, el manicomio fue el espacio de contención de la locura como enfermedad, pero también fue al mismo tiempo, el sitio en donde se evidenciaba la naturaleza y la forma misma de cada locura.
- siendo una máquina panóptica, una mirada médica constante, que debía ser reconocida como tal por el paciente.
- aislando e individualizando, des-familiarizando al enfermo, alejándolo de las relaciones que producían y alimentaban la locura.

- aplicando una serie de tecnologías disciplinarias sobre el cuerpo, que incluían castigos y un fuerte ejercicio de control sobre el cuerpo de los enfermos, por ejemplo obligando a la clinoterapia, las duchas forzadas y el chaleco de fuerza.
- utilizando frecuentemente opiáceos.
- aplicando el llamado tratamiento moral, que se entendía como un ejercicio que debía convencer a los enfermos de sus «errores».
- el manicomio era también un espacio de poder que debía ser para el paciente, una fuerza opositora que lo doblegara, entendida la locura en muchas situaciones como una «fuerza desatada» que debía poder controlarse y dominarse.

El llamado «enfermo psiquiátrico» es y fue, desde luego, un enfermo muy particular, ya que por su condición es el único que puede ser internado contra su voluntad, y una vez dentro del hospital, no puede irse cuando lo desee. La internación es una forma médica de designar la privación de libertad en personas que no necesariamente cometieron delitos, y sólo su carácter de individuos peligrosos parece justificarla. Sólo a condición de ser enfermo mental, es que se vuelve socialmente aceptable que un sujeto pueda perder su libertad. Los primeros enfermos psiquiátricos, aquí el texto de Crovetto resulta un documento revelador, se quejaban ya de esa internación compulsiva y parece hasta injustificada.

Es importante subrayar el carácter selectivo que señala D. Fassin (2018) para las intervenciones carcelarias y represivas, pues se despliegan sobre determinadas personas y territorios, a la vez ignorando a otros. El manicomio alcanzó durante la primera mitad del siglo XX, la dimensión que soñó A. Crovetto en 1884.

Revelaciones de una observación etnográfica

Lamentablemente para los enfermos, el hospital no se volvió el espacio liberador y sanador que proyectó la psiquiatría. Muchos testimonios y referencias recogidos en mi Tesis de Maestría

revelan condiciones todavía difíciles en las que fueron internados y tratados los llamados enfermos mentales durante el siglo XX. En ese contexto de investigación, en el año 2010 realicé una observación etnográfica, en la que pude transitar por el Hospital Vilardebó, al que conocía parcialmente desde mi época de estudiante de psicología. La visita fue extensa y pude recorrerlo completamente, incluso la zona peligrosa de las salas de seguridad y los llamados *cuartos fuertes* que incluyen un celdario. Se ubican en la planta baja del edificio y está separado de la planta alta por un enrejado que estaba repleto de basura arrojada desde arriba. Se podían observar a los presos-enfermos, que deambulaban por el patio, y que eran considerados muy peligrosos. Había varias pequeñas celdas muy antiguas, que tenían una cama hecha de material contra la pared. Era un lugar húmedo y como estábamos en pleno invierno, hacía muchísimo frío. En una de ellas había un enfermo internado, lo hicieron levantarse para mostrármelo, quien estaba desnudo con solo una manta encima, nos saluda ceremonialmente repitiendo dos veces, *buenas tardes*. Quien estaba a cargo del famoso celdario expresó: éste no puede estar con nadie, debe estar solo. Si le dejamos a alguien con él, se lo come.

Iniciado el siglo XXI, la liberación de los llamados «locos»-sigue planteándose. La liberación pineliana, fue principalmente un acto liberador, pero dentro del asilo.

Según analiza Foucault (1967) el loco después de esa rotura de cadenas dejará de ser tratado como el *extranjero*, como el animal, como una figura absolutamente exterior al ser humano y a las relaciones humanas. Lo que constituye la curación del loco en la intervención de Pinel es su estabilización en un tipo social moralmente reconocido y aprobado. Fue por lo tanto una liberación incompleta y ambigua, circunscripta en el encierro, delimitada por muros y rejas. Liberado de las cadenas, se trató entonces de someterlo a un poder superior, que sólo podía liberar desde el sometimiento y el reconocimiento de su estar enfermo, es decir al asumir «el loco» su condición de alienado. Pero a la vez, en Crovetto habla esa nueva mirada sobre «el loco». Su expresada indignación ante los tratos bestiales, y su escucha de los internados revela cómo su estatus cambió, y el «loco» según Foucault también habla ahora un idioma

antropológico (1967: 270), recupera una voz pero una voz enferma, con la condición de que acepte ese poder disciplinario que busca *normalizarlo* y su condición de enfermo.

Aún hoy el manicomio continúa en pie allí sobre la calle Millán, criticado y cuestionado por su papel social, testimoniando que algunos de los temas presentes en el informe de Crovetto de fin del siglo XIX, continúan vigentes, reducido en la cantidad de pacientes internados, pero a la vez multiplicado en las Clínicas Privadas, que funcionan como *pequeños manicomios*, y que operan como el modo actual de internación.

Otra comprensión de la locura

El aporte de la antropología podría estar situado en colaborar a construir lo que Franco Basaglia (2013) llamó, una *nueva cultura sobre el loco*, es decir reformular las intervenciones que se admiten sobre ellos, pues la psiquiatría contribuyó a patologizar a determinados seres humanos.

De manera muy temprana, Marcel Mauss (1979) (1950) le advirtió a la psiquiatría que la antropología descubre *experiencias humanas posibles* y normales allí donde la psiquiatría encuentra enfermedad y modos patológicos, y que cada sociedad define los términos de *lo enfermo* y *de lo sano* en formas muy variadas y complejas:

Las confusiones mentales y las interpretaciones, los contrastes y las inhibiciones, los delirios y las alucinaciones que ustedes pueden observar con mucha dificultad y en casos patológicos, nosotros los tenemos a miles y lo que es más importante, en casos normales. Así por ejemplo, la «thanatomanía» de que les hablaba, esa negación violenta del instinto de vivir por el instinto social no es anormal, sino normal entre los australianos y entre los maoríes, gran parte de los malayos y un buen número de polinesios, tienen la pasión alucinante de la vendetta, al «amok» descrito muy frecuentemente (279).

La psiquiatría del novecientos impuso una división tajante entre individuos entendidos como *enfermos* y otros llamados *sanos*, como si se tratara de individuos de diferentes clases y especies. Lévi-Strauss (1965) por ejemplo, cuestionó tal

diferenciación, enfatizando en que no existiría una diferencia fundamental entre los estados llamados enfermos o patológicos y los estados de salud y señala, haciendo referencia a los hombres sanos y a los llamados enfermos mentales:

(...) a todo lo más, entre unos y otros, la diferencia que se observa es la de una modificación en el desenvolvimiento de las operaciones generales que cada uno puede observar por su propia cuenta; y que, por consiguiente el enfermo es nuestro hermano, puesto que solamente se distingue de nosotros en virtud de una involución —menor en cuanto a su naturaleza, contingente en cuanto a su forma, arbitraria por lo que respecta a su definición, y, de derecho al menos, transitoria— de un desarrollo histórico que, en lo fundamental es el de toda existencia individual. Y es que era más cómodo ver en el enfermo mental, un ser perteneciente a una especie rara y singular, que sería producto objetivo de los fatalismos externos o internos, tales como la herencia, el alcoholismo o la debilidad (Lévi-Strauss, C. 1965: 10).

Concluyó que estas operaciones ubicaban en el orden de la naturaleza cuestiones sin duda del orden de la cultura y que al ser considerados ciertos seres humanos anormales y enfermos mentales, seres resultantes de particularidades biológicas precisas y determinadas, al final se evitaba cuestionar el orden de la existencia, o en sus palabras: *no exigían la revisión de un orden social, moral o intelectual aceptado* (op. cit. 11).

Hasta el momento, nos advierte Foucault (2005), la llamada historia de la locura se escribió desde la perspectiva de la psiquiatría: ¿cómo pensaban los psiquiatras a los locos? ¿Qué categorías usaban para clasificarlos? ¿Qué tecnologías se utilizaban con ellos? ¿Qué clase de institución era el manicomio y qué cosas sucedían en su interior? ¿cómo cambió la psiquiatría una vez que decidió abandonar los muros del hospicio y se dirigió, tempranamente hay que decirlo, a la sociedad toda, e *inundarla de ideas* según el designio evangelizador que le había trazado Santín Carlos Rossi (1914) para nuestra realidad criolla? ¿quiénes fueron en realidad sus grandes hombres que nos llegan a través de sus monumentales biografías que los describen como seres superiores moral e intelectualmente,

sus grandes obras y sus *casos*, escrituras fundamentales que evidencian una forma de pensar e intervenir sobre los llamados «locos»? También las grandes *escenas de curación* fueron representadas a través de la historia de la psiquiatría, en extenso trabajadas por varios autores. En la realidad local, en la perspectiva histórica son pioneros los trabajos de J. P. Barrán (1992, 1993, 1995) en muchos aspectos profundizados por N. Duffau (2019). Barrán comprendió muchas de las reacciones a la psiquiatría por parte de los enfermos y sus familias como verdaderas *resistencias*, y las vinculó también con las resistencias que las clases populares expresaron frente a la medicina en general, también a la vacunación por ejemplo, viviendo en una *cultura desmedicalizada* que entendía al embarazo, el parto y el cuidado de los niños como una tarea de madres y de la familia, no de médicos. En cuanto a los fenómenos que los psiquiatras entenderán como patológicos, esa cultura popular estudia Barrán, los comprendía muchas veces como *extravagancias* o *manías*, y no como enfermedades que requerían la intervención médica o la internación.

Todas estas preguntas han permitido reconstruir una época, pero se trata de una labor que debe ser complementada.

Estudiar las *resistencias y las insurrecciones de los locos* a la psiquiatría, implica no solamente evaluar los grandes actos de oposición y enfrentamiento, incluso hasta llegar a la agresión, las violencias físicas, los fuertes negativismos, las fugas, los combates graves y directos, sino también y especialmente los actos más sutiles, a veces casi invisibles, como el mutismo, el llamado *negativismo*, el no hacer nada, el taparse la cara frente a la fotos que se les sacaba a los enfermos internados y que tanto les gustaban a los psiquiatras de los primeros años del siglo XX, el reírse de los psiquiatras, el vengarse a través de dibujos o relatos, esconderse debajo de la cama al ver al médico o gritar a viva voz el horror que estaban padeciendo.

Se trata de poner en el centro la experiencia de los llamados locos, recuperando sus voces y sus vivencias.

En el último tiempo, una nueva literatura ha permitido darle voz a los relatos de los locos, por ejemplo a través del estudio de viejas historias clínicas, o de las cartas que los locos escribían en sus internaciones, y que no eran enviadas a sus

destinatarios en un acto de extrema crueldad, sino adjuntadas a la historia¹¹, y usadas como material que permitía construir los diagnósticos, pero también a partir de la recuperación de manuscritos de escritores que debieron sufrir internaciones psiquiátricas y dejaron testimonios en sus memorias sobre ellos, valga como ejemplo el de Antonin Artaud¹².

En su célebre *Carta a los directores de manicomios* (1925), Antonin Artaud se dirige a los psiquiatras cuestionando su derecho a *medir el espíritu*, y a la vez se permite dudar de sus principales conceptualizaciones, y sobre todo de la noción misma de enfermedad mental. Se trata de un texto que evidencia su resistencia y sublevación frente a la internación psiquiátrica, cuestionando el derecho de ciertos hombres a los que la sociedad les otorgó el poder de *sancionar y encarcelar* a personas, porque entiende que el asilo es en primer término *una cárcel terrible, deformada baja la cobertura de la ciencia*, declaraba no aceptar el impedimento que la psiquiatría le impone al *libre desenvolvimiento de un delirio*, ni tampoco la *represión de las reacciones antisociales*, ya que entiende que el *criterio de realidad del loco es legítimo*. Justifica entonces que todos los actos humanos individuales son antisociales, siendo los *locos las víctimas de la dictadura social*, reclamando su liberación.

Al mismo tiempo, escribió para su psiquiatra, el Doctor Gastón Ferdière, una serie de cartas que componen un material fundamental para comprender a través de un caso muy singular, cómo los locos vivenciaron las intervenciones psiquiátricas y la vida manicomial misma. En ese largo epistolario, Artaud (2006) documenta la vivencia misma de su internación

11 Puede consultarse: Pierri, Carla. (2021). Sobrevivir y morir en el manicomio. Memoria de un asilo de mujeres. Topía. Buenos Aires. Villasante, Olga y otros. (2018). Cartas desde el manicomio. Experiencias de internamiento en la Casa de Santa Isabel de Leganés. Editorial Catarata. Madrid. Lavin, Angélica. (2003). Desde la casa de los orates. Fuentes para la Historia de la República. Vol. XXI. Centro de investigaciones Diego Barros. Dibam. Santiago.

12 En F. Vomero (2009) retomo la historia de un joven internado en el manicomio narrada por Isidro Más de Ayala (1926) dueño de un verdadero talento literario, que escribe de manera profunda y conmovedora sobre su situación de enfermo internado en el hospital, de la locura misma, de la vida humana en general y de su vida manicomial.

manicomial en el Hospital de Rodez, Francia, en los años cuarenta del siglo XX.

Artaud no aceptaba la realidad y existencia de la llamada enfermedad mental, decía estar *internado injustificadamente* y se definía como *un hombre rechazado por los hombres*. Se opone a que le impongan el chaleco de fuerza, a que le apliquen reiterados electroshock, que su organismo ya no soporta, y que le habían provocado según afirma, *dolores intensos* en la espalda. Pero también le reclama cosas que en principio parecen más pequeñas, como la imperiosa *necesidad de bañarse todos los días*, y hacerlo en *soledad* porque *no soporta la promiscuidad de la bañera común*. También pide un cepillo de dientes y el poder ser afeitado, cuestión a la que le asigna una gran importancia, además de reclamar la necesidad de disponer de miel y tabaco.

Se define como alguien que está *encerrado* y en *cautiverio*, *encarcelado de forma indignante, injusta y dolorosa* y también privado de alimento. Y proclama que al tratarlo como un delirante, se le termina *negando el valor poético del sufrimiento*.

El psiquiatra a quien le dirige las cartas, se muestra amistoso y benévolo, pero aun así lo mantiene en el manicomio y también le dispone varios electroshock. Artaud adopta en este tiempo, un modo nada confrontativo, por momentos suplicante, y lo hace de un modo que muchos locos adoptan en su relación con el poder psiquiátrico, una vez que percibían que la resistencia directa era inútil o más bien perjudicial, generando todo lo contrario de los efectos buscados, es decir la intensificación del modelo represivo.

La antropología podrá aportar a entender al llamado loco no como alguien peligroso, desacreditado y excluido de una humanidad plena, porque como afirma Michel Foucault (1961), *no existe cultura sin locura*, debiéndose entender a la locura como *un hecho de civilización*, y por lo tanto un *fenómeno cambiante y variable* como muchos otros, y poder cuestionar la *confiscación* que hizo de ella la psiquiatría, reduciendo la experiencia de la locura bajo los términos de la enfermedad mental. Foucault también destaca que testimonios como los de Antonin Artaud. Servirán para producir esa *translocación de la locura*, abriendo otro tiempo, en el que el llamado loco se convierta en

alguien con derecho a tener voz, aspiraciones legítimas y una vida digna.

Referencias bibliográficas

- Allouch, J. (2020). *La escena lacaniana y su círculo mágico*. Unos locos se sublevan. El cuenco de plata. Buenos Aires.
- Artaud, A. (1925) (1976). Carta a los directores de Manicomios. En: *La otra locura. Mapa antológico de la psiquiatría alternativa*. Laing, R. y otros. Tusquets Editor. Barcelona.
- (2006). *Cartas desde Rodez*. Vol. III. Editorial Fundamentos. España.
- Barrán, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 1: El poder de curar. Banda Oriental. Montevideo.
- (1993). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 2: La ortopedia de los pobres. Banda Oriental. Montevideo.
- (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 3: La invención del cuerpo. Banda Oriental. Montevideo.
- Basaglia, Fr. (2013). *La condena de ser loco y pobre*. Alternativas al manicomio. Topía. Buenos Aires.
- Braunstein, N. (2013). Clasificar en psiquiatría. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Caetano, G. y Geymonat, R. (1997). *La secularización uruguaya*. Tomo 1. Catolicismo y privatización de lo religioso. Taurus. Montevideo.
- Cassarotti, H. (2007). Breve síntesis de la evolución de la psiquiatría en el Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Número 71 (2): 153-163. Montevideo.
- Castel, R. (2009). El orden psiquiátrico. Nueva Visión. Buenos Aires.
- Crovetto, A. (1884). *Algo sobre Manicomios*. Imprenta a vapor La Nación. Montevideo.

- Duffau, N. (2019). *Historia de la locura en Uruguay (1860-1911). Alienados, médicos y representaciones sobre la enfermedad mental*. Biblioteca Plural. Universidad de la República. Montevideo.
- Fassin, D. (2018). *Castigar*. Adriana Hidalgo Editora. Buenos Aires.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I y II. FCE, México.
- (2005). *El poder psiquiátrico*. FCE. Buenos Aires.
- (2013) (1961). No existe cultura sin locura. En: *El evangelio del diablo: Foucault y la Historia de la locura*. Biblioteca Nueva. Madrid.
- Goffman, Erving. (1970). *Internados*. Amorrortu. Buenos Aires.
- (1986). *Estigma*. Amorrortu. Buenos Aires.
- Lévi-Strauss, C. (1965). *El totemismo en la actualidad*. Breviarios FCE. México.
- Más de Ayala, I. (1926). *Cuadros de Hospital*. Ed. Agencia General de Librería y Publicaciones. Montevideo.
- Mauss, M. (1979) (1950). *Sociología y antropología*. Tecmos. Madrid.
- Postel, J. Bing, F. (1996). Philippe Pinel y los conserjes. En: *Pensar la locura. Ensayos sobre Michel Foucault*. Paidós. Buenos Aires.
- Rossi, S. C. (1914). *El alienado y la sociedad*. Asistencia y Legislación. Montevideo.
- Soiza Larrosa, A. (1983). Esbozo histórico sobre la psiquiatría y sus servicios hospitalarios en el Uruguay. 1788-1907. *Revista de psiquiatría del Uruguay*. Número 48:1-18. Montevideo.
- Vomero Cabano, F. (2009). *Enfermedad mental, saber psiquiátrico, cultura y sociedad en el Uruguay de la primera mitad del siglo XX*. Pedro Rodríguez Bonaparte: un anarquista en el Vilardebó. Tesis de maestría en antropología. Defendida y aprobada en agosto de 2010. FHCE-Udelar. 2009. Uruguay.

- (2022). El nacimiento de la psiquiatría infantil en Uruguay. Un niño de seis años sufre y resiste intervenciones psiquiátricas en el novecientos. *Revista Relaciones*. Número 462, noviembre de 2022. Montevideo.

UN ABORDAJE DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD EN DISTINTOS CONTEXTOS DE ALCOHOLIZACIÓN

Fabrizio Martínez Dibarboure

Introducción

*Oigo tu voz llamándome,
silencio en el silencio y siento
que es el vino que me
engaña otra vez.*

Alfredo Zitarrosa

El cantautor uruguayo Alfredo Zitarrosa (1936-1989), entonaba estas estrofas en la canción «Recordándote», grabada en su primer disco de larga duración titulado «Canta Zitarrosa», en el año 1966. La misma la escucho desde mi niñez, donde empezó el caminar por estas circunstancias, pues como dice el antropólogo argentino Eduardo Menéndez, «una parte del trabajo antropológico es autobiográfico» (2012, p. 6).

Luego de mis estudios de grado de Profesorado de Filosofía (IPA, 2001-2004) y Licenciatura en Enfermería (FENF-Udelar, 2000-2005), comencé a transitar por el sendero antropológico durante la Maestría en Ciencias Humanas (FHCE-Udelar, 2007-2013), donde realicé la orientación en Antropología de la Cuenca del Plata, profundizando la senda de *Antropología y Salud* (Romero, 2009), plasmando una investigación etnográfica en el Chaco Boliviano (Martínez, 2020), sobre las representaciones y las prácticas que los *Ava-Guaraní*¹ tenían del alco-

1 Etnia guaraní habitante del Chaco Boliviano (sudeste de Bolivia).

hol de los *karai*² (Martínez, 2013). Ese fue «mi primer viaje»,³ desde una perspectiva de exo-antropología (Romero, 2023).

Allí, desde la influencia de la profesora Sonnia Romero (Udelar), antropóloga uruguaya, fui comprendiendo que:

la antropología como ciencia humana cualitativa, con sus fases inclusivas de etnografía y etnología, se especializa en seleccionar focos donde detener la observación, indagar, concentrar preguntas para profundizar en conocimiento sobre lo humano, sobre la plasticidad de las culturas y las personas (Romero, 2023, p. 18).

Y como también nos decía el antropólogo francés Marc Augé (1935-2023):

la antropología es ante todo un análisis crítico de los etnocentrismos culturales locales o, dicho de otro modo, que su principal objeto, su foco, es la tensión entre sentido y libertad (sentido social y libertad individual), tensión de la que proceden todos los modelos de organización social, desde los más elementales a los más complejos (2007a, p. 61-62).

Posteriormente, en el marco del Doctorado en Antropología (FHCE-Udelar, 2014-2019), abordé desde una perspectiva de endo-antropología (Romero, 2023), mi lugar de trabajo (2010-2023), el Hospital Vilardebó, nosocomio uruguayo público de referencia nacional en Psiquiatría y Salud Mental, donde reconstruí trayectorias de personas con «trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol»⁴ y visibilicé representaciones y prácticas en los tratamientos asistenciales que les

2 De esta forma los Ava-Guaraní denominan a las personas forasteras y/o blancas.

3 «El etnólogo, al final de su primer viaje, elabora un modelo de reflexión que le servirá para las siguientes experiencias (el terreno de la primera experiencia nunca se olvida) y que orientará sus futuros estudios, ya conciernen al primer terreno visitado o a otro completamente distinto» (Augé, 2007b, p. 66).

4 Forma de diagnosticar el consumo problemático de alcohol (F10), siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, en su décima revisión (CIE-10).

brindaban (Martínez, 2019), en esa «institución total» (Goffman, 2001).

Desarrollo

Estas dos investigaciones etnográficas profundizaban las representaciones y las prácticas que, sobre el alcohol, tenían en distintos contextos como, por ejemplo, en comunidades Ava-Guaraní del Chaco Boliviano (Departamento de Santa Cruz, Bolivia) y en la atención brindada en el Hospital Vilardebó (Departamento de Montevideo, Uruguay). Llevándome a permanecer en el mismo objeto de estudio, el hecho de que es uno de los principales problemas que tenemos en el ámbito de la Salud Pública. Así la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su mensaje con respecto al día de la Salud Mental del año 2019 (previo a la pandemia mundial de Covid-19), decía que en el mundo hay 450 millones de personas que sufren trastornos mentales y, entre ellos, 150 millones de personas padecen depresión y 125 millones de personas padecen alcoholismo; lo que convierte a la depresión y a las adicciones en los principales problemas de Salud Mental a nivel mundial. Por su parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su mensaje del día de la Salud Mental 2021, nos plantea que la pandemia de Covid-19 ha agravado la situación de salud mental en Latinoamérica, aumentando los nuevos casos de afecciones de salud mental y empeorando los preexistentes, particularmente la depresión y las adicciones (Martínez, 2023).

A primera vista, podría parecer un tema ampliamente estudiado, pero ya Marc Augé (1987) nos decía que, «tal vez la etnología pueda, pues, ayudar a comprender lo que nos es demasiado familiar para que no nos resulte ajeno» (en Achilli, 2005, p. 59). Por lo tanto, al analizar el consumo de alcohol en diversos contextos, considerando antecedentes remotos observamos que, desde el análisis de los antiguos mitos, se ha ido abordando esta cuestión:

un día, de lo alto del cielo, llovió sobre la tierra una gota de sangre de los dioses. En medio de las florestas germinó un arbusto de tallos sarmentosos con zarcillos y pámpanos. Una viña salvaje, que crecía por sí misma (autophués), enrollándose alrededor de los árboles en

alturas naturales. Hasta el momento en que Dioniso⁵, errante por el mundo, la encuentra y reconoce en ella el racimo hinchado por un jugo rojo oscuro, anunciado por los oráculos de Rea (Detienne, 2003, p. 71).

A la postre, durante el pasado siglo, en el Primer Congreso Mundial de las Ciencias Antropológicas y Etnológicas (celebrado en Londres en 1934), se evidenció lo que «resultó ser un caso clásico de experimentación natural: una sola especie (*Homo sapiens*), una sola sustancia (el alcohol) y una gran diversidad de comportamientos» (Langdon, 2005, p. 22)⁶; que, en el caso latinoamericano, desde hace décadas la Antropología Médica refiere que el alcoholismo es una de las principales causas de muerte (Menéndez, 1990). En esta línea, la OMS en el «Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud 2014», establecía que, en el año 2012, murieron en el mundo casi tres millones y medio de personas a consecuencia del uso nocivo de alcohol, lo que representó el 5,9% del total de los fallecimientos. Dándose, también, una relación causal entre el consumo nocivo de alcohol y una serie de trastornos mentales y comportamentales, generando un problema sanitario, social y económico considerable para el conjunto de la sociedad (WHO, 2014). Siendo así, en distintos contextos como en el Chaco Boliviano (Martínez, 2013) y en nuestro país (JND, 2019, 2022; Martínez, 2019, 2023), la sustancia psicoactiva más consumida por adolescentes y adultos.

Continuando el viaje retrospectivo, en el año 1999, tuve la oportunidad de convivir con los habitantes de un pequeño poblado de origen guaraní, a unos veinticinco kilómetros al norte de Goya (provincia de Corrientes, Argentina). La vida transcurría alrededor del río Paraná, lugar de encuentro para estos pobladores del río. En este contexto se daba la búsqueda de la *ñvi Maraëi*, «la tierra sin mal», es decir, ese «lugar accesible a los vivos, un lugar adonde, sin pasar por la prueba de la muerte, se podía ir *en cuerpo y alma*» (Clastres, 1993, p. 35).

5 Dios del vino en la mitología griega, también conocido como *Baco* en la mitología romana, «el gran dios que hace delirar, y lo hace sin piedad» (Detienne, 2003, p. 91).

6 Original en francés, traducción personal.

Luego, en el año 2005, fuimos invitados al Chaco Boliviano (junto a mi esposa también licenciada en Enfermería), donde nos vinculamos con los Ava-Guaraní y así continuamos profundizando el caminar como *homo viator*, pues «el etnólogo se encuentra siempre de viaje, en la medida que es un viajero de lo interno» (Augé, 2007b, p. 70).

En estas coyunturas vividas, fui aprehendiendo que, en los contextos de las relaciones económicas de las poblaciones indígenas, el alcohol del karai es introducido para servir de «moneda», como parte de un «salario», etc (Bonilla, 2005). Por lo tanto, comencé a vislumbrar cómo el consumo problemático de alcohol, junto con la depresión que origina en el Sistema Nervioso Central y las complicaciones orgánicas, puede llegar a ahogar los espacios comunitarios, promover la violencia familiar e impedir la apertura hacia el otro (Martínez, 2013). También constaté la despersonalización que producía, pues estos comunarios hablaban continuamente guaraní, pero cuando se emborrachaban se insultaban en castellano diciéndose «indio de mierda» (Martínez, 2013).

Mi primera investigación etnográfica para abordar el consumo de alcohol, la realicé en el ámbito de la maestría (Martínez, 2013), contando con la orientación de la antropóloga uruguaya Oiara Bonilla, residente en Brasil (UFF). Dicha pesquisa se llevó a cabo en dos comunidades Ava-Guaraní, Ipitacito (pequeña agua colorada) e Itaimbeguasú (piedra áspera grande), pertenecientes a la capitania de Kaaguasu (monte grande), del municipio de Gutiérrez, provincia Cordillera, departamento de Santa Cruz, al sureste de Bolivia (Ortiz, 2004); con un trabajo de campo desarrollado entre los años 2009 y 2010. Así comencé a conocer estas comunidades, lo cual me permitió identificar los principales problemas que observaba en el ámbito de los Procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención, pues, como nos refiere Eduardo Menéndez:

a través de dichos procesos se expresa la sociedad o la cultura, pero sobre todo las particularidades de toda una serie de grupos que operan en una sociedad determinada. Dichos grupos tienen saberes similares, pero también desiguales y diferentes al menos respecto a

algunos de los sufrimientos, de las enfermedades o de las estigmatizaciones que los afectan (2002, p. 323).

Esto me llevó a abordar a aquellos comunarios que se encontraban inmersos en un *Proceso de Alcoholización*, dado que este:

refiere a los procesos económico-políticos y socio-culturales que operan en una situación históricamente determinada para establecer las características dominantes del uso y consumo de alcohol (incluyendo el no uso y no consumo) por sujetos y conjuntos sociales (Menéndez y Di Pardo, 1996, p. 62).

Cada vez que llegaba a las comunidades del Chaco Boliviano, me presentaba diciendo que venía de Uruguay y, por supuesto, refería que esa palabra provenía del guaraní con la tradicional traducción que solemos conferirle. Pero a una guaraní le llamó la atención mi explicación. Ella me pidió disculpas y me sugirió que el nombre de nuestro país, además, admite otros significados: pues *uru* podría ser «gallina», *tuguai* podría ser «cola» y la *y* podría significar «río» o «agua»; por lo cual significaría, también, «cola de gallina» o «cola de agua». Mi sorpresa fue grande al escuchar esto, pero ella al verme confundido me dijo que no me preocupara, pues estas dos denominaciones de «cola», hacen referencia al *fin*. Y así hubiera seguido con esa incertidumbre, si la misma no me hubiera explicado que esos significados implicaban que nos hallábamos *al final del territorio*, es decir, «donde finalizaba el dominio guaraní» (mujer ava-guaraní, 53 años).

Al abordar el Ñande Reko, el *modo de ser* guaraní (Melià, 1988), vi como un aspecto fundamental a considerar la celebración del *Arete Guasu* (Gran Convite), en que, para festejar, es necesario tener *avati*, mucho maíz: «*pentiño aracae orerembíuna umée oreve Tumpa; jae co avati hei vaé*: una sola comida nos ha dado Dios antiguamente; y es lo que se llama maíz» (Ortiz, 2002, p. 5). Con el maíz se produce la chicha. Con mucho maíz hay abundante chicha y con la misma hay que ser generoso.

Desde una mirada *emic*⁷, el antropólogo guaraní-boliviano Elio Ortiz (1968-2014), nos decía:

El generoso, el convidador es aquel que goza de las bondades de Tüpa Dios, ser supremo que gracias a su misericordia les dio como único y principal alimento (y por lo tanto sagrado) el avati. *Tüpa omee ñandevera avati jese yaiko vaerä*, Dios nos regaló el maíz para que vivamos de él (Ortiz, 2002, p. 4).

Desde ésta lógica, pero desde una mirada *etic*⁸, ya en 1890 los sacerdotes y misioneros franciscanos italianos Angélico Martarelli y Bernardino de Nino, que también realizaron estudios etnográficos en el Chaco Boliviano, referían:

la bebida apetecida por los Chiriguano⁹ es una cerveza de maíz, conocida en América con el nombre de Chicha y que ellos llaman Kangüi. Tiene virtud diurética, nutritiva, refrigerante y es más o menos espirituosa. Su preparación es oficio de las mujeres, que en tiempo de abundantes cosechas las tiene atareadas casi todo el año. El voluptuoso Chiriguano a todo se resigna, menos a que le falte el Kangüi. Este le sirve de desayuno, de almuerzo, de comida: es su regalo, su delicia, su pasión, su ídolo, su todo (Martarelli y de Nino, 2006, p. 88).

Observamos así que, varios etnógrafos y etnógrafas han investigado sobre la *chicha* y su vínculo con los pueblos originarios; como Branislava Susnik (1920-1996), etnóloga eslovaca, estudiosa de los guaraníes, quien planteaba:

la chicha de maíz simbolizaba la capacidad económica de una sociedad por excelencia cultivadora de maíz; en ocasión y por medio de los convites se ajustaban las relaciones interpersonales y reafirmaban las intergrupales. El convite es desde luego una antigua pauta social guaraní y la libertad de convites fue defendida

7 Punto de vista nativo, es decir desde los términos internos del grupo.

8 Punto de vista del analista externo al grupo.

9 Otra forma de denominar a los Avá-Guaraní, que estos actualmente rechazan.

por los Guaraníes en todos sus primeros contactos con el ambiente hispano-cristiano (En: Melià, 1988, p. 49).

De ahí la importancia de ser convidado, invitado. «*Ecuá cangüi eu*, vete a tomar chicha. Sin esta invitación nadie se atrevería a presentarse al banquete y, si se les pregunta por qué no toman, contestan: *Ndei chenéin*, todavía no me han convidado» (Ortiz, 2002, p. 5); como también nos plantea el antropólogo francés Philippe Descola (2005). También, otra estudiosa de los guaraníes como lo fue la etnóloga francesa Hélène Clastres (1936-2023), observaba que, «la ausencia de mal —la Tierra Sin Mal— es el contraorden. No es casual que las únicas actividades sociales destinadas a persistir en la Tierra Sin Mal sean las fiestas de bebidas» (1993, p. 79).

Analicé, ayudado por mi esposa¹⁰, que la chicha corresponde al «mundo de lo femenino». Es el espacio, durante su realización, donde las mujeres se encuentran, donde comparten y cuentan sus confidencias, se dan consejos, etc. Es el ámbito de lo doméstico, donde la mujer ejerce su autoridad; es el patio de la casa, donde todo parece girar en armonía: los niños, los animales, los alimentos, etc. Es el recuerdo de Ñandesy (Nuestra Madre), no solo es religión, sino también fiesta y alimentación segura. De ahí que, las guaraníes al llegar a la adolescencia comienzan el *resguardo*, como un rito de iniciación, donde a estas jóvenes se les enseña lo fundamental del ser mujer en la cultura guaraní. Se las ubica en un lugar específico del hogar y se vinculan allí, particularmente, con su madre, con su abuela y otras mujeres. En ese entorno son educadas en lo propio de la mujer guaraní: hilar, cocinar, el cuidado de los hijos y se les enseña a hacer la chicha. Permanecen así un año y al salir están preparadas para el matrimonio (Martínez, 2013). «Es algo que se pasa de generación en generación, de abuela a madre, de madre a hija, y para los guaraníes es algo trascendental» (mujer ava-guaraní, 45 años).

Por lo tanto, estas prácticas son un componente *simbólico* de vital importancia en la unidad familiar y comunitaria. Pues «la chicha es un símbolo de unión, donde está la chicha hay unión de la familia y la comunidad. Se comparte la chicha,

10 Acompañados por nuestros hijos pequeños.

que se saca de una tinaja y se reparte en el patio y nos ponemos a bailar” (varón ava-guaraní, 51 años). Antiguamente al trabajo diario en el *chaco* (la tierra de cultivo), los ava-guaraní llevaban su *tutumada*, es decir la chicha recién elaborada.

Pero, desde hace ya un tiempo, estos convites guaraníes se han ido transformando, a partir del influjo del Carnaval, donde en vez de chicha se bebe el alcohol del karai. Por lo tanto, contemplé que los guaraníes actuales caminan rumbo a la □ṽi Maraëi por senderos que se convierten en «diabólicos» (pues dividen), como me refería un abuelo ava-guaraní, pues el camino tiene luces y sombras, bien y mal, chicha y alcohol; hay que saber elegir para llegar a la *Tierra-Sin-Mal*, que es la *comunidad ideal*, al decir de un comunario, pues «con la chicha se reconocen; con el alcohol se desconocen y se pierden», al decir de otro comunario.

Observé que el alcoholismo corresponde al «mundo de lo masculino», siendo el alcohol del karai un componente *dia-bólico* en la segmentación familiar y comunitaria. Si bien se podían emborrachar con chicha, difícilmente había mayores problemas; en cambio, las borracheras con alcohol originaban muchas dificultades de violencia doméstica (tradicionalmente no sucedía en la cultura guaraní) y otros problemas familiares y comunitarios. Al decir de un comunario, «con la chicha los guaraníes se reconocen, en cambio con el alcohol se desconocen y se pierden» (varón ava-guaraní, 41 años) y, también, «la chicha nos une y el alcohol nos separa; los guaraníes somos débiles a lo que nos traen los karai» (mujer ava-guaraní, 51 años).

De esta manera, el guaraní que se emborrachaba con el alcohol del karai, por lo general, adoptaba una postura de desprecio hacia su familia y comunidad. Exteriorizaba todo el odio sufrido que tenía internalizado por siglos de opresión, y se comportaba como un karai que, bajo los efectos del alcohol, denigraba a los suyos, verbal y físicamente; dejaba de hablar en guaraní y hablaba en castellano como si fuera un «patrón».

Por lo tanto, habría que tener en cuenta, fundamentalmente, lo que pensaban las mujeres en las comunidades. Todas, unánimemente, condenaban el consumo de alcohol y a la hora de las prácticas, salvo en las fiestas de Navidad y en el Arete Guasu, solían no beber alcohol (Martínez, 2013).

Aprecié una alta prevalencia de consumo de alcohol en los varones guaraníes a partir de los 15 años, cuando terminaban los estudios primarios y al no tener otras oportunidades comenzaban a trabajar en el chaco; sobre todo en la comunidad de Itaimbeguasú, que al ser más apartada que Ipitacito, presentaba menos posibilidades educativas. Así un comunario me narraba:

hay mucho problema de alcoholismo. Beben los hombres, a partir de los 15 años. Acá (en Itaimbeguasú) un tanque de 200 litros de alcohol, dura menos de una semana. En el chaco trabajan como treinta comunarios y, varias veces al día, el encargado del trabajo manda traer alcohol, según dicen, para los calambres. Al estar todo el día sin comer, llegan de noche a su casa y su mujer por no tener dinero no puede cocinar, entonces el hombre le echa guasca (varón avá-guaraní, 45 años).

Así, estos guaraníes, «entraban» en el problema del abuso de esta sustancia psicoactiva, pues llevaban para sus tareas campesinas alcohol (de 96° rebajado con agua), tabaco y coca y ya no más la tutumada. (Figura 1)



Figura 1. Mujer Ava-Guaraní de Itaimbeguasú preparando chicha, septiembre de 2009. (Foto: Fabrizio Martínez)

A modo de ejemplo, el *mburuvicha guasu* (capitán grande) que me permitió estudiar el problema del alcohol en las dos comunidades referidas, me dijo que este «era un flagelo de los karai», pero luego fue retirado de sus funciones por los propios comunarios, por «borracho y por aliarse con los patrones». Otros *mburuvichas* (capitanes), que también condenaban el alcohol del karai, hacían alarde de su prestigio al derramar cerveza, por ejemplo, frente a los demás y a la hora de decidir otros lo hacían por ellos. Otros comunarios condenaban el alcohol, pero luego se embriagaban y se ponían violentos, siendo particularmente las mujeres y los niños quienes recibían el castigo.

Dejando los confines de la Cuenca del Plata, cambiando la cultura y los roles de las personas que abordé en la pesquisa de maestría (Martínez, 2013), me dirigí al centro de la misma para continuar abordando el mismo drama existencial del consumo problemático de alcohol, en mi investigación de doctorado (Martínez, 2019), contando con la orientación de Sonia Romero y así seguir profundizando la senda de Antropología y Salud. Sendero que, según el antropólogo estadounidense Craig Janes, «se sitúa en la intersección de la antropología y la salud pública» (En: Wainwright, 2013, p. 275). Su contribución específica, viene de su capacidad de articular el sentido que las personas y las comunidades, atribuyen a los Procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención, «y como eso se sitúa dentro de los sistemas de relaciones sociales a nivel más amplio»; tratando de explicar cómo los procesos biológicos universales están sujetos a influencias sociales y culturales a nivel local» (Wainwright, 2013, p. 275).

En Uruguay, según datos aportados en el «Primer Simposio Internacional sobre uso problemático de alcohol», celebrado en Montevideo en agosto de 2014, había 261.000 personas con uso problemático de alcohol y 60.000 personas dependientes de alcohol.¹¹ Actualmente el alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida en nuestro país, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa, como ya veíamos (JND, 2019, 2022; Martínez, 2019, 2023). Esto conllevó a que haya sido muy relevante el abordaje de este problema,

11 El Censo poblacional de 2011 establecía que en Uruguay había 3.286.314 personas, según datos del Instituto Nacional de Estadística.

llevándome a relacionarme con aquellas personas que se encontraban internadas en el Hospital Vilardebó¹², por encontrarse inmersas en un Proceso de Alcoholicización (Menéndez, 1990); para poder así analizar sus trayectorias de consumo, o narrativas del padecer (Kleinman, 1988), o su carrera moral como paciente (Goffman, 2001); con un trabajo de campo desarrollado entre los años 2015 y 2016.

Por lo tanto, el área de esta investigación en Salud, se situó en un marco transdisciplinario. Así, siguiendo el planteo del médico y antropólogo francés Didier Fassin:

el enfoque que propongo no es convencional, escapa a las delimitaciones disciplinarias. Híbrido, adopta diversos tipos de saberes que son raramente movilizados al mismo tiempo pero que me pareció útil pensar en forma conjunta (Fassin, 2018, p. 46).

El objetivo de la investigación se comenzó a suscitar una mañana, en que ingresó al nosocomio un «paciente conocido del servicio»; al saludarlo le pregunté cómo estaba, él me respondió: «acá ando nurse, alcoholicizado y encanicado»¹³.

En lo referente a la metodología, busqué realizar una descripción densa etnográfica (Geertz, 1987), por lo que, en este entorno:

el método etnográfico descansa sobre una presencia prolongada en un mundo social que permite el establecimiento de relaciones de confianza mutua con sus

12 Fundado como «Manicomio Nacional», el 25 de mayo de 1880, se fue convirtiendo, con el paso del tiempo, en el centro de referencia público nacional en Psiquiatría y Salud Mental, para “pacientes agudos”, mayores de 15 años de edad, dependiendo de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. En el momento de la pesquisa (2015-2016), tenía una capacidad de internación de 335 camas (210 camas masculinas y 125 camas femeninas), encontrándose siempre colmado. En dicha institución me desempeñé, por varios lustros, como licenciado en Enfermería.

13 Esta expresión hace referencia a los comprimidos de psicofármacos, que los usuarios denominan «canicas»; por lo que la expresión «encanicado», significaría una ingesta masiva de «pastillas», con diversos fines, entre ellos el intento de autoeliminación, motivo de consulta diario en el Servicio de Emergencia del Hospital Vilardebó.

miembros y la adquisición de una cierta familiaridad con sus modos de pensar y de actuar (Fassin, 2018, p. 48).

Caracterizándose por el conocimiento del «otro», como una persona internada en este caso, a partir del «compromiso establecido en términos éticos y de relaciones humanas» (Ramírez, 2009, p. 65). De esa manera, desde mi anterior rol profesional en esa institución total, «la etnografía se presenta como un medio limitado de compromiso social autocrítico en nuestro tiempo» (Kleinman y Benson, 2004, p. 25).

En estas coyunturas, en que fui funcionario e investigador, entre el compromiso y el distanciamiento (Elias, 1990), mi visión fue la del profesional sanitario que pretendió tener una antropología de la mirada, siguiendo la invitación que hacía Marc Augé (2007b), de tener un ojo en el detalle y otro en el contexto, lo que él denominaba *estrabismo antropológico*, buscando analizar el detalle en su contexto (Martínez, 2022).

Contando con el aval del Comité de Ética del Hospital Vilardebó y de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (Udelar), desde un sentido epistémico, me pregunté por esta alteridad muy próxima de personas internadas por trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol, abordando a 40 personas internadas (14 mujeres y 26 varones), que voluntariamente participaron, previo consentimiento informado.

Mi reflexión se fue transformando de un problema sanitario en una pregunta etnográfica (Augé, 2007a; Menéndez, 2012), al irse cambiando mi enfoque desde una participación observante, que buscaba un cambio en la atención, a una observación participante, donde la razón de ser era conocer (Fassin, 2018).

Observé, también, desde la etnografía, la atención psiquiátrica, en las representaciones y prácticas llevadas adelante por el personal encargado de la asistencia: médicos psiquiatras, médicos generales, psicólogos, trabajadores sociales, vigilantes, auxiliares y licenciados en Enfermería (entrevistando a 40 funcionarias/os, previa información).

Analizando a estas cuarenta personas internadas (catorce mujeres y veintiséis varones), veintiocho de ellas habían

ingresado por orden judicial. Al momento de realizarles la primera entrevista, seis llevaban más de dos años de internación; once entre uno y dos años de internación y veintitrés llevaban menos de un año de internación. Durante los dieciocho meses del trabajo de campo (de junio de 2015 a noviembre de 2016), once de estas personas permanecieron internadas durante todo ese período, siete se fugaron y volvieron al hospital, trece se fueron de alta y volvieron al hospital, uno se fugó y no volvió más y ocho se fueron de alta sin retornar; entonces, entre fugas y reingresos: ¿cómo se los podría atender? (Leininger, 1995).

Las narrativas del alcoholismo (Babor et al, 2010), de estas cuarenta personas internadas, me fueron relatando un quiebre biográfico ocurrido, por lo general, durante la adolescencia. De las catorce mujeres, trece comenzaron con consumo problemático de alcohol entre los 12 y los 15 años. De los veintiséis varones, veintitrés comenzaron con consumo problemático de alcohol entre los 12 y los 15 años. Por lo tanto, a partir de ahí, comenzaban unas trayectorias de consumo problemático de alcohol, llevando a una reorganización de la identidad social de orden simbólico; derivando, en el caso de mi pesquisa, en una narrativa institucionalizada que, en ese momento, desde el encuadramiento en un hospital psiquiátrico incluía el disciplinamiento (Foucault, 2014). Referente al tratamiento brindado, veintidós pacientes estaban disconformes con el mismo y dieciséis pacientes planteaban que necesitaban ser más escuchados por los equipos de sala. (Figura 2)



Figura 2. Paciente caminando por patio del sector de internación masculina del Hospital Vilardebó, junio de 2016. (Foto: Fabrizio Martínez)

Por otra parte, de las cuarenta entrevistas a los funcionarios/as abordados, podría remarcar que, a mayor formación y experiencia de ejercicio profesional, había mayores críticas a la atención que se brindaba a los pacientes con dependencia alcohólica. Varios pensaban que el origen de este problema era psicológico, cultural y social; encontrando, mayoritariamente, en estas tres dimensiones la causa de la dependencia; por lo que consideraban inadecuada la atención que se les brindaba a los pacientes, dado que la misma era realizada, por lo general, desde una perspectiva biomédica (farmacológica) dejando, a un lado, las humanidades médicas (Martínez, 2019, 2022).

Cierre

Comparando ambas investigaciones etnográficas, desde distintos contextos culturales y circunstancias sociales, en las cuales fui oscilando entre distanciamiento y compromiso (Elias, 1990), observé que el consumo problemático de alcohol

comienza en la adolescencia (Babor et al, 2010), llevando luego a que, en esas coyunturas, la persona tiende a «desaparecer» (Le Breton, 2015) y este desapego se produce tanto, al denigrar a su familia y a los comunarios cual si «fuera un patrón» (Martínez, 2013) o al transformarse en un paciente disciplinado en un hospital psiquiátrico (Martínez, 2019).

Y, también, en cada entorno, se pueden apreciar aspectos etnocéntricos del karai que introduce el alcohol en las comunidades, como de los que imponen su paradigma biomédico en la atención sanitaria (Martínez, 2023).

Por lo que, confrontando estas investigaciones etnográficas con mi experiencia asistencial, reflexionando desde una perspectiva filosófica y antropológica, pienso que la cuestión acerca de lo normal y lo patológico es algo que afecta no solamente el campo de las Ciencias de la Salud, sino que además la Filosofía y las Ciencias Humanas pueden y deben reflexionar sobre ello (Canguilhem, 1971).

El abordaje sanitario de una persona con problemas de consumo de alcohol lo tenemos que realizar desde un enfoque integral. Para esto la Antropología tiene mucho para aportarnos, dado que, como nos dice Sonia Romero:

la antropología (cuyo objeto científico es el ser humano y sus variedades diacrónicas y sincrónicas) contempla en toda su extensión la complejidad de la identidad que va desde lo biológico, lo psíquico, lo social a lo cultural, con un sentido muy denso para cada uno de estos dominios, ya que a su vez están compuestos por múltiples elementos, categorías y según una enorme cantidad de condicionantes, ambientales, históricas y otras (2007, p. 166).

Sucede, a veces, que las estructuras conceptuales de las disciplinas del campo sanitario, conducen a una transformación del sufrimiento elaborada por los profesionales que le quita su voz a la persona que padece y nos distancia de la inmediatez de su experiencia (Das, 2008). Por eso, en estas circunstancias, la bidireccionalidad y la participación no son posibles sin una «experiencia próxima» por parte de los profesionales de la salud. Y aquí, la etnografía con su dialéctica oscilatoria

entre el extrañamiento y la pertenencia, entre la observación y la participación, ofrece un modelo tanto para el análisis de la realidad social como para el establecimiento de puentes de comunicación con ella (Martínez, 2015). Acontece por las dificultades propias de los equipos de salud (como de cualquier colectivo humano), que se nos desdibujan estos insumos. Aunque parezca algo sencillo, un adecuado acercamiento y una mejora sustancial en la atención sanitaria implican la capacidad de *escuchar*. Eso me aportó, fundamentalmente, la aplicación del método etnográfico (Martínez, 2013, 2019, 2023).

Esta convergencia entre Ciencias Humanas y Ciencias de la Salud, tienen en común el abordaje de la persona, convirtiéndose así la Antropología de la Salud en una bisagra, como ese espacio de intersección entre la Antropología y la Salud Pública (Wainwright, 2013), que busca articular el sentido que las personas y los colectivos atribuyen a los Procesos de Salud/Enfermedad/Atención-Prevención. Desde esta perspectiva, se establece entre el profesional de la salud y el paciente una relación que tiende a promover la conversación entre dos personas (Lévi-Strauss, 1968). De esta manera, se empieza a producir un cambio de paradigma, donde aquella concepción de que «la locura clásica pertenecía a las regiones del silencio» (Foucault, 2012, p. 270), nos habilitaba a que «la locura habla ahora un idioma antropológico» (Foucault, 2012, p. 270).

La *observación* y la *escucha* resultan estrategias imprescindibles de abordaje a la persona con problemas de consumo de alcohol. En la actualidad en el marco de la Ley de Salud Mental n.º 19.529 (Uruguay, 2017), que apunta a un sistema de salud mental integral, en una coyuntura donde se disputan tantos «etnocentrismos culturales locales» (Augé, 2007a), estos presupuestos pueden contribuir radicalmente a mejorar la atención de salud mental de la población; buscando desde el Primer Nivel de Atención, el compartir la labor asistencial desde el mismo entorno de la persona, su familia y su comunidad, siendo tan necesarios para un verdadero cambio de paradigma.

Por otra parte, si partimos del concepto de que la atención ha de centrarse en la comunidad, la tendencia se centrará en el fomento de la Salud Mental y no tan solo en los aspectos curativos, ya sea en una población para evitar problemas de salud o

bien en personas con problemas de adicciones, en las que queremos fomentar los aspectos saludables de su personalidad.

Así, al utilizarla en el campo sanitario, la etnografía nos permite adquirir un *continuum* «estar entre» (Martínez, 2015) que, desde la observación y la escucha, nos fomenta aprehender el poder curativo que tiene la narrativa (Lévi-Strauss, 1968) y los vínculos a escala humana (Kleinman, 1988), como es la relación entre dos personas, para fomentar una humanización de los cuidados (Martínez, 2023).

Por lo tanto, el marco de Antropología y Salud tiene mucho para aportar a las Ciencias de la Salud, pues nos fomenta a seguir interactuando con el *otro* de manera integral y nos ayuda a entender las diferencias culturales con respecto a los cuidados humanos, la salud y la enfermedad entre los Ava-Guaraní, por ejemplo, y otras culturas. De ahí que ésta perspectiva nos permite contribuir al desarrollo, como es mi caso, de la *Enfermería en Salud Mental* como una disciplina eminentemente social y antropológica (Martínez, 2023).

Referencias bibliográficas

- Achilli, E. (2005). *Investigar en Antropología Social*. Los desafíos de transmitir un oficio. Rosario: Laborde.
- Augé, M. (2007a). *El oficio de antropólogo*. Barcelona: Gedisa.
- Augé, M. (2007b). *Por una antropología de la movilidad*. Barcelona: Gedisa.
- Babor, T et al. (2010). El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas. 2ª ed. Washington: OPS.
- Bonilla, O. (2005). O bom patrão e o inimigo voraz: predação e comércio na cosmología paumari. *Mana*, 11 (1), 41-66.
- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores.
- Clastres, H. (1993). *La tierra sin mal. El profetismo tupí-guaraní*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Das, V. (2008). *Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Descola, P. (2005). *Las lanzas del crepúsculo: relatos jibaros*. Alta Amazonia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Detienne, M. (2003). *Dioniso a cielo abierto. Un itinerario antropológico en los rostros y las moradas del dios del vino*. Barcelona: Gedisa.
- Elias, N. (1990). *Compromiso y distanciamiento. Ensayos de sociología del conocimiento*. Barcelona: Ediciones Península.
- Fassin, D. (2018). *Castigar: una pasión contemporánea*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.
- Foucault, M. (2012). *Historia de la locura en la época clásica I*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2014). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.
- Goffman, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. y Benson, P. (2004). La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina. En R. Bayés (dir). *Monografías Humanitas 2: Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, pp. 17-26.
- Langdon, E. (2005). L'abus d'alcool chez les peuples indigènes du Brésil: une évaluation comparative. *Drogues, santé et société*, 4 (1), 15-52.
- Le Breton, D. (2015). *Disparaître de soi. Une tentation contemporaine*. París: Métailié.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: concepts, theories, practices*. Columbus: McGraw Hill.
- Lévi-Strauss, C. (1968). *Antropología estructural*. Buenos Aires: Eudeba.

- Martarelli, A. y De Nino, B. (2006). *El Colegio Franciscano de Potosí y sus Misiones en el Chaco: noticias históricas recogidas por dos Misioneros del mismo Colegio*. Cochabamba: Kipus.
- Martínez, Á. (2015). *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.
- Martínez, F. (2013). Karu Guasu. Entre encuentros y desencuentros: los Ava-Guaraní y su representación y práctica del alcohol de los Karai. Disertación de Maestría en Antropología. Montevideo: Universidad de la República.
- Martínez, F. (2019). Alcoholizado y encanicado. Rescatar la Persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos psiquiátricos desde un abordaje de Antropología y Salud. Tesis de Doctorado en Antropología. Montevideo: Universidad de la República.
- Martínez, F. (2020). Los procesos de alcoholización en el Chaco Boliviano. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 84 (1), 11-19.
- Martínez, F. (2022). Abordar a la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 86 (1), 11-24.
- Martínez, F. (2023). Perspectivas de Enfermería en Salud Mental. *Revista Uruguaya de Enfermería*. <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/396>
- Melià, B. (1988). *Ñande Reko, nuestro modo de ser*. La Paz: Cipca.
- Menéndez, E. (1990). *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. México: Alianza editorial mexicana.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez E. (2012). Antropología médica, una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*, 8 (1), 1-8.
- Menéndez, E y Di Pardo, R. (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS.

- Ortiz, E. (2002). Mbarea-Invitación. Camiri: Teko Guaraní.
- Ortiz, E. (2004). *Toponimia guaraní del Chaco y Cordillera. Ensayo lingüístico, etnográfico y antropológico*. Camiri: Teko Guaraní.
- Ramírez, S. (2009). La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. *Epidemiología socio-cultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colectiva*, 5 (1), 63-85.
- Romero, S. (2007). Interrogaciones en torno a la cuestión «afro» y la discriminación en Uruguay, escenario para transformaciones identitarias. En N. Guigou (comp). *Trayectos antropológicos*. Montevideo: Nordan, pp. 161-173.
- Romero, S. (2009). Dossier: veinte años de estudios en Antropología de la Salud en Uruguay. *Cuadernos del CES*, 5 (1), 31-33.
- Romero, S. (2023). *Manuscrito de Argelia: registros de etnología, cultura, medicinas*. Montevideo: Imprimex.
- Uruguay. Junta Nacional de Drogas. (2019). *VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General: informe de investigación*. Montevideo: Presidencia de la República.
- Uruguay. Junta Nacional de Drogas. (2022). IX Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de Enseñanza Media. Montevideo: Presidencia de la República.
- Uruguay. Poder Legislativo. (2017). Ley de Salud Mental n.º 19.529. Montevideo: IMPO.
- Wainwright, M. (2013). Faltar el aire. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Uruguay. En S. Romero (ed). *Anuario de Antropología Social Cultural en Uruguay 2013*. Montevideo: Nordan, pp. 275-278.
- World Health Organization. (2014). Global status report on alcohol and health 2014. Luxemburgo: WHO.

«DONDE LAS CAMAS NO TIENEN NOMBRE»

Construcción y transformación de los procesos de subjetivación en el campo de la salud humana

Gabriel Mega

La asistencia en la salud contemporánea viene experimentando las nuevas tendencias mercantilistas y de competencia económica que la actual sociedad occidental manifiesta, y que estructuran las relaciones sociales que dentro de una institución hospitalaria se desarrollan y configuran diariamente.

Desde esta nueva perspectiva de curación, la actual medicina anula o minimiza el concepto de alma de la persona, con lo cual todo lo que sea sentimental, emocional o relacional en el ser humano desaparece o no es tenido en cuenta.

Por tal motivo la sociedad actual genera trastornos o alteraciones que conducen a una deficiencia en el proceso de sanación del sujeto, donde la formación médica centrada en la objetividad científica también introduce sesgos y limitaciones que potencian la deficiencia de dicho proceso.

Esta investigación pretende aportar conocimiento sobre el conflicto que existe entre lo instituido y lo instituyente en un hospital público, el hospital Pasteur, estudiando las transformaciones y las representaciones sociales que diversos agentes de la salud tienen como procesos de subjetivación tanto a nivel del discurso, como de las prácticas sociales, del uso del espacio y del lenguaje que utilizan los internados de dicha institución sanitaria.

Para poder analizar cómo se construyen y transforman estos procesos de subjetivación individuales, se plantea que los internados y sus familiares elaboran diferentes estrategias

creativas y de resistencias frente al orden y al poder de la medicina institucionalizado, buscando poder permanecer y completar el proceso de internación que le es impuesto, de tal manera de que puedan mantener un sentido social de pertenencia y que le permita consolidar su estado de integración social y colectivo.

Objetivos, estrategia y técnicas aplicadas

El trabajo de campo se llevó a cabo en el Hospital Pastuer en la sala 104 que es exclusiva de hombres y que tenía una ocupación promedio del 99% de las 13 camas disponibles.

El objetivo general buscado en la investigación etnográfica en el Hospital Pasteur fue el de analizar las diferentes modificaciones en actitudes o sentimientos que las personas, como sujetos de subjetivación en constante transformación, experimentan con relación al personal de salud durante su proceso de internación bajo el «poder» institucionalizado en una sala de dicho hospital.

Los objetivos específicos considerados eran explicar cuáles son los discursos, relaciones y acciones dinámicas que tienen los internados y personal de salud para construir sus procesos de subjetivación específicos dentro de un espacio y un tiempo de internación, explorando.

Con respecto a la estrategia definida, llevé a cabo la metodología etnográfica la cual, según el investigador Clifford Geertz, implica abrirse paso entre determinadas estructuras superpuestas para poder desarrollar una descripción densa de un objeto de estudio.

En este sentido, donde se hace etnografía se hace una descripción densa, lo que significa captar las estructuras conceptuales complejas que se presentan superpuestas, extrañas, irregulares, no explícitas, para luego explicarlas de manera interpretativa.

Con respecto a las técnicas específicas que apliqué en esta investigación, llevada a cabo en la sala de internación 102 de la Cátedra de Medicina Interna del hospital Pasteur, se puede mencionar a la técnica de objetivación participativa bourdiana, la cual se comprende como «(...) la objetivación de la relación subjetiva del investigador con su objeto. Esta actitud consiste

en no ser ingenuo en su investigación y en mantener una conducta reflexiva que tome en cuenta las estructuras cognitivas del investigador, su relación subjetiva con el objeto de estudio y el proceso de objetivación de la realidad (el conocimiento científico)» (Ghasarian, 2008: 17).

Entrevistas no estructuradas y extensas, «(...) no tanto como un medio para acceder al conocimiento de comportamientos y rasgos individuales de las personas, sino más bien como un medio de acceder al conocimiento de los fenómenos sociales» (García Ferrando, M.; Ibáñez, J.; Alvira, F., 1986).

Menciono también la revisión bibliográfica como otra técnica importante para obtener información relevante para la investigación de referencia, donde pude observar y analizar historias clínicas de los pacientes, buscando encontrar las formas y los conceptos que el personal médico maneja para poder describir las diferentes situaciones de los internados con respecto a sus condiciones de salud-enfermedad.

El diario de campo es fundamental instrumento de inscripción, aunque no el único, en el que queda registro del discurso social, donde los únicos rasgos comunes son la fijación temporal de las inscripciones y su continuidad a lo largo del periodo de investigación. En este sentido, el fundamento del diario de campo se constituye en ser un instrumento óptimo de investigación donde se recoge al propio investigador por un lado y a la captación de la investigación como situación por otro (Velasco Díaz, 1997).

La fotografía como técnica para imprimir le evidencia de las múltiples estrategias que los pacientes como «estrategas» determinan. (Evoco el concepto de «estrategas» planteado por E. Álvarez Pedrosián (2009) en su trabajo etnográfico en el Hospital Maciel.

Bastaría con establecer que el primado mediático es sin duda heterogéneo. Así como hay una modalidad cultural y socialmente diferente de apropiarse del torrente de imágenes que nos traspasa, también dicho torrente no posee los mismos niveles de presencia en toda la compleja trama que conforma nuestra cultura, y al mismo tiempo, las producciones imagéticas recorren y son generadas por diferentes “vías multifocales”, de lo

que resulta que la “unidimensionalidad imaginaria” parece presentar una mayor complejidad de la esperada (Guigou, 2001:131).

El enfoque principal de esta investigación se estableció en las estrategias que los pacientes creaban para poder estar como condición de «enfermo» frente al «poder médico», donde existe un conflicto de relacionamiento entre ambas culturas o campos definidos, debido a que no todos los pacientes aceptan por igual legitimar el poder que detentan los médicos como únicos agentes autorizados socialmente para ejercer la salud.

En este sentido, algunos de los pacientes, «(...) se resisten e incluso rechazan la “medicalización” de la vida individual y social. En ese plano de los relacionamientos se sitúa a veces la clave de éxitos o fracasos de acciones preventivas y terapéuticas» (Romero, S. 2005: 2).

Estrategias creativas de los pacientes de la Sala 104

Las principales estrategias elaboradas por los hombres allí internados que se evidenciaron en esta investigación fueron las siguientes:

El conocimiento y el discurso

Los pacientes en sus discursos evidenciaban la etapa del proceso de internación por la cual estaban pasando y cuáles eran sus estrategias subjetivas para poder sobrellevarlo, buscando siempre la finalidad última de poder irse del hospital a seguir viviendo su vida de relación en su contexto socio-cultural personal.

Frente a la angustia e incertidumbre que genera todo desconocimiento sobre la enfermedad personal, el internado y sus familiares necesitan de una comprensión subjetiva de ésta para poder desarrollar una tranquilidad emocional e intelectual que le permita generar estrategias futuras sobre su proceso de internación dentro del hospital.

Por lo tanto los internados crean también sus propios conocimientos y saberes subjetivos particulares de una forma cultural determinada que no pueden ser subestimados o desvalorizados por el saber médico, porque en definitiva, ellos

necesitan también que se les explique a su manera particular de entender el tratamiento.

La constante negociación

El enfrentarse a la muerte es una situación compleja y desafiante. En este sentido, muchos de los pacientes terminales tienen que pasar por esta situación delicada, lo cual conlleva el tener que elaborar alguna estrategia para poder procesarla. Una de esas estrategias es la de negar de manera permanente y absoluta la verdad de la situación, buscando siempre alguna excusa de equivocación por parte del diagnóstico médico aferrándose a una última esperanza sobre un tratamiento diferencial.

No contar los días

Muchos de los internados deciden adoptar una actitud de espera para poder hacer frente a su situación clínica. Dejan pasar el tiempo, sin contar los días que han pasado internados y tampoco preguntan cuantos días les quedan para que les den el alta médica.

De esta manera al no saber cuántos días llevan internados ni cuantos les queda, tratan de no ponerse ansiosos y sentirse afectados por dicha situación. Simplemente tratan de pasarla bien, sin resistirse demasiado, buscando que la internación personal sea lo más «placentera» posible.

Los extremos

Tanto el anciano como el joven en general, presentan un alto grado de dependencia con respecto al poder institucional. El primero por tener una dificultad al momento de comprender el diagnóstico y de llevar a cabo el tratamiento con eficiencia; el segundo, por carecer de experiencia al pasar por un proceso de internación y por la propia rebeldía de la edad.

Los ancianos generalmente necesitan de otras personas para poder sobrellevar diariamente la vida de internación. Muchos de los ancianos que fueron entrevistados y otros con los cuales dialogamos, comentaban la ventaja que era el tener cierta experiencia en internación y algunos años arriba, debido

a que esto le permitía bajar ansiedades y tener cierto grado de optimismo para que les dieran de alta.

Por el contrario, los jóvenes se encontraban en una situación de mayor vulnerabilidad al experimentar un proceso de internación, debido a que eran los pacientes que más resistencias y rebeldía manifestaban, por falta de experiencia y pocos años de vida.

Además este tipo de paciente se debe enfrentar a la muerte de los pacientes añosos o terminales, y en muchas instancias no están preparados psicológica ni emocionalmente para ese momento.

De respeto

Estrategias de respeto por parte de algunos de los internados, buscando un grado de confianza frente a la incertidumbre que genera la situación de no saber cuándo les dan de alta. Una estrategia de respeto que asume su grado de subordinación frente a los funcionarios de la institución, pero que al mismo tiempo defiende su categoría de ciudadano o persona de bien que posee fuera del proceso de internación.

Estrategias que son llevadas a cabo por pacientes que no desafían al orden institucional establecido, sino que lo acompañan, lo estimulan, transformándose en pacientes correctos, amables, que ayudan a los demás, pasando a hacer parte fundamental de la sala después de un cierto tiempo de internación.

La compañera

Para muchos pacientes la radio es un elemento fundamental de compañía mientras dure su tiempo de internación. Para la mayoría de las personas la radio se transforma en su «amiga» de todas las horas, estando siempre cuando ellos más la necesitan. De día o de noche, en momentos difíciles o de recreación, ella siempre está para hacerles compañía y ayudarlos a sobrellevar el lento paso del tiempo de la rutina hospitalaria de la sala.

Un mundo distinto

Otra de las estrategias que algunos de los internados elaboran para poder sobrellevar el estar en una sala de un hospital es la televisión. No había demasiadas durante mi trabajo de campo, una o dos como mucho, pero cuando ameritaba la situación, la televisión pasaba a ser un elemento de agrupación social, un disparador de reunión y de intercambio cultural, donde las subjetividades interrelacionaban para construir discursos y comportamientos que se enriquecían recíprocamente.

En este sentido, la televisión era una estrategia por la cual el paciente que la miraba «se iba» del lugar de la sala y se transportaba hacia el mundo del programa que estaba dando.

No solamente el paciente se escapaba mentalmente del lugar, sino que muchas veces la televisión actuaba como una justificación para poder reunirse en torno a ella.

Lecturas

También existe la posibilidad de leer periódicos viejos, de otra fecha, que se encuentran sobre una silla de ruedas que está al fondo de la sala con algunas revistas. Lo importante es leer algo, lo que les permite pasar el tiempo e irse de la realidad por un rato, según me comentaba uno de los pacientes.

Los libros «te sacan» de aquí, te llevan a otro mundo, además de darte conocimiento, y en su caso particular, le permiten tranquilizarse para poder dormir, debido a que en la sala hay muchos ruidos según él que lo perturban.

El ya está

Un momento importante de elaboración de estrategias por parte de los internados es cuando fallece un paciente, lo cual provoca una introspección y reflexión sobre la vida y la persona que «ya no está».

Me comentaron algunos pacientes que esto generalmente sucede durante la madrugada cuando el ambiente en la sala es de tranquilidad y silencio. En ese momento se prenden las luces y comienza una situación en la cual entran los enfermeros con la camilla y los doctores que «revisan» a la persona,

le tapan la cara con la sabana, la colocan en la camilla, se la llevan, quedando un «vacío» difícil de explicar.

El paseo

Para muchos de los pacientes el salir de la sala para hacerse estudios era una manera de ver, sentir y conocer otras realidades que sucedían dentro del hospital.

Cuando los venían a buscar en sillas de ruedas los enfermeros, varios de los pacientes me comentaban que era una manera de pasear por los pasillos del hospital y conocer otras personas y situaciones. «Me voy a pasear (...)» me dijo un internado cuando se lo llevaban; «No me extrañen. Enseguida vuelvo (...)» decía otro internado con un tono de alegría.

Otro tipo de paseo es el poder recorrer los pasillos del hospital y poder estar con otra gente y en otras situaciones distintas a las que se vivencian en la sala de internación. Esta estrategia no solamente les permite hacer ejercicio en las piernas sino que además pueden «distraer» la mente y «salir» del estar pensando constantemente en su situación de enfermedad.

También están los que necesitan fumar y necesitan salir del hospital para poder hacerlo. Para este tipo de paciente el salir a fumar a la vereda del hospital es una salida imposter-gable, debido a que le significa, no solamente satisfacer sus ansias y necesidades orgánicas, sino que además le permite «salir» a la vereda por un rato y estar con otra gente y ver «lo que pasa afuera».

Estoy enfermo

Aceptar que uno está enfermo y que tiene que curarse para poder estar tranquilo la mayor parte del tiempo de internación, es otra de las estrategias elaboradas por los pacientes.

En general, esta estrategia la pueden elaborar los hombres que ya tienen cierta edad y alguna experiencia previa en procesos de internación hospitalaria, dado que se necesita tener cierta paciencia y aceptación personal de su condición de enfermo.

Las amigas

Otras de las estrategias que se pueden observar son las partidas de juegos de cartas que entre varios pacientes, y algunas veces algún familiar, se forman principalmente durante el horario de la tarde.

Durante estos juegos los participantes crean una subregión temporal en la cual se puede observar el compañerismo, las situaciones de alegría y de diversión que generan este tipo de relaciones temporales.

Algunos de los pacientes o familiares que participaban de estas partidas me comentaban que ellos «la pasan muy bien» mientras juegan; que se olvidan de que están dentro de una sala de un hospital, y que la idea es «reírse un rato» y «olvidarse de lo que uno tiene».

Estas estrategias lúdicas pueden surgir de manera espontánea cuando un paciente le pregunta a otro si está dispuesto a jugar «por la revancha», con lo cual se generan campeonatos de truco y conga que pueden durar todo el tiempo del proceso de internación de los pacientes.

Es importante destacar que estas partidas de cartas generalmente se dan por la tarde cuando en el contexto de la sala no está la presencia médica, y que su desarrollo se expande por todas las demás regiones de la sala, modificando todo el contexto de la región principal y las secundarias, creando un ambiente distendido y de recreación que involucra a todas las personas que en ese momento estamos presentes.

No pregunto

Muchas veces los pacientes no saben cuál es el tratamiento que se decidió por parte del personal médico. Esto no significa que el médico a cargo no le haya explicado cual iba a ser, sino que simplemente el paciente no comprendió la explicación médica y luego tuvo miedo de preguntar, para no pensar en su enfermedad.

Estrategias creativas de los familiares de la Sala 104

Esta categoría institucional está constituida por aquella persona (familiares directos, amigos o vecinos del barrio, mujer u

hombre) que va a visitar o acompañar a un paciente de cualquier sala de internación, que por diferentes motivos, decide concurrir a la institución a visitarlo, con lo cual se transforma en «un familiar».

De esta manera el proceso de institucionalización introduce dentro de esta categoría a todos los familiares o amigos que llegan para acompañar al paciente internado.

Esta categoría está conformada por una diversidad de personas con relación a sus edades, relación con el internado, actividades que realizan, etc.

Personas de todas las edades, desde jóvenes hasta adultos mayores, hermanos, sobrinos, padres, cónyuges, cuñados o vecinos, estudiantes, trabajadores o jubilados.

Es importante destacar que a pesar de esta gran diversidad en su composición, esta categoría se constituye frecuentemente por mujeres adultas cónyuges de los pacientes hombres internados.

Los familiares pueden estar todo el tiempo que quieran en la región principal de la sala de internación, pero deben de cumplir unas series de normas preestablecidas para poder hacerlo. Al entrar al hospital se les exige la cedula de identidad y el nombre del paciente al cual van a ver, con lo cual se le retiene la cédula y se les da un carnet de «visitante» para que quede identificado y así poder estar dentro de la institución.

Lo que identifica a dicha categoría es el uso obligatorio de una «tarjeta amarilla», previa exigencia de dejar el documento de identidad y de decir a quien va a visitar, por parte del familiar una vez que ingresa al hospital.

Una vez que ingresan pueden estar adentro de la sala con el paciente a excepción del horario de visita médica (entre las 9:00 hrs. y las 12:00 hrs.), que es cuando los médicos están «pasando visita» y no puede haber nadie dentro de la sala durante ese horario a excepción de ellos y el personal de enfermería.

En este momento de visita médica a la sala, los familiares se quedan dialogando entre ellos en el pasillo o corredor que da a la puerta de ingreso de la sala, mirando con atención lo que hacen con sus familiares internados, intentando de «controlar» que los traten bien y de que los respeten.

Mientras esperan afuera es cuando mayor es la interacción entre ellos, cuando se da el mayor intercambio de información por medio de una serie de diálogos fluidos, con lo cual se origina una red de relacionamiento entre los familiares que después se traslada a la sala de internación.

Es importante destacar el papel que juegan los familiares con respecto a la contención emocional y sentimental que le dan al paciente internado, con lo cual se genera una situación de «sostén emocional» muy favorable para el mejoramiento de la salud del paciente. Dichos por los propios médicos, aquellos pacientes que no reciben visitas muestran una actitud y un comportamiento totalmente diferente con respecto a los que sí las reciben. Los primeros son internados que muestran una actitud de relación mucho más depresiva, de cansancio y desinterés para hacer frente al proceso de sanación con respecto a los que sí están acompañados durante todo el proceso de internación.

De esta manera la sala 104 del hospital Pasteur se transforma en una región de contención y creación de estrategias personales y colectivas, donde las subjetividades que allí se relacionan, se construyen y fortalecen, frente a la rutina diaria administrada formalmente de la institución que intenta objetivarlas y medicalizarlas.

Por último, es necesario reinterpretar los procesos de transformación de las subjetividades individuales dentro del campo de la salud actual. Es decir, los conceptos, las prioridades, las prácticas, los criterios, las costumbres, las formas de pensar y de hacer, sus sentidos y significados personales.

Cómo se construyen, se transforman, se modifican, se resisten y se crean durante las relaciones intersubjetivas que se establecen en el contexto de una sala de internación de un hospital público.

Una sala de internación donde se tome en cuenta al otro al igual que uno se valora a sí mismo, potenciando las diversas singularidades humanas que en ese lugar se expresan, para poder contribuir en el camino de la construcción de una atención humanitaria y efectiva.



Fecha de fundación del Hospital Pasteur como tal: 1922. Funcionaba en el edificio del primer Colegio Oriental de la Unión de 1848. El Hospital Pasteur se ubica en el barrio de la Unión, en la zona este de Montevideo.

Referencias bibliográficas

- Álvarez Pedrosian, E. (2009) Los estrategas del Maciel. Etnografía de un hospital público. CSIC, Udelar. Montevideo
- García Ferrando, M.; Ibáñez, J.; Alvira, F. (1986). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Alianza. Madrid
- Ghasarian, C., et al. (2008). *De La Etnografía a La Antropología Reflexiva. Nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Buenos Aires: Ediciones Del Sol. <http://es.scribd.com/doc/94989234/De-La-Etnografia-a-La-Antropologia-Reflexiva-de-Ghasarian>
- Geertz, C. (1997). *La interpretación de las culturas*. Gedisa. Barcelona.

- Guigou, N. (2001). El ojo, la mirada: representación e imagen en las trazas de la Antropología Visual. En Romero (Ed. y Comp.) *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, 2001, Dpto. De Antropología Social. Montevideo. Nordan–Comunidad. Montevideo.
- Romero, S. (2005). La diversidad en el campo de la salud En Romero (Ed. y Comp.) *Anuario de Antropología Social Cultural en Uruguay*, 2004-2005, Dpto. De Antropología Social. Nordan–Comunidad. Montevideo.
- Velazco Díaz, H. (1997). *La lógica de la investigación etnográfica*. Trotta. Valladolid.

TRABAJO DE ANÁLISIS

Vinculación entre la semiótica Cognitiva y el Trasplante de órganos

Samuel Rodríguez

Para iniciar esta vinculación debemos acercarnos a conceptualizar esta compleja técnica sanitaria. Entenderíamos que el trasplante de órganos es un acto terapéutico donde se logra integrar a un cuerpo vivo (receptor), ciertos órganos y tejidos cuyo origen están en otro cuerpo (donante). Norrie, Mc. (1985), lo define como «El procedimiento médico mediante el cual, se extraen tejidos de un cuerpo humano y se reimplantan en otro, con el propósito de que el tejido trasplantado, realice en su nueva localización la misma función que realizaba previamente».

Esta definición al ser muy práctica no describe el procedimiento ni a todo lo que genera. Pero me permite visualizarlo como un hecho social total (en términos de M. Mauss), porque es en la sociedad donde están los órganos y los sujetos beneficiarios, en una circularidad altamente regulada. Dada su complejidad bio-técnica, el trasplante de órganos construye conocimiento en el que están involucradas las ciencias naturales y humanas. Ese conocimiento se derrama en la sociedad a través de los discursos biopolíticos con acento específico en la salud pública. Para que la sociedad absorba esta información suministrada se requiere que sea bien captado el mensaje enviado «Donar órganos es salvar vidas». Los sujetos involucrados deben actuar como intérpretes, haciendo lectura interpretativa del fenómeno, como un cuerpo social-donante imprescindible, y también reconocer que existe un cuerpo social- receptor destinatario.

Para estudiar bien este fenómeno lo podríamos abordar desde distintas disciplinas, por ejemplo, observaciones desde la antropología sobre la resocialización de los tejidos, como así también en la construcción de sujetos sociales con determinadas distinciones, donante y receptor.

El caso de este trabajo es usar conceptos de la semiótica cognitiva con el propósito de vincularla con el trasplante de órganos. Las preguntas que me surgen son: ¿si algunos de los rasgos de la trasplantología podrían ser explicados desde ese lugar?, ¿el órgano puede ser descripto como un objeto que contiene un signo?, ¿el trasplantado puede comportarse como un interpretante?

Este trabajo surgió en el marco del Seminario Cultura, Evolución y lenguaje: un abordaje en semiótica cognitiva, dictado por Joao Queiroz profesor invitado por el programa de Posgrados de la FHCE, Udelar, 2014 (Joao Queiroz, Universidad Juiz de Fora, Brasil).

Explicar el trasplante de órganos y específicamente cómo los trasplantados hacen usos de la interpretación de su propio cuerpo, imagen de sí, intentando convivir con un órgano que es ajeno, que perteneció a otro cuerpo, requiere de un proceso.

Charles Peirce (1839-1914) ha sido el precursor de los estudios sobre la mente, desarrollando una metodología para poder comprender cómo se desarrollan los procesos cognitivos. Un sistema lógico sobre la relación entre los objetos y la mente. Para este autor la mente es la semiosis (signo- acción), (Queiroz, 2013), es materia que se encuentra incorporada en cada ser vivo y tiene la cualidad intrínseca de articularse con el entorno, más allá de las capacidades individuales de cada ser vivo. Creando un proceso de acople de interpretación/integración que hace posible el relacionamiento. Esta posibilidad de la mente de vincularse con el medio, es lo que configura un proceso dialógico y por esencia comunicacional, entre la mente entendida como material contenido en el sí mismo (self) y el artefacto (objeto, que en este caso sería el órgano del donante), material contenido en el entorno.

Según Queiroz (2013)

La semiótica peirciana es una teoría donde la unidad fundamental del interés cognitivo está en relación

con el espacio que integra, siendo el medio ambiente entendido como artefactos semióticos. La mente está rodeada de artefactos que junto con las habilidades cognitivas conforman un proceso.

Peirce (1903), se enfoca en los procesos semióticos intentando describir los hechos cognitivos desde una posible estructuración formal. Para Queiroz (2013), ese marco proporciona un modelo pragmático de la semiosis. Este autor se apoya en los principios peirceanos y considera, que ese proceso cognitivo se funda en un complejo relacional, constituido por tres términos irreductibles y necesarios para la propia lógica operante, Signo-Objeto-Interprete.

Ese proceso es condicionado por la irreductibilidad, es decir no se puede subdividir en unidades menores en relación a su estatus representacional. Produce que el signo no pueda ser considerado sin la asociación con el objeto y con el intérprete, en todo momento debe haber un interpretante para que ese signo irrumpa como agente significante, por lo tanto es un proceso continuo imposible de ser dividido en unidades más simples o elementales.

Peirce, definió al signo como un mediador en la comunicación, entre la forma o el hábito contenido en el objeto y el interpretante. Este mismo signo representa la cualidad del objeto y limita al intérprete, es decir que el interpretante, en su esfuerzo de comunicarse con el objeto mediante el signo, se encontrará restringido a la superficie del objeto, a su línea. Ese objeto estará enmarcado por el signo.

Según Queiroz (2013)

El objeto de la transmisión del signo es un hábito, (la regularidad, el estado de acción, o un patrón de restricciones), configurado como un factor restrictivo de la conducta interpretativa- lógica; sería un hecho de respuesta. El hábito incrustado en el objeto semiótico permite interpretar la señal de una clase de entidad o fenómeno.

El interpretante es una figura que significa y el significado es el cambio en permanente mutación simbólica, siempre restringido o limitado al hábito, la variabilidad de patrones

comportamentales estarán abstraídos a ese hábito o forma que se encuentra en el objeto y que es manifestado o expresado mediante el signo.

Lo que hemos visto hasta aquí, aunque sea muy resumido dada la complejidad teórica de la semiótica, nos ayuda a ubicar la forma de abordar al trasplantado de un órgano, en la construcción de su nueva existencia relacional. En un trabajo académico sobre trasplantados renales, se encontró que los receptores construyen una representación de sí mismo y del órgano implantado, destacando que la apropiación o involucramiento de ese órgano con entidad vital entre receptor y órgano trasplantado, requiere de un proceso de pre-objetivación y auto-objetivación por parte del trasplantado, como construcción de la nueva identidad (Rodríguez, S., 2014).

El trasplantado al contener en su cuerpo un órgano de otro sujeto, padece la extrañeza de su cuerpo, ese órgano emite señales en términos semiótico-cognitivos. Estas evocaciones, (signo-órgano fuente), son elaboraciones que el sujeto genera para adaptarse al órgano- ajeno. Este mismo órgano que es ajeno, está rodeado por una superficie de significaciones, porque perteneció a otro sujeto, que decidió donar su cuerpo para que otra persona pudiera salvar su vida. Si es un órgano que se obtiene mediante el fallecimiento de un sujeto, abre interrogantes importantes para el receptor, generándose una serie de preguntas que tienen que ver con la identidad del donante.

Si el órgano es obtenido mediante trasplante inter-vivo, el receptor conoce al donante, produciéndose otro tipo de manifestaciones simbólicas que son traducidas e interpretadas, (Rodríguez, 2014).

Se reconoce que las ciencias biomédicas se referencian a las funciones que ese órgano injertado debe de cumplir en el cuerpo del receptor. Pero por otro lado tenemos lo que ese órgano evoca en el trasplantado.

El órgano implantado «habita» en el cuerpo del receptor, es un signo complejo, funcionando en un sistema orgánico extraño. El sujeto trasplantado recibe de éste sus funciones vitales, formando así un sistema simbiótico de relación entre uno y otro.

Si consideramos al órgano como un objeto o artefacto que es necesario para la vida del trasplantado, el medio o entorno de este órgano implantado será el cuerpo del receptor en mutua relación. De este modo ese órgano- artefacto es una herramienta operativa no solo para la biomedicina, sino también lo será para el modelo semiótico de Peirce, porque en la relación entre el órgano y el receptor, se establecerán los tres términos irreductibles, mencionados anteriormente, el signo, el objeto y el intérprete.

La relación del receptor con el órgano implantado es una relación triádica según la metodología peirceana. Es determinada por las siguientes categorías: primeridad, la secundidad y la terceridad, organizadas de forma jerárquica, (Queiroz, 2012).

La primeridad expondría, lo que es tal como es, sin referencia a ninguna otra cosa, en esta posición del esquema cognitivo, correspondería al objeto mismo. El órgano en sí mismo, visto desde la biomedicina sin agregados representacionales. La secundidad o alteridad, es lo que es tal como es pero en relación con otra cosa, sin relación con una tercera entidad. Esta clase es una relación dialógica, para Queiroz (2012), es la categoría de la reacción, la oposición, la diferenciación. Consiste en una cosa que actúa sobre otra.

En la secundidad, el órgano- objeto se mantiene tal cual es como lo muestra la primeridad y la relación con otra cosa, queda establecida cuando el órgano-objeto es absorbido por el sistema trasplantológico, es decir continua siendo órgano pero procesado por la biotecnología y la biopolítica. Sin mantener aun relación con la tercera entidad. Es una alteridad por fuera del cuerpo original.

La terceridad, es quien confirma la relación triádica, es la categoría de la mediación, el hábito y la cognición, (Queiroz, 2012).

Esa terceridad estaría designada por el interpretante-receptor como entidad que reúne en sí la contigüidad del proceso cognitivo. El receptor de ese órgano- objeto injertado es el interpretante, es el agente operacional que vincula la primeridad con la secundidad.

Este sujeto trasplantado dentro del proceso trasplantológico es una etapa del complejo proceso semiótico. Es el que media creando un nuevo hábito. Este sujeto tiene que relacionarse con un órgano de otro cuerpo y para ello ingresa en un proceso continuo de cognición, representando y significando esa relación triádica.

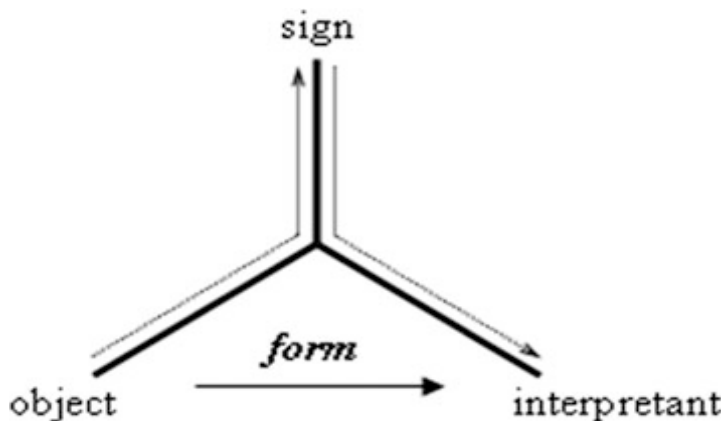


Figura 1. «Semiosis as a relation between three irreducibly connected terms (sign-object-interpretant, S-O-I). This triadic relationship communicates a form from the object to the interpretant through the sign (symbolized by the horizontal arrow). The other two arrows indicate that the form is conveyed from the object to the interpretant through a determination of the sign by the object, and a determination of the interpretant by the sign», (en Pedro Atã and Joao Queiroz, *Icon and Abduction: Situatedness in Peircean Cognitive Semiotics*, p. 3).

Observando la figura 1 sobre el comportamiento triádico, podemos ejemplificar gráficamente cómo el sujeto trasplantado de un órgano crea un proceso de conocimiento con ese órgano-objeto, extraño a su corporalidad. Estos sujetos conocen qué es un órgano en sentido biológico y saben de la importancia para sus vidas, aunque existan algunos casos de trasplantados que tienen conductas negativas, es decir no cumplen con los tratamientos pos-trasplante y terminan perjudicándose. De todos modos el trasplantado sin importar cuál sea su tendencia, debe realizar un pasaje desde el sin sentido al sentido, por ello deben incluirlo a su esquema corporal, generando nuevas formas de comunicación. Si nos enfocamos en el trasplantado

como sujeto interpretante, el objeto-órgano comunica una señal-forma al intérprete desde el signo.

Para un trasplantado, el hecho de recibir un órgano significa, que éste no es un órgano visto desde la primeridad. Ese órgano es considerado con un alto valor simbólico, es una salvación para muchos de ellos dada las condiciones vitales del riesgo. El trasplantado tiene que convivir con este nuevo objeto alojado en el interior de su corporalidad. Identificarse con ese órgano-objeto, que posee una biografía propia, exige una transformación de complementariedad, el trasplantado-interpretante intentará comprender este nuevo evento y su modo será complejizarlo con significaciones.

La siguiente cita es de un trasplante renal inter-vivo¹.

A mí me lo donó mi esposo, yo no fui a diálisis porque mi nivel de toxicidad aún no sobrepasa el límite, pero estaba muy cerca, por ello no fui en ese momento a diálisis. Podía seguir sin el tratamiento. Estuve casi un año esperando que los trámites para las dos intervenciones se resolvieran. (...). La relación con mi esposo mejoró con el trasplante, por ejemplo, yo pienso que hay que traer ciertos comestibles del supermercado y él aparece con los productos, también sucede si yo me pregunto dónde está Coquito (hijo), él como que aparece y me dice que está en tal lugar (Mariela).

Vos me decís, que hay una forma de comunicación de pensamiento a partir del trasplante, como que una parte del cuerpo de tu esposo integra el tuyo, y generó ese tipo de contacto (S).

Sí, eso mismo, ¡es algo nuestro! Antes del trasplante no sucedía algo así, nosotros creemos que es por el riñón (Mariela) (Rodríguez, Samuel: 2014).

Esta cita es de un sujeto trasplantado por segunda vez².

(...) Desde el primer trasplante me dije “tengo que cuidar a mi hijo”. Si alguien partió, hay que valorar esa

1 Citas de entrevistas a trasplantados renales. Rodríguez, Samuel; «Prácticas y representaciones simbólicas de los trasplantados renales», FHCE, Universidad de la República, 2014, Montevideo.

2 Ídem.

partida, para mantenerlo bien, para que dure, en el primer trasplante me hiper-cuidé (Lucía).

El otro como que se durmió quedó ahí y nunca hizo infección, nunca se molestó, está cómodo. Este otro está latente, está vivo, no tiene que contagiarse y ponerse a dormir. Es una vida que vos tenés y debés estar agradecida, yo no sé si es hombre o mujer (...) (Rodríguez, Samuel: 2014).

Existe una variedad de interpretaciones en cada trasplantado, dada su forma particular de interpretar y cada uno de estos sujetos le adjudicará un sentido, siempre limitados a lo que ese órgano ajeno evoca. Debemos considerar la relación triádica de Peirce como generadora de hábitos, mediaciones y comunicaciones. El trasplantado actúa como interpretante, el órgano es el objeto y artefacto semiótico.

Los cambios que el trasplantado experimenta se expresan en las modificaciones de los hábitos anteriores al trasplante, al mejorar la calidad de vida, estos sujetos recuperan ciertas formas de autonomía que habían quedado reducidas por efectos de la enfermedad.

El órgano implantado adquiere personificación, no relacionada a la identidad del donante, sino que el trasplantado realizará una transfiguración, hablará de él, le pondrán nombre como *Juanito*, en algunos casos ese órgano será tratado como un *bebe* que hay que cuidar. El receptor practicará conversaciones simbólicas con el órgano, le preguntará ¿cómo estas hoy? Estos sujetos saben que el órgano no pertenece a su naturaleza, sin embargo todas esas simbolizaciones son efectos que median con la apropiación. En casos de no apropiación se establecen funciones triádicas pero con una tendencia al rechazo (ver Rodríguez, S., 2014).

Propongo utilizar la semiótica pragmática (por sus herramientas) que me permiten completar el conocimiento referido al proceso cognitivo del fenómeno trasplantológico, desde un lugar que sitúa al trasplantado en un eje triádico. El órgano tanto como objeto tiene una función vital y en tanto signo es una imagen que se incorpora al esquema corporal del receptor.

Queda por analizar la tipología de Peirce referida a los diferentes tipos de signos (icono-índice-símbolo), que puedan

generarse en la superficie del órgano- objeto- artefacto semiótico y su potente influencia en el interpretante.

El presente abordaje es muy incipiente dada la complejidad teórica de la semítica cognitiva y su posible aplicación a la trasplantología, pero me muestra un camino para profundizar y completar la mirada antropológica.

Referencias bibliográficas

- At, P. y Queiroz, J. (in press) (2013). Icon and abduction: situatedness in Peircean cognitive semiotics. *Studies in Applied Philosophy, Epistemology and Rational Ethics*.
- Mauss, M. (1979). *Sociología y Antropología*. Madrid: Ed. Tecnos.
- Norrie, K.M. «Human tissue transplants: legal liability in different jurisdictions». Cambridge University Press, 17 January 2008. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16100803/>
- International and comparative Law Quarterly 1985; n.º 34 (3), pp. 442-53. http://journals.cambridge.org/abstract_S0020589300043347.
- Queiroz, J. (2004). Semiose Segundo C.S. Peirce, *Educ; Fapesp*, San Pablo.
- Queiroz, J. (2012). Dicent symbols in non-human semiotic processes. *Biosemiotics* v. 5, pp. 1-11. Editor, Barbieri, Marcello, Ed. Springer.
- Rodríguez, S. (2014). «Prácticas y representaciones simbólicas de los trasplantados renales», FHCE, Universidad de la República, Montevideo.

CONTINUIDAD EN LA TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTO ANCESTRAL: USO DE PLANTAS COMO MEDICINAS EN URUGUAY

Gregorio Tabakian

Etnomedicina: *medicina tradicional* *popular* y la etnobotánica

El contenido de este texto se basa en parte de la tesis doctoral en Antropología que defendí con el título «Etnomedicina y etnobotánica en Bella Unión: prácticas y saberes en la triple frontera (Argentina, Brasil y Uruguay)». Asimismo algunos datos fueron obtenidos durante la investigación etnográfica «Etnobotánica de plantas medicinales en el departamento de Artigas, Uruguay», financiada por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), Fondo Clemente Estable: FCE_3_2016, (Ver resultados en Tabakian, G. 2024, revista Bonplandia).

La investigación de referencia para esta presentación rescata saberes transmitidos relacionados a prácticas de la *medicina popular*, especialmente a las plantas medicinales en el extremo norte del territorio uruguayo. La investigación de campo se llevó a cabo entre los años 2017 y 2018.

Para una mejor comprensión del abordaje debo colocar definiciones de algunos conceptos claves de la investigación. La etnomedicina comprende la medicina tradicional o popular de un determinado grupo cultural en un cierto momento y lugar, como un conjunto de técnicas y saberes transmitidos a lo largo de la historia. Refiere al estudio de la práctica médica tradicional que se ocupa de la interpretación cultural de la

salud, enfermedades y dolencias, aborda también el proceso de búsqueda de atención médica y las prácticas de curación (Williams, 2006). De esta manera, la práctica de la etnomedicina es un complejo sistema que comprende el uso de plantas, la espiritualidad y la naturaleza, siendo la fuente de curación entre pueblos y personas durante milenios.

En la actualidad podemos encontrar una gran diversidad de medicinas en una determinada cultura. Por lo general, para este conjunto de saberes y prácticas etnomedicinales, comúnmente se utiliza la expresión medicina complementaria. De hecho, la publicación: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional, fusiona los conceptos de medicina tradicional y complementarias (MTC). Sin embargo, como planteaba Mary Douglas (1998), estas medicinas responden a una medicina alternativa, ya que son formas de curación diferente.

La *medicina tradicional popular*, se trata de una alternativa en todo el sentido contracultural de la expresión, que opone lo «espiritual» a lo «material» (Douglas, 1998: 40). A lo largo de estos años, trabajando en el tema de plantas medicinales he visto que lo espiritual ha atravesado constantemente estas prácticas. Desde el vínculo que se crea con el terapeuta o curandero, hasta la palabra y el efecto de gestos y rituales conocido como la eficacia simbólica (Lévi-Strauss, 2011) que promueve quien oficia en la sanación con recursos de orden natural o simbólico.

En Uruguay, podemos identificar la etnomedicina como *medicina popular*. Podríamos hablar tanto de *medicina popular* como *tradicional*, ya que hay prácticas medicinales que se remontan a más de trescientos años, como es precisamente el uso de ciertas plantas medicinales (Tabakian, 2022). Si bien nuestra sociedad se ha conformado en base a diversas culturas, sin una tradición en particular, podemos destacar que tenemos una larga tradición en cuanto al uso de plantas medicinales en el territorio. Por tanto, estas *medicinas populares*, podrían ser reconocidas como «*medicinas tradicionales*».

Dicha *medicina tradicional popular* se originó en el medio rural. A lo largo de la historia, diferentes cronistas, naturalistas y médicos rescataron saberes de esta *medicina popular* en

el medio rural (Larrañaga, 2015¹ [1814]; Sobron, 1874; Garlosena, 1895, Pereda Valdés, 1943; Bouton, 2014 [1958]², entre otros botanistas extranjeros, como Auguste de Saint Hilaire, francés, que entre 1816 y 1822 recorrió el sur de Brasil y atravesó lo que es hoy Uruguay recogiendo especies de plantas, animales, minerales)³.

Los tratamientos con plantas medicinales, práctica conocida con la designación más académica como fitoterapia⁴, es la forma más popular de medicina tradicional, prevaleciendo a lo largo del tiempo gracias a la transmisión oral. Su amplio uso se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad, siendo muchas veces la única fuente para la atención de pacientes con menores recursos o de lugares alejados de las instituciones de salud.

La medicina tradicional frecuentemente es subestimada por los servicios oficiales de salud (OMS, 2014-2023), desestimando la importancia cultural que tienen estas otras medicinas.

Muchos de estos preparados que hago sustituirían a la quimioterapia. Si se pudiera fomentar todo esto, no habría tanta droga para inyectar a las personas. De eso tengo certeza porque yo no fui más al hospital después de esto (...) es dura la manera que te judean en la medicina, por las drogas que usan (Mónica, herbolaria).

En la actualidad, muchas personas buscan diferentes alternativas a la hora de tratar su salud. Buscan terapias alternativas a la biomedicina, como la fitoterapia u otras *medicinas*. Estas

1 Dámaso Antonio Larrañaga, naturalista y botánico, describe la flora y fauna del Uruguay a principios del siglo XIX.

2 La obra del doctor Roberto Bouton, recoge datos de la *medicina rural* en los primeros treinta años del siglo XX y se remonta retrospectivamente hasta mediados del siglo XIX en la memoria de los paisanos y hasta las postrimerías del siglo XVIII en los documentos consultados por el autor.

3 Mención aparte merecería Aimée Bonpland también botanista francés que se radicó en 1816 en Corrientes, pero si bien mantuvo vínculos y correspondencia con D. A. Larrañaga, no realizó trabajos en el territorio nacional.

4 La fitoterapia se define como la ciencias que estudia el uso de productos vegetales con finalidad terapéutica.

otras *medicinas*, como expresaba M. Douglas (1998), invocan una sensibilidad más delicada en favor del cuerpo.

Asimismo, estos conocimientos que vienen de diferentes tradiciones medicinales son fruto de la experiencia. Proviene de la tradición cultural, pero como plantea Gadamer (2011), estos conocimientos, a través de la experiencia práctica y la tradición, deberían ser sometidos a examen por la ciencia, y podrían ingresar a su campo de investigación. Sería un tipo de saber que la ciencia no puede ignorar.

Deberían prepararse los médicos, tenerlo como un complemento, en Facultad de Medicina tendría que tener un complemento ¡obligatorio! que pasaran por esa fase de estudio, de experimento de la medicina natural. Principalmente, la fitoterapia, que es la que más diversidad tiene (Mariela, herbolaria).

En Uruguay, el Programa de Antropología y Salud⁵, de FHCE, dirigido durante muchos años por la Dra. Sonia Romero, promueve y desarrolla diferentes actividades impulsando la especialización en estudios antropológicos en el campo de la salud. El Programa parte de la premisa que tanto la salud como su atención son productos culturales que se ordenan en Instituciones, en conocimientos científicos, en saberes populares, en prácticas y discursos de actores sociales muy concretos, insertos en realidades específicas. En este marco, sus integrantes hemos venido desarrollando diferentes investigaciones y estudiando diversos temas vinculados a la mirada antropológica sobre el campo de la salud. Como resultado, el Programa de Antropología y Salud ha publicado una serie de libros con diferentes investigaciones de sus integrantes (Programa Antropología y Salud, 2014, 2017), así como artículos científicos en revistas arbitradas (entre otros Romero et al., 2020; Tabakian, 2024).

Por otra parte, esta investigación basada en las plantas medicinales, comprendidas dentro de la *medicina tradicional popular*, se vincula con la etnobotánica. La etnobotánica constituye un campo científico que estudia la interrelación que se

⁵ Programa de Antropología y Salud: <https://www.antropologiaysalud-uy.org/>

establece entre los grupos humanos y su entorno vegetal a través del tiempo.

En Uruguay, la etnobotánica es incipiente, comenzando a principios del siglo XXI su desarrollo como disciplina desde la antropología. En estos pocos años, diferentes trabajos han sido publicados en revistas nacionales: Trama (dossier de etnobotánica), el Anuario de Antropología Social y Cultural y la Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía, así como en revistas internacionales.

Recorrido etnohistórico y trabajo de campo

Esta etnografía utiliza la observación y la entrevista. La observación y el registro, permiten comprender expresiones no verbales, cómo los actores se comunican entre ellos, así como conocer situaciones descritas en otras oportunidades por los entrevistados. Esta técnica contribuye a la comprensión del contexto social. En la observación participante, es importante la curiosidad y las ganas de aprender de otras personas; es importante acompañar a los actores sociales, en este caso, a las salidas al monte, a recolectar especies e identificar plantas. Acompañar a la herbolaria/o en un día de feria. Ayudar en la huerta a un poblador rural. Asistir a rituales locales de colecta de alguna planta, así como participar de una curación junto a un curandero.

Las entrevistas realizadas fueron semiestructuradas, determinando de antemano algunas cuestiones que quería conocer y saber. Otras preguntas surgen a raíz de las respuestas recibidas durante el transcurso de la entrevista. Algunas respuestas pueden ser disparadores hacia otras cuestiones, dan origen a nuevos conocimientos.

Mediante estas técnicas de observación participante y la entrevista, desde la antropología, se puede dar cuenta de un determinado tiempo histórico, de un territorio y su gente.

La investigación también se fundamentó en el relevamiento etnohistórico, buscando dar continuidad a la labor de cronistas, naturalistas y médicos rurales que recorrieron diferentes partes del Uruguay y la región, narrando pautas

culturales relacionadas a la *medicina popular*, en especial a la descripción de plantas medicinales.

La etnohistoria es una disciplina integrada principalmente por la antropología y la historia. Surge con el fin de estudiar las sociedades colonizadas que no cuentan con registros escritos, recurriendo a la oralidad para recomponer las tradiciones de grupos étnicos que han sido dominados por otros grupos. Lorandi y del Río (1992, 11), definen la etnohistoria como una disciplina que se ocupa del otro social, desde la perspectiva de la etnicidad y considerando sus transformaciones a través del tiempo.

Además de constatar información histórica con datos antropológicos, la etnohistoria recurre al folklore, la arqueología, el arte y otras manifestaciones culturales. Resignifica relatos históricos analizando crónicas y otros tipos de fuentes, buscando no sólo la intertextualidad sino los significados ocultos que permiten avanzar en explicaciones más allá de lo real (Lorandi y del Río, 1992).

El trabajo etnohistórico en nuestro país resulta complejo debido al exterminio de diferentes grupos indígenas que habitaron el territorio, sumado a que no contamos con fuentes autóctonas para poder ordenar esa parte de la historia. Es una historia sesgada, basada en crónicas de la época y archivos de la administración española (Cavellini, 1987). Sin embargo, a través de relatos familiares aún pueden rescatarse parte de tradiciones populares ancestrales, sobre todo las de sanación.

El aporte etnohistórico resulta de vital importancia, considerando las transformaciones que ha sufrido a través de la historia esta práctica popular vinculada a la salud. Partiendo de crónicas y documentos sobre indios misioneros, analicé en la diacronía, el proceso que llevó a la conformación de una *medicina popular* en la región, teniendo en cuenta estos otros elementos de tipo cultural. Asimismo, este trabajo busca dar continuidad a descripciones de cronistas, naturalistas y médicos rurales que recorrieron diferentes partes del territorio de la Cuenca del Plata describiendo una gran diversidad de pautas culturales sobre el uso de plantas medicinales y sobre la *medicina rural* (Berro, 1915, Bouton, 2014 [1958]; De Azara,

1941 [1809]⁶; Garlosena, 1895; Larrañaga, 1923 y 2015 [1814]; Montenegro, 2009 [1710]⁷; Pereda Valdés, 1943; Sobron, 1874; entre otros, así como médicos o enfermeros jesuitas que estuvieron en la región, durante los siglos XVII y XVIII).

Durante el trabajo de campo se documentó mediante filmaciones a los actores sociales entrevistados, con la finalidad de producir documentales audiovisuales de la investigación⁸.

Construcción de una *medicina popular* en Uruguay

Cuando vinieron esos grupos conquistadores, españoles, fueron épocas de catástrofes, de guerra. Muchos conocimientos que habían de nuestra zona, de nuestra cultura antigua, eso se murió, y pocos quedaron con esos conocimientos. Es información que sacaron de nuestros aborígenes. Dicen que unos robaban oro y otros robaban información (...). Se llevaban un conocimiento de miles de años de historia (Joel, poblador rural).

Durante el descubrimiento y la conquista, las expediciones cuentan con cronistas oficiales, cuya misión es la de recabar información para la Corona. Sin embargo, las referencias sobre los indígenas resultan escasas y no cubren las diferentes manifestaciones culturales de los grupos reconocidos.

Cronistas y naturalistas de la época, así como historiadores, arqueólogos y antropólogos contemporáneos, coinciden en la gran diversidad de grupos indígenas que habitaron y recorrieron el territorio: Charrúas, Guenoas, Minuanes, Guaraníes, Chanaes, Bohanes y Yaros (De Azara, 1941; Barrios Pintos, 2008; Cabrera Pérez y Curbelo, 1988 y Pi Hugarte, 2014, entre tantos otros autores).

6 El naturalista Félix De Azara, entre fines del siglo XVII y principio del XVIII, recorre parte de la Cuenca del Plata describiendo su flora y fauna.

7 Esta edición del hermano Montenegro, recoge datos botánicos de principio de siglo XVII en América.

8 Documental: Etnomedicina y etnobotánica en Bella Unión, Artigas. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=e6QTq9sXcLs&t=12s>

Durante los siglos XVII y XVIII, en el territorio llamado posteriormente Uruguay, diferentes grupos indígenas transitan y recorren libremente la zona. Estos indígenas son empujados de a poco hacia el norte por los españoles, a la zona que conocemos hoy como el departamento de Artigas.

Asimismo, como consecuencia de los diferentes tratados entre Portugal y España, que implicaban el intercambio de tierras en la región, los indios misioneros⁹ que las habitaban debieron trasladarse a nuevos territorios. Esto trajo consecuencias materiales, demográficas, culturales y espirituales muy importantes para los indígenas misioneros (Barrios Pintos, 2008; González & Rodríguez, 2010; Pi Hugarte, 2014).

Con la expulsión de los jesuitas, en 1767, las Misiones Guaraníes entran en decadencia. Este suceso puso fin al crecimiento y desarrollo de la botica jesuita en la región. Asimismo, se produce como resultado, el último movimiento migratorio masivo de indígenas guaraníes que se trasladan con Fructuoso Rivera hacia el territorio uruguayo.

El éxodo de esa gente, cuentan que el bramar del ganado, el temblor de la tierra por las carretas, que tenían unas ruedas como de tres metros de altura, unas ruedas impresionantes para cruzar los ríos, los arroyos y bañados. Dicen que vibraba la tierra por esa cantidad de gente moviéndose ¿Vos te imaginas? Ocho mil almas, más todos los militares que venían con ellos, más los cuarenta mil animales. Dicen que fue más grande que el éxodo de Artigas. (Julio César Cardozo, Museo Indígena, BU).

Posteriormente, diferentes corrientes migratorias de europeos se establecieron en el territorio oriental, de esta manera, la zona se fue poblando y conformado con elementos de varias culturas: indígena, guaraní, española y portuguesa, con una impronta religiosa franciscana y jesuita. Los indígenas que

9 Por lo general, se utiliza la denominación de guaraníes misioneros para referir a la mayoría de los indígenas cristianizados. Esta denominación genérica, podría incluir indígenas de otras parcialidades que hubieran buscado protección y resguardo en las reducciones y se hayan insertado en las mismas.

quedaban en la región se mezclaron entre la población, fundiéndose definitivamente en la sociedad criolla que había ido poblando los campos. Las mujeres forman familias con hombres de la Banda Oriental. Al casarse, las esposas pasaban de ser indias a españolas o de cualquier otro lugar, asumiendo los apellidos europeos, dejando así de ser indias. Sus hijos pasaron a ser criollos, al ser hijos de blancos europeos. De esta manera, lentamente se fue opacando todo rastro de origen indígena.

También debe considerarse el aporte poblacional de origen africano y de brasileros que se establecen en el norte del país. De esta manera, la población en el territorio se fue configurando con el aporte de diferentes grupos culturales. Esta hibridación cultural, como plantea Canclini (2010), combina y genera, a partir de procesos socioculturales que existían en forma separada, nuevas estructuras, objetos y prácticas. De esta manera, este contexto ha permitido el desarrollo de una identidad cultural particular, con una mezcla de saberes transmitidos de diferentes grupos culturales, aportando una gran diversidad de conocimientos botánicos y medicinales en la región.

«Médicos»-Curanderos indígenas

En cuanto a su salud, los guaraníes prehispánicos curaban las heridas y enfermedades gracias a personas idóneas que fusionaban el conocimiento de la herboristería de la región, con el uso de poderes supuestamente mágicos o sobrenaturales.

En las Misiones del Río de la Plata la estrategia de sanación iba desde el preparado de brebajes, el tratamiento de diferentes afecciones con plantas, la invocación a la virgen, etc. (Tabakian, 2019).

El empleo de hierbas estaba en manos de los médicos indígenas. Las cuestiones referentes a la salud eran tratadas por estos médicos-curanderos de los grupos indígenas. Para enfrentar a los espíritus malignos se apelaba a la tarea de los curanderos, que mediante pases y otros procedimientos mágico religiosos alejaban los malos espíritus. El médico-guía y maestro, que oficia las ceremonias religiosas es conocido como sacerdote o curandero del grupo. Para los guaraní, el líder religioso también es conocido como *Karai* (Chamorro, 2004) y *Payé*

(Schiaffino, 1927), referido como el hechicero, mago y chaman. Este rol no es exclusivo de los hombres, también existen referencia a mujeres ancianas en el ejercicio de la magia médica (Schiaffino, 1927).

Según Müller (1989), el curandero no aprendió de nadie, recibe su sabiduría y poder de un ser superior (*ñande djará*¹⁰). Recibiendo de él indicaciones directas, haciéndole reconocer las causas de las enfermedades. Le revela los medicamentos para las diferentes enfermedades y le informa sobre los brujos de la tribu. «(...) enseña a los miembros de la tribu y los adiestra en el ejercicio del culto y establece la comunicación entre el pueblo y el otro mundo y las almas de los muertos» (Müller, 33).

Tanto para los charrúas como para los guaraníes, los curanderos y caciques se diferenciaban dentro del grupo social (Schiffino, 1927; Chamorro, 2004). De esta manera, el sistema de poder era dirigido por líderes religiosos de tipo chamánico. Los misioneros intentaron eliminar cualquier vestigio de poder indígena, siendo los *Karai* líderes carismáticos que actuaban sobre todo en períodos de crisis. Eran quienes percibían el mal en la tierra y luchaban contra este. Los *karai* profetizaron contra la colonia, por la amenaza que sus instituciones representaban para las tradiciones indígenas (Chamorro, 2004).

El concepto de enfermedad de los guaraníes provenía de que ésta podía ser introducida en el cuerpo por acción de la magia, o por algún cuerpo extraño o sustancia venenosa, provocado por personas que buscaban hacerles un mal. Por tanto, las enfermedades y dolencias, eran atribuidas a la magia, inducida por malos espíritus (González y Rodríguez, 2010).

De Azara (1941), haciendo referencia a los médicos charrúas expresa que «(...) como a veces se ponen malos, tienen sus médicos. Éstos no conocen más que un remedio universal para todos sus males, que se reduce a chupar con mucha fuerza el estómago del paciente para extraer el mal» (16). Asimismo, Schiaffino (1927), refiriendo al Padre Lozano, menciona que los guaraníes también sanaban sus dolencias, mediante

10 Para los guaraníes, *Ñande djará*, es el hijo del ser supremo.

un hechicero, chupando la parte dolorida y vomitando luego alguna espina, hueso o gusano muy feo (245).

Los medios de curación de los guaraníes iban desde succionamientos, masajes, escarificaciones, ventosas, hidroterapia de baños calientes con hierbas, fricciones con plantas aromáticas, sangrías, la dieta, purgantes, vomitivos, el fuego como agente terapéutico y especialmente el uso de hierbas medicinales (Furlong, 1947).

Eran sobremanera sagaces en este tema, habiendo enriquecido la terapéutica con sustancias usadas hoy universalmente gracias al legado transmitido por los pueblos indígenas a través de los misioneros al mundo occidental (Martín y Valverde, 1995, 26).

La mayoría de las opiniones de los cronistas coinciden en considerar como farsantes a los médicos indígenas. Asimismo, en la actualidad varios curanderos son tildados de charlatanes, desconfiando de la labor que estos desempeñan.

Hay curanderos que ejercen esa profesión con honestidad y otros que la ejercen más como negocio, que realmente piensen que están haciendo algo honesto o una práctica para la salud de la gente (Dr. Alejandro, ASSE).

Sin embargo, Schiaffino (1927, 249) considera estos juicios como un error evidente de psicología, ya que la superstición ha sido y es inveterada en la humanidad. Siendo indiscutible la buena fe con la que los hechiceros ejercían su sacerdocio entre los grupos indígenas. El curanderismo para Brazeiro (1975) es la forma más antigua en el arte de sanar y también el más permanente. Es resultado de una mezcla de empirismo y magia, y la convicción basada en la fe.

Sin dudas, a lo largo de los siglos el rol del «médico» indígena, y todas las demás denominaciones que estos han recibido a lo largo de la historia y lugar, han estado cargadas de una connotación negativa, tildados de falsos, vinculados a cuestiones diabólicas, etc. Sin embargo, en la actualidad quienes se acercan a estos *médicos*, pacientes o investigadores, ya no los ven como meros curanderos, sino como complejos elaboradores

de sentido. Situándolos al mismo nivel intelectual de quienes los consultan y los propios investigadores que quieren conocer sobre sus prácticas (Nerby y Huxley, 2005). Lo que ha cambiado en estos siglos es la mirada del observador. Lo que sí queda claro es la extraordinaria sensibilidad que han alcanzado los curanderos sobre su entorno natural y el gran aporte que estos han brindado al conocimiento de la naturaleza, como resultado de estrategias de adaptación a su medio ambiente.

En la actualidad, los etnobotánicos reconocen a los curanderos como intelectualmente iguales, resultando esclarecedores sus conocimientos para una mejor comprensión del entorno natural, en pos de las investigaciones etnobotánicas (Wade, 2015).

En épocas prehispánicas, estos curanderos sabían cómo tratar diferentes dolencias, conociendo los medicamentos vegetales para aliviar sus padecimientos. Estas experiencias con la naturaleza y en especial las plantas medicinales, fueron transmitidas a las nuevas generaciones, y a su vez, adoptadas en otros territorios y en varios casos por la ciencia.

Los indígenas, sus plantas y sus curaciones

Los guaraníes, resultaron ser unos notables y meticulosos conocedores de su entorno botánico.

Se sabe que las plantas han sido durante miles de años una de las herramientas que ha llevado a sobrevivir a la humanidad. Ha sido el medicamento desde miles de años. Ha sido una de las alternativas medicinales y se han brindado bajo el conocimiento. Es decir, el mundo funciona así desde la prehistoria, la cultura heredable eran los conocimientos (Joel, poblador rural).

La *medicina* colonial americana misionera contó con manuscritos donde se plasmaron conocimientos aprendidos de los primeros naturalistas, y de otras observaciones terapéuticas que experimentaban en estas tierras (Martín y Valverde, 1995). «El encuentro de la medicina europea con la americana no fue un choque sino un abrazo» (Furlong 1947, 25).

La falta de médicos y *medicinas* entre los conquistadores obligó a los jesuitas e interesados en esta ciencia al estudio de

hierbas y plantas usadas por los indígenas, las cuales se les atribuían cualidades curativas y sanadoras.

La gran diversidad de especies botánicas desconocidas en Europa apasionó a los Jesuitas. Éstos fueron quienes más estudiaron todo lo referente a la botánica rioplatense y quienes más aprovecharon las propiedades médicas de nuestras plantas. Encontraron una gran diversidad de especies nuevas y géneros que eran desconocidos en el viejo mundo, tanto novedosos ejemplares botánicos como de la zoología. Tal es así, que las observaciones de la medicina indígena repercutieron sobre la medicina del siglo XVI en España, dando lugar a tratados de gran valor cultural para la época (Furlong, 1947).

Durante los siglos XVII y XVIII botánicos jesuitas describen el uso de plantas medicinales, entre ellos Segismundo Asperger (1687-1772), Pedro Lozano (1697-1752), Dobrizhoffer (1717-1791), Sánchez Labrador (1717-1798) y Gaspar Juárez (1731-1804) (Schiaffino, 1927; Furlong, 1947 y 1994, entre tantos otros). Esto significó un aporte relevante al conocimiento de la botánica en el Río de la Plata.

La obra *Materia Médica Misionera* del jesuita Montenegro (2009) [1710]¹¹ es quizás la obra más completa de la época. Montenegro es sin duda el más grande de los médicos y cirujanos que actuaron en las Reducciones Guaraníes (Furlong, 1947). Investigaciones actuales sobre la obra de Montenegro determinan que las descripciones e ilustraciones presentadas constituyen un registro documental detallado y preciso para determinar en la actualidad la identidad de los taxones involucrados (Stampella y Keller, 2021).

Por su parte, la obra de Gaspar Juárez, con sus tres tomos de *Observaciones fitológicas sobre las plantas rioplatenses*, con descripción detallada, nomenclatura popular y científica, así como notas descriptivas, hacen honor a la ciencia botánica durante la época colonial. Asimismo, la labor del naturalista Sánchez Labrador en las Misiones Jesuitas constituye también una enciclopedia científica de la época (Furlong, 1994).

11 Esta obra editada en el año 2009 del Padre Montenegro, misionero jesuita, recoge datos botánicos de principios del siglo XVII en América.

Estos herbarios, también llamados “Cuadernos de Misiones”, son auténticos tratados de terapéutica popular donde, junto a remedios galénicos conocidos, fueron incorporándose remedios indígenas. Lograron ser los transmisores del saber que entonces se tenía sobre plantas medicinales en aquellos territorios; se conocen muchos y han sido dados a conocer por historiadores, quedando aceptado que todos tienen una estructura semejante siendo en muchos casos copias de otros, con adiciones, correcciones u omisiones propias del autor de cada cuaderno o herbario (Martín y Valverde, 1995, 12).

La clasificación botánica quizás sea la parte más compleja de estas obras. En aquellos tiempos no se tenía el concepto de género y especie de la nomenclatura botánica de Linneo. Los nombres de las plantas vienen descritos con las denominaciones vulgares de la época, donde no se da la clasificación en familias. Las plantas de denominación desconocida eran nombradas de forma similar a otras plantas europeas conocidas, estableciendo similitudes morfológicas (Schiaffino, 1927; Mañé Garzón, 1996; Martín y Valverde, 1995).

Es de destacar que en la actualidad muchas especies y variedades botánicas llevan nombres en guaraní. El Guaraní, luego del Griego y el Latín, es la lengua que más nombres aportó a la Botánica Universal (Galeano, 2011).

Estado nación y la institucionalización de saberes

Entre fines del siglo XVIII y fines del siglo XIX, la farmacopea popular oscilaba entre plantas que curan y la magia de las *benzeduras*¹² y las oraciones. De a poco iba asomando la farmacopea científica, con instituciones científicas que iban determinando las formas y el poder de curar (Barrán, 1992). Para elevar los niveles de la educación se crea el Protomedicato del Río de la Plata (1779-1881) y la Academia de Medicina de Montevideo (1783) (Mañé Garzón, 1996). De esta manera, la ciencia comienza a tener un lugar relevante en la sociedad.

12 Según Bouton (2014) [1958]: «Algunos dicen que se debe de escribir “Benzedura” y no “Vencedura” porque la palabra viene del portugués: *Benzer* (Bendecir)» (372).

La Universidad de la República se funda en el año 1849 y la Facultad de Medicina es creada en el año 1875. Al año siguiente se crea en la misma Facultad de Medicina la *Cátedra de Botánica Médica* (Gil et al. 1996). Esta cátedra era la encargada de estudiar y publicar, a través de la revista *La farmacia uruguaya* (1888), diferentes trabajos con datos químicos, acciones fisiológicas y terapéuticas de las plantas medicinales. En esta revista se describen diferentes plantas medicinales incluidas como *medicamentos nuevos* (Garlosena, 1889). Con posterioridad, el área fitológica pasaría a depender de Facultad de Química, dejando así de ser estudiada por los médicos.

A comienzo del siglo XX la sociedad uruguaya se medicaliza, enfrentando los saberes populares de origen indígena y europeo. La familia era el ámbito natural para tratar las enfermedades. Sin embargo, el Estado, estuvo detrás de la conversión de la asistencia médica de las enfermedades con la fundación de nuevos hospitales (Barrán, 1992).

Como consecuencia la clase médica pasa a ocupar un lugar privilegiado en la sociedad. Los avances de la medicina en la época respaldaban este reconocimiento, y el saber, era poder.

Sin embargo, son pocos los trabajos que logran clasificar y sistematizar plantas utilizadas por indígenas que habitaron el territorio. La controversia para esta identificación está dada principalmente porque en Uruguay no encontramos grupos culturales indígenas definidos, como para conocer pautas culturales transmitidas. Sin embargo, sí podemos encontrar núcleos familiares que han logrado transmitir dentro del espacio familiar ciertos conocimientos y tradiciones a las generaciones actuales. Sin duda, muchas prácticas están impregnadas de sincretismos que las hacen complejas de identificar y de relacionarlas a determinados grupos indígenas que habitaron el territorio (Tabakian, 2019).

Continuidad en la transmisión de saberes sobre el uso de plantas medicinales

Luego de este recorrido etnohistórico, para conocer si existe un continuum en la transmisión sobre el uso de plantas medicinales, tomé referencias bibliográficas de naturalistas, botánicos

y médicos que describieron las plantas medicinales del territorio en diferentes momentos, comprendiendo un período de 280 años (1710 a 1990). Desde la obra más antigua (1710) al tiempo actual, este análisis abarca un período de 310 años. Tiempo suficiente para hablar de un conocimiento tradicional.

La obra de Montenegro (2009) [1710], *Materia Médica Misionera. Herbolario guaraní siglo XVII*, es una de las primeras obras dedicadas a las plantas medicinales de la región. Aquí se describen las plantas por su nombre popular, ayudadas con imágenes de las mismas que facilitan su identificación botánica. Hay que destacar que durante la época de Montenegro aún no se había realizado la clasificación de Linneo. Recién entrado el siglo XVIII comienza la época de la ilustración, por lo tanto, en esta obra, si bien resulta complejo identificar que estemos hablando de las mismas plantas, las imágenes ayudaron a corroborar que fueran las mismas especies de plantas que aparecen en la etnografía. Los dibujos, detallando claramente los diferentes órganos de las plantas descritas de la época, ayudan a definir e identificar las especies de plantas. Así como algunos nombres populares que aún se mantienen al día de hoy.

La publicación de D. A. Larrañaga (2015) [1814], *Diario de Historia Natural 1808-1814*, resultó ser sin dudas el texto más complejo de cotejar, ya que tuve que revisar una por una las hojas con las descripciones que realiza en su viaje de Montevideo a Paysandú. En la obra se van describiendo diariamente, en forma aleatoria, diferentes seres vivos que encuentra en su camino: plantas, animales, aves, peces, insectos y hongos, así como minerales, datos meteorológicos, observaciones astronómicas, descripción de lugares y *medicinas*. Seguramente alguna planta pudo haber sido pasada por alto en la exhaustiva revisión, sumado a la dificultad de identificar las especies debido a que muchas plantas poseen sinónimos al nombre científico actual o autores diferentes. Por ejemplo, *Baccharis trimera* (Less.) DC, que aparece bajo la autoría de *Molina*. Para estos casos corroboré la sinonimia en las páginas del Sistema de Información de Biodiversidad (SIB)¹³ y del Instituto de Bo-

13 Sistema de Información de Biodiversidad (SIB): <https://sib.gob.ar/portada>

tánica Darwinion¹⁴ y fueron incluidas en la Tabla 1. Asimismo, muchas especies identificadas y conocidas por Larrañaga parecen referenciar plantas similares europeas, como el caso del arrayan *Blepharocalyx salicifolius* (Kunth) O. Berg, sinónimo del género en Europa, *Myrtus*.

Sobron (1874), publica *Plantas Medicinales de la República Oriental del Uruguay. Noticias sobre los indígenas*. Fue un médico español que recorrió el territorio nacional, realizando una etnografía sobre diferentes aspectos del Uruguay y su gente, en especial de los grupos indígenas que habitaban el territorio. Menciona una gran variedad de plantas medicinales utilizadas por los diferentes grupos indígenas. Si bien el listado es sobre plantas indígenas, al final de la obra menciona algunas plantas introducidas por los europeos, como la ruda y el romero. En estos casos, al no tener descripción de usos indígenas, no fue incluida en el listado. Como plantea el autor «Las mencionadas son las plantas indígenas hasta el presente conocidas como medicinales; más nótese que hay localidades muy poco estudiadas todavía. Cuántas riquezas de todo género estarán ignoradas (...)» (Sobron, 1874, 40).

Garlosena (1895), catedrático de Facultad de Medicina, fue el encargado de llevar adelante los cursos iniciales de la carrera de Farmacéutico¹⁵ de Facultad de Medicina (1886). Así mismo fue director de la revista del Centro Farmacéutico Uruguayo. Su publicación, *Procedencias Botánicas y aplicaciones vulgares de algunas plantas indígenas de la República O. del Uruguay*, trata la identidad botánica de ciertas plantas indígenas conocidas por sus nombres populares, identificadas con sus nombres científicos, con breves datos sobre aplicaciones y usos de algunas especies. Anteriormente, su trabajo había sido publicado en la revista mensual Centro Farmacéutico Uruguayo, en el tiempo en que existía la Cátedra de Botánica Médica, en Facultad de Medicina. En esta publicación, la

14 Instituto de Botánica Darwinion: <http://www.darwin.edu.ar/>

15 La Facultad de Medicina inicia en el año 1885 la carrera de Farmacéutica, los primeros cursos correspondían a Química y Farmacia Galénica. Esta publicación coincide en el tiempo con la Cátedra de Botánica Médica en Facultad de Medicina, destacando el interés de los médicos sobre el tema en la época.

primera identidad botánica de las plantas fue dada por el nombre popular de las mismas, acompañadas a continuación por su nombre científico. Resultó complejo corroborar en esta obra que sea la misma planta que se estaba cotejando. Por un lado, los nombres populares de esa época difieren notoriamente con los nombres populares de la actualidad. El caso de la congrosa (*Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reissek) su nombre popular aparece como quebrachillo. Por otro lado, los nombres científicos también han sufrido variaciones desde esa época a la actualidad. Por lo tanto, muchas plantas también poseen sinónimos de los nombres actuales. En un caso, como la Yerba Lucera (*Pluchea sagittalis* (Lam.) Cabrera), que si bien tiene varios sinónimos (*Conyza sagittalis*, *Epaltes brasiliensis* y *Gnaphalium suaveolens*) (SIB¹⁶), en la obra de Garlosena (1895) aparece la planta *Gnaphalium cheiranthifolium* un, y su nombre popular es marcela macho. Si bien es el mismo género, la especie es diferente, y su nombre popular también es diferente, pero las características descriptivas y sus usos son similares, de todas formas, al no tener certeza de que fuera la misma planta, no fue incluida.

El texto de Berro (1915), *Vegetales del Uruguay, nombres vulgares*, presenta alfabéticamente diferentes nombres populares de plantas identificadas con sus nombres científicos. No detalla descripción alguna sobre las plantas, solo las lista. En la obra, hay plantas del mismo género, pero algunas especies varían como el caso de la carqueja: *Baccharis articulata* y *Baccharis genisteloides*. Así como las diferentes especies de guaco, *Mikania cordifolia*, *Mikania amara* y *Mikania scandens*, agrupadas en esta etnografía en *Mikania sp.* Estas plantas fueron registradas en la Tabla 1. Al Igual que plantas con sus sinónimos también fueron incluidas.

La publicación de González, Lombardo y Vallarino (1940), *Plantas de la medicina vulgar del Uruguay*, presenta alfabéticamente los nombres populares de las plantas, acompañados de sus nombres científicos, la familia a la que pertenecen y una breve reseña con datos y usos de las plantas medicinales.

16 Sistema de Información de Biodiversidad (SIB): <https://sib.gob.ar/es-especies/pluchea-sagittalis>

Para el caso del Profesor Atilio Lombardo, consulté como referencia la publicación del año 1964, *Flora Arbórea y arborecente del Uruguay*. Esta publicación describe árboles de gran porte, por tanto, las plantas medicinales de menor tamaño no son detalladas. Por esta razón, utilicé también como referencia varios artículos de Lombardo sobre *Plantas Medicinales de la Flora Indígena*, publicados en las diferentes contribuciones en los Almanques anuales del Banco de Seguro del Estado (BSE)¹⁷ (1971, 1972, 1974, 1976, 1978, 1979, 1981). Por lo tanto, fueron incluidas todas las plantas medicinales mencionadas por Lombardo a lo largo de sus diferentes publicaciones.

Oswaldo Del Puerto, Philip Davies y Eliseo Sequeira (1990), *Los nombres comunes de las Plantas de la región platense*, es una recopilación de diferentes publicaciones regionales que incluye los nombres vernáculos para las plantas que crecen en Uruguay y las regiones vecinas de Argentina y Brasil, así como sus nombres científicos y sinónimos, sin otra descripción sobre las plantas.

Es importante destacar que las publicaciones de Montenegro (2009) [1710], Sobron (1874), Garlosena (1895) y Lombardo (1964 a 1981), referencian a plantas utilizadas por los indígenas de la región; y las publicaciones de Larrañaga (2015) [1814], Berro (1915), González et al (1940) y Del Puerto et al (1990), hacen mención al uso de plantas medicinales, en forma general, que son utilizadas dentro de la *medicina popular* en la época. Por esta razón, he de suponer que para el caso de las publicaciones de plantas indígenas, ciertas plantas de uso extendido en la época no fueron incluidas en las obras por ser conocidas en el viejo mundo. Esto queda de manifiesto en las publicaciones de Lombardo (1964 a 1981), quien a su vez participó en la publicación junto a González y Vallarino (1940), un par de décadas antes, y sus referencias a plantas indígenas son menores a la publicación grupal sobre plantas de la *medicina popular*, que incluye plantas indígenas y exóticas cultivadas en el país.

Algunas obras solo detallan los nombres vernáculos, junto a sus nombres científicos de las plantas (Berro, 1915 y Del

17 Almanques del Banco de Seguro del Estado (BSE): <https://institucional.bse.com.uy/inicio/almanques>

Puerto et al, 1990). Otros trabajos describen particularidades morfológicas de las plantas junto a sus usos populares (Montenegro (2009) [1710]; Larrañaga (2015) [1814]; Sobron (1874); Garlosena (1895); González et al (1940) y Lombardo (1964 a 1981)), estos aportes, con mayor información sobre los caracteres, las descripciones botánicas, así como las propiedades medicinales y terapéuticas de las diferentes especies utilizadas en la época, aportan información valiosa para las generaciones futuras.

Referencias de las obras en la Tabla 1:

1. 1710-Padre Pedro Montenegro. Materia Médica Misionera. Herbolario guaraní silgo XVII.
2. 1814-Dámaso Antonio Larrañaga. Diario de Historia Natural 1808 -1814.
3. 1874-Félix C. Y. Sobron. Plantas Medicinales de la República Oriental del Uruguay. Noticias sobre los indígenas.
4. 1895-Antonio P. Garlosena. Procedencias Botánicas y aplicaciones vulgares de algunas plantas indígenas de la República O. del Uruguay.
5. 1915-Mariano B. Berro. Vegetales del Uruguay, nombres vulgares.
6. 1940-Matías Gonzáles, Atilio Lombardo y Aida J. Vallarino. Plantas de la medicina vulgar del Uruguay.
7. 1964 a 1981 - Atilio Lombardo. Flora Arbórea y arborescente del Uruguay, y Plantas Medicinales de la Flora Indígena.
8. 1990-Osvaldo Del Puerto, Philip Davies y Eliseo Sequeira. Los nombres comunes de las Plantas de la región platense.

	Planta	M	Citaciones
1	Ajenjo, artemisia Familia: Asteraceae Especie: <i>Artemisia absinthium</i> L.	10	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
2	Aloe Familia: Xanthorrhoeaceae Especie: <i>Aloe</i> sp.	17	8
3	Anacahuita Familia: Anacardaceae Especie: <i>Schinus molle</i> L. var. <i>molle</i>	8	3. 4. 5. 6. 7. 8
4	Arazá Familia: Myrtaceae Especie: <i>Psidium catteianum</i> Sabine	8	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
5	Arnique Familia: Asteraceae Especie: <i>Acmella bellidioides</i> (Sm.) R.K. Jansen	14	
6	Arrayán, murta Familia: Myrtaceae Especie: <i>Blepharocalyx salicifolius</i> (Kunth) O. Berg	12	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
7	Boldo Familia: Monimiaceae Especie: <i>Peumus boldus</i> Molina	11	8
8	Caraguatá Familia: Apiaceae Especie: <i>Eryngium</i> sp.	11	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
9	Carqueja Familia: Asteraceae Especie: <i>Baccharis trimera</i> (Less.) DC	20	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
10	Cedrón, cedrón de monte, guarupá, aromita Familia: Verbenaceae Especie: <i>Aloysia gratissima</i> (Gilles & Hook. ex Hook.) Tronc. var. <i>gratissima</i> y <i>Aloysia citriodora</i> Palau	22	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8

	Planta	M	Citaciones
11	Ceibo Familia: Fabaceae Especie: <i>Erythrina crista-galli</i> L. var. <i>crista-galli</i>	8	1. 2. 4. 5. 6. 7. 8
12	Cola de caballo, cabalina Familia: Equisetaceae Especie: <i>Equisetum giganteum</i> L.	9	4. 5. 6. 7. 8
13	Congorosa Familia: Celastraceae Especie: <i>Mateynus ilicifolia</i> Mart. ex Reissek	12	4. 5. 6. 7. 8
14	Guaco Familia: Asteraceae Especie: <i>Mikania</i> sp.	20	4. 5. 6. 7. 8
15	Guazatumba Familia: Salicaceae Especie: <i>Casearia sylvestris</i> Sw.	9	5. 7. 8
16	Higuera, higuerilla Familia: Moraceae Especie: <i>Ficus carica</i> L.	8	1. 3. 4. 5. 6. 7. 8
17	Llantén Familia: Plantaginaceae Especie: <i>Plantago major</i> L.	13	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
18	Malva Familia: Malvaceae Especie: <i>Malva sylvestris</i> L.	18	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
19	Manzanilla Familia: Asteraceae Especie: <i>Matricaria chamomilla</i> L.	9	2. 6. 7. 8
20	Marcela Familia: Asteraceae Especie: <i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC	31	3. 4. 5. 6. 7. 8

	Planta	M	Citaciones
21	Menta, hierba buena, levante Familia: Lamiaceae Especie: <i>Mentha</i> sp.	22	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8
22	Naranja Familia: Rutaceae Especie: <i>Citrus x aurantium</i>	14	3. 6. 8
23	Nispero Familia: Rosaceae Especie: <i>Eriobotrya japonica</i>	10	8
24	Palma imperial, palma de la india Familia: Asteraceae Especie: <i>Tanacetum vulgare</i> L.	13	2. 8
25	Paraíso Familia: Meliaceae Especie: <i>Melia azedarach</i> L.	12	5. 6. 8
26	Pitanga, ñangapiré, pitanguera, pitanguita Familia: Myrtaceae Especie: <i>Eugenia uniflora</i> L.	19	3. 4. 5. 6. 7. 8
27	Quiebra piedra, rompe piedra, amamaya Familia: Phyllanthaceae Especie: <i>Phyllanthus niruri</i> L.	14	8
28	Romero, alecrín Familia: Lamiaceae Especie: <i>Rosmarinus officinalis</i> L.	14	5. 6. 8
29	Ruda Familia: Rutaceae Especie: <i>Ruta chalepensis</i> L. y <i>Ruta graveolens</i> L.	17	5. 6. 8
30	Salvia Familia: Verbenaceae Especie: <i>Lippia alba</i> (Mill.) N.E. BR. ex Britton & P. Wilson var. <i>alba</i>	14	1. 2. 4. 5. 6. 7. 8

	Planta	M	Citaciones
31	Tilo Familia: Malvaceae Especie: <i>Tilia platyphyllos</i> Scop. y T. Cordata Mill.	11	6. 8
32	Uña de gato, uña de gato peruana Familia: Rubiaceae Especie: <i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. ex Schult.) DC.	10	
33	Yerba carnícera Familia: Asteraceae Especie: <i>Conyza bonariensis</i> (L.) Cronquist var. <i>bonariensis</i>	10	2. 5. 6. 7. 8
34	Yerba del bicho Familia: Polygonaceae Especie: <i>Polygonum punctatum</i> Elliott	9	3. 4. 5. 6. 7. 8
35	Yerba Lucera, quitoco Familia: Asteraceae Especie: <i>Pluchea sagittalis</i> (Lam.) Cabrera	15	3. 6. 7. 8

Tabla 1: Las treinta y cinco plantas medicinales mencionadas en mayor oportunidad durante la investigación por los entrevistados ordenadas alfabéticamente. El nombre popular de la planta, familia botánica y especie. Cantidad de veces mencionada la planta en la etnografía. Referencia de los autores que mencionan la especie medicinal.

En las obras analizadas, a medida que nos acercamos a los tiempos actuales, cada vez son más las plantas registradas que aparecen entre las más nombradas durante la etnografía.

De las treinta y cinco plantas más mencionadas en el departamento de Artigas, en la obra de Montenegro (2009) [1710], aparecen 9 plantas, 26%. Larrañaga (2015) [1814], describe 14 plantas identificadas, representando 40%. Sobron (1874), detalla 16 plantas, 46%. Para el caso de la obra de Garlosena (1895), fueron identificadas 19 plantas, el 54%. Berro (1915), 23 plantas descritas, 66%. La obra de Gonzáles et al (1940), describe 27 plantas, 77%. Lombardo (1964 a 1981), 23 plantas,

66% y Del Puerto et al (1990), 33 plantas, representando el 94% de las treinta y cinco principales plantas identificadas en esta etnografía (Tabla 2).

Año	Autor	Menciones
1710	Padre Pedro Montenegro	26 %
1814	Dámaso Antonio Larrañaga	40 %
1874	Félix C. y Sorbón	46 %
1895	Antonio P. Garlosena	54 %
1915	Mariano B. Berro	66 %
1940	Matías González, Atilio Lombardo y Aida J. Vallarino	77 %
1964 a 1981	Atilio Lombardo	66 %
1990	Osvaldo Del Puerto, Philip Davies y Eliseo Sequeira	94 %

Tabla 2: Año de publicada la obra. Autores analizados.
Cantidad de referencias a las principales plantas medicinales
mencionadas en la etnografía, datos en porcentajes.

Si bien solo fueron cotejadas las plantas con más menciones, de las ciento cuarenta y dos relevadas, pude notar a medida que leía las obras, que hay muchas plantas registradas en los textos que fueron identificadas durante la investigación. Por tanto, podría decirse que ha habido una continuidad en la transmisión en el uso de plantas medicinales a lo largo del tiempo, y que a medida que nos acercamos al siglo XX, es gradual y exponencial la cantidad de plantas que se utilizan históricamente en la medicina popular.

Desde una perspectiva de la etnobotánica actual, Scarpa y Ancontani (2019), plantean que el análisis de obras jesuitas, perfectamente extensible a obras realizadas posteriormente por versados en el tema, resultan significativos más allá de la importancia de carácter histórico, también son relevantes para la etnobotánica-médica, así como para la farmacobotánica de la región. Estos datos etnomédicos y etnobotánico-médicos en las obras constituyen sin dudas los basamentos mismos de la medicina popular mestiza actual (Ibíd., 2019).

Más allá de estos registros en las obras publicadas, la continuidad en la transmisión de estos saberes ancestrales, han sido reproducidos y conservados a lo largo del tiempo dentro del espacio familiar. Con este análisis queda demostrado también que la transmisión oral, sobrevive a diferentes acontecimientos históricos, que reprimen ciertos saberes, como lo ha sido la medicalización de la sociedad. Estos conocimientos permanecen actualmente en la memoria del núcleo familiar, pasando en forma directa de una generación a otra. Esta transmisión vertical (Cavalli-Sforza, 1996) que se produce entre padre/madre a hijo/a sigue reglas prácticamente idénticas a la transmisión genética. Asimismo, la transmisión de abuela/a - nieto/a, es dos veces más conservadora que la transmisión parental. Esta transmisión oral a lo largo de varias generaciones puede mantenerse casi sin cambios (Ibíd., 1996).

Cavalli-Sforza (1996), también hace referencia a la importancia de la transmisión horizontal, que se da entre dos individuos, que pueden ser de la misma generación o distintas. Esta transmisión puede ser más rápida, pero para que haya una continuidad de una generación a otra, y se mantenga en el tiempo, debe existir una transmisión vertical.

Debo destacar que con este trabajo etnohistórico y esta etnografía, queda demostrada la continuidad en el uso de ciertas plantas medicinales, donde aparecen plantas medicinales utilizadas por los habitantes en el territorio hace más de doscientos años. Muchas de estas plantas eran utilizadas antiguamente y aún hoy son utilizadas para tratar las mismas afecciones y en otros casos, dolencias similares. Por tanto, podría decirse en relación al uso de plantas medicinales, que estamos ante un conocimiento tradicional que se transmite inter-generacionalmente en el territorio nacional.

También esta continuidad en la transmisión hace pensar que las dolencias vividas en tiempos antiguos son similares a las actuales. Seguramente, un análisis más profundo podría aportar mayor información al respecto.

Es importante destacar también, en todos los casos, de los autores cotejados, las plantas nativas superan a las exóticas.

Reflexiones finales

A lo largo de la historia, la práctica de la *medicina popular* ha estado vinculada a sectores vulnerables de la sociedad, relacionado a las clases sociales más necesitadas. Asimismo, estas prácticas populares han sido estigmatizadas por cuestiones mágico-religiosas, pero el amplio uso y reconocimiento social de esta *medicina*, siendo aceptado cada vez más, revierten este enfoque y en la actualidad abarca actores de diferentes estratos sociales.

Actualmente estamos ante una transformación del modelo biologicista hacia un modelo más tolerante en sus tratamientos y formas de sanación. Atendiendo y comprendiendo la existencia de un pluralismo médico (Menéndez, 2003). Un nuevo cambio de paradigma nos coloca hoy en otra esfera a la hora de atender las particularidades de la salud.

En nuestro país, los médicos deben trabajar regularmente con pacientes que utilizan plantas medicinales, sin explicitar su uso y sin que los médicos sepan cómo abordar esa posibilidad, tampoco cuentan con herramientas para a su vez, tratar dolencias con plantas ya que no han recibido formación específica. Lo que saben es por los propios pacientes que consultan. Asimismo, desconocen las interacciones de los medicamentos (recetados) con las plantas medicinales de uso informal, qué dosis serían adecuadas y la posible interrelación de las plantas con las composiciones biológicas de la diversidad de los cuerpos humanos. Si existiera una formación sobre el uso de plantas medicinales, los efectos contraproducentes de estas interacciones serían menores. Esto demuestra, que el principal problema que aún persiste es la falta de información a los médicos, desde Facultad de Medicina, sobre estas formas (de uso popular) de preservar la salud. Tal vez lo más irónico, es que hace más de cien años, existía en Uruguay, en la Facultad de Medicina, una cátedra de Botánica Médica, donde los médicos sabían sobre las plantas, y éstas aparecían en las publicaciones como nuevos medicamentos. Como describe Garlosena (1895: 7), «La raíz de arazá se emplea desde antiguo tiempo (...) La fama de sus éxitos llegó a la capital, y es hoy usada con excelente resultado por varios médicos, en formas de píldoras

hechas con el extracto de esa raíz, extracto que obtienen varios Farmacéuticos de Montevideo».

En la actualidad estamos viviendo un retorno a lo natural, a conectarnos más con la tierra y sus recursos. Seguramente, en un futuro cercano, los médicos aprenderán y conocerán más sobre estas prácticas de la *medicina popular*, en especial el uso de las plantas medicinales. Sin duda que el trabajo en conjunto entre la *medicina científica* y la *medicina popular*, enfermera y yuyero, contribuirá al desarrollo y acercamiento entre estas *medicinas*.

En el interior del país aún encontramos una gran variedad de prácticas de la *medicina popular*. La influencia de los diferentes grupos culturales que transitaron y habitaron nuestras tierras han caracterizado la región, componiéndola con rasgos específicos y particulares. Constatándose tradiciones medicinales y botánicas relacionadas directamente con el aporte poblacional indígena (Tabakian, 2019).

Asimismo, en el relevamiento etnohistórico quedó evidenciada esta tradición de consumir plantas entre los grupos indígenas a lo largo del tiempo, con las publicaciones de investigadores locales y extranjeros como Félix Sobron (1874), Antonio Garlosena (1895) y las diferentes publicaciones de Atilio Lombardo (1964 a 1981) entre otras. Tal es así, que el uso de plantas por parte de los grupos indígenas que habitaron el territorio, así como los usos que se les da actualmente a las plantas medicinales identificadas en esta etnografía, se corresponden con las descritas a lo largo de la historia. Sus prácticas, finalidades y empleos son similares.

Debo destacar que con el análisis etnohistórico de textos y la etnografía realizada en la región noroeste del Uruguay, puede hablarse de un continuum en la transmisión de estos conocimientos. Ciertas prácticas populares, en especial el uso de ciertas plantas medicinales, aún se siguen empleando en nuestro país. Aquí se demuestra que las plantas nombradas en mayor oportunidad, fueron mencionadas por los principales naturalistas que recorrieron nuestro territorio (Montenegro y Larrañaga) y posteriores especialistas botánicos y médicos que identificaron diferentes especies medicinales (Garlosena, Lombardo, González y Del Puerto, entre otros), y que aún hoy, se

siguen utilizando en nuestra cultura popular. Es interesante observar que muchas plantas mencionadas, hace trescientos años, eran utilizadas por los antepasados que habitaron el territorio y aún son empleadas, especialmente en el medio rural. A medida que nos acercamos en el tiempo, aumenta la cantidad de plantas medicinales que son mencionadas por los autores de referencia. Por tanto, podría afirmar que el uso de plantas en nuestro territorio es una *medicina* con características tradicionales, siendo un conocimiento tradicional construido a lo largo de la historia, y con diferentes aportes poblacionales.

Lo más complejo del relevamiento ha sido identificar las plantas mencionadas históricamente con las utilizadas en la actualidad. Si bien, en algunos casos resultó complicado determinar si se trata de la misma planta, en algunas oportunidades he determinado su identificación a través de su sinonimia, en otros casos por sus nombre popular y sus usos terapéuticos, y en otros casos, mediante dibujos detallados de las plantas en las obras. Muchas de las obras consultadas para conocer si existió una continuidad en la transmisión, referencian específicamente a plantas indígenas de la época. Por esta razón, he de suponer que muchas plantas de uso extendido popularmente no fueron incluidas en estas obras por ser conocidas en el viejo mundo o por considerarlas prácticas europeas. Otros textos consultados aportan información más amplia sobre la *medicina popular* en general, allí aparecen descritas todas las plantas conocidas y utilizadas en la época, ya que las plantas del viejo mundo pasan a ser incorporadas como prácticas locales. La diferencia entre las publicaciones se debe a que algunas obras se centran específicamente en la Flora Indígena, como la de Lombardo (1964 a 1981) y Garlosena (1895), y otras en la *medicina popular* en general, sin distinguir la flora indígena de la europea, como la de Sobron (1874) y González et al (1940).

Por lo general, los usos medicinales descritos en las diferentes obras son similares a los identificados en esta investigación, tratan alguna afección similar que atiende a cuestiones de salud dentro del mismo sistema orgánico. En pocas oportunidades, aparecen usos que difieren a los hallados. Estas diferencias, pueden deberse a cambios de afecciones según la época. Hay enfermedades o circunstancias diferentes que hacen

que se usen ciertas plantas para aliviar cuestiones dependiendo el tiempo que se vive. Es por ello, que según el tiempo en que se viva, las plantas medicinales serán utilizadas y adaptadas a las diferentes situaciones y necesidades del ser humano.

Asimismo, hay afecciones identificadas durante el trabajo de campo que no aparecen registradas en los textos analizados. Por lo tanto, en la actualidad aparecen nuevas prácticas y plantas utilizadas para tratar nuevas afecciones. Seguramente, la contemporaneidad trae nuevas afecciones, por tanto, las mismas plantas o nuevas, serán utilizadas para tratar estas nuevas enfermedades.

Si bien cotejé las treinta y cinco principales plantas medicinales, pude observar que hay muchas otras plantas de la etnografía que son mencionadas en las publicaciones de referencia. Las plantas descritas en los textos son varias y los usos medicinales muy similares. Esta continuidad en la transmisión también hace pensar que las dolencias vividas en tiempos antiguos son similares a las actuales, que ha habido poca variación en relación a las afecciones.

Como plantean Scarpa y Ancontani (2019), sobre el legado transmitido a través de obras jesuitas, extensible al legado de trabajos de naturalistas, médicos y botánicos detallando prácticas de la *medicina popular*, estos aportes han sido y serán cruciales en la conformación del sistema etnomédico y de la etnobotánica médica en la región.

A pesar de esta continuidad, en la actualidad hay prácticas etnomedicinales que ya no se observan tanto como antes, ya que son muy pocos quienes se encargan hoy de curar al modo tradicional en las localidades, donde antes se asumían roles de curandero o curandera. Sin embargo, la práctica de utilizar plantas como *medicina* aún permanece especialmente vigente en áreas rurales y en especial, en zonas alejadas de las instituciones de salud.

Por todo lo expuesto, podría afirmar que estamos ante una etnomedicina con características particulares, con una base en el uso de plantas medicinales no lo suficientemente explicitada a la hora de demandar atención médica. Destaco que esta etnomedicina se caracteriza principalmente por saberes y conocimientos populares transmitidos, sobre el uso de plantas medicinales.

Referencias bibliográficas

- Barrán, J. P. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.
- Barrios Pintos, Aníbal. (2008) [1971]. *Historia de los pueblos orientales. Tomo I. Sus orígenes. Procesos fundacionales. Sus primeros años*. Banda Oriental. Ediciones Cruz del Sur. Montevideo.
- Berro, M. B. (1915). *Vegetales del Uruguay. Nombres vulgares*. Marzoa y Cía. Montevideo.
- Bouton, R. J. (2014) [1958]. *La vida rural en el Uruguay*. Ediciones Banda Oriental, Montevideo.
- Brazeiro, H. (1975). *Supersticiones y curanderismo. Ensayo crítico y valorativo*. Barreiro y Ramos. Montevideo.
- Cabrera Pérez, L. y Curbelo, C. (1988). Aspectos socio-demográficos de la influencia guaraní en el sur de la antigua Banda Oriental. En *As Missoes Jesuítico-Guaranis: Cultura e Sociedade*, 117-142. Santa Rosa.
- Canclini, N. (2010) [1990]. *Culturas híbridas: estrategias para entrar y salir de la modernidad*. Paidós. Buenos Aires.
- Cavalli-Sforza, L. L. (1996). *Genes, pueblos y lenguas*. Traducción Juan Vivanco. S/D.
- Cavellini, S. (1987). Síntesis etnohistórica. En *Misión de Rescate Arqueológico*. Salto Grande, Montevideo: Ministerio de Educación y Cultura, 1: 81-140.
- Chamorro, G. (2004). Teología Guaraní. Colección Iglesias, Pueblos y Cultura n.º 61. Ediciones Abya- yala. Quito, Ecuador.
- De Azara, F. (1941) [1809]. *Viajes por la América Meridional*. Tomo I. Espasa-Calpe, Madrid.
- Del Puerto, O.; Davies, P. y Sequeira, E. (1990). Los nombres comunes de las plantas de la región platense. Departamento de publicaciones y ediciones Universidad de la República, Montevideo.

- Dossier Etnobotánica. *Revista Trama*. Núm. 3. Asociación Uruguaya de Antropología Social y Cultural. Disponible en: <https://tramarevista.files.wordpress.com/2011/08/trama-3-1.pdf>
- Douglas, M. (1998). *Estilos de pensar. Ensayo crítico sobre el buen gusto*. Editorial Guedisa. Barcelona.
- Furlong, G. (1947). *Médicos argentinos durante la dominación hispánica*. Editorial Huarpes. Buenos Aires.
- (1994). *Los jesuitas y la cultura rioplatense*. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Gadamer H.G. (2011) [1996]. *El estado oculto de la salud*. Editorial Gedisa. Barcelona.
- Galeano Olivera, D. (2011). *El idioma y cultura guaraní en Paraguay*. Instituto de Lingüística Guaraní del Paraguay. Asunción.
- Garlosena, A. P. (Director). (1889). La Farmacia uruguaya. *Revista quincenal de Farmacia y Ciencias Auxiliares*, Tomo agosto 1888 hasta agosto 1889. Imprenta el siglo ilustrado, Montevideo.
- Garlosena, A. P. (1895). Procedencias botánicas y aplicaciones vulgares de algunas plantas indígenas de la República O. del Uruguay. Imprenta Rural. Montevideo.
- Gil, J. I.; Burgues, S. y Mañé Garzón, F. (1996). *Sesiones de la sociedad uruguaya de historia de la medicina*. Vol. XVI, departamento de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Montevideo.
- González, R y Rodríguez, S. (2010). *En busca de los orígenes perdidos. Los guaraníes en la construcción del ser uruguayo*. Editorial Planeta. Montevideo.
- González, M; Lombardo, A y Vallarino, A. (1940). *Plantas de la medicina vulgar del Uruguay: obra del más alto mérito científico, analítico y descriptivo, en la relación y aplicación de las plantas medicinales indígenas y exóticas cultivadas en el país*. Editor Talleres Gráficos. Montevideo.
- Larrañaga, D. A. (1923). *Escritos de Don Dámaso Antonio Larrañaga*. Tomo II. Instituto Histórico y Geográfico (editor). Imprenta Nacional, Montevideo.

- (2015) [1814]. *Diario de Historia Natural 1808-1814*. Biblioteca Artigas. Colección de clásicos uruguayos. Ministerio de Educación y Cultura. Montevideo.
- Lévi-Strauss, C. (2011) [1974]. *Antropología estructural*. Eudeba Editorial Universitaria, Buenos Aires.
- Lombardo, A. (1964). *Flora Arbórea y arborecente del Uruguay*. Concejo departamental de Montevideo. Dirección de Pases Públicos. Montevideo.
- (1969). Árboles y Arbustos. *Nuestra Tierra*, Vol. 27. Montevideo.
- (1971). Plantas Medicinales de la Flora Indígena. En *Almanaque del Banco de Seguro del Estado*. Año 56 - 1970-1971, pp. 99-109. Barreiro y Ramos SA Montevideo.
- (1972). Plantas Medicinales de la Flora Indígena. En *Almanaque del Banco de Seguro del Estado*. Año 57, pp. 203-211. Barreiro y Ramos SA Montevideo.
- (1974). Plantas Medicinales de la Flora Indígena. En *Almanaque del Banco de Seguro del Estado*. Año 58, pp. 177-187. Barreiro y Ramos SA Montevideo.
- (1976). Plantas Medicinales de la Flora Indígena. En *Almanaque del Banco de Seguro del Estado*. Año 59, pp. 121-132. Talleres Gráficos Impresora Rex SA Montevideo.
- (1978). Plantas Medicinales de la Flora Indígena. En *Almanaque del Banco de Seguro del Estado*, pp. 208-219. Talleres Gráficos de Barreiro y Ramos SA Montevideo.
- (1979). Plantas Medicinales de la Flora Indígena. En *Almanaque del Banco de Seguro del Estado*, pp. 162-171. Talleres Gráficos de Impresora Uruguaya Colombino SA Montevideo.
- (1981). Plantas Medicinales de la Flora Indígena. En *Almanaque del Banco de Seguro del Estado*, pp. 159-165. Talleres Gráficos de Impresora Rex SA Montevideo.
- Lorandi, A. M. y del Río, M. (1992). *La Etnohistoria etnogénesis y transformaciones sociales andinas*. Centro Editor de América Latina. Tucumán, Argentina.

- Mañé Garzón, F. (1996). *Historia de la ciencia en el Uruguay*. Tomo II. De las Misiones Jesuíticas al fin del siglo XVIII. Tradinco SA Montevideo.
- Martín, C y Valverde, J.L. (1995). *La farmacia en la América Colonial: el arte de preparar medicamentos*. Universidad de Granada y Hermandad Farmacéutica Granadina. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada. España.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência y Saúde Coletiva*; 8 (1) pp. 185-207.
- Montenegro, P. (2009) [1710]. *Materia médica misionera. Herbolario guaraní siglo XVII*. Buena vista editores, Argentina.
- Müller, F. (1989). *Etnografía de los Guaraní del Alto Paraná*. A los 100 años de la Obra Apostólica de la Congregación de los Misioneros del Verbo Divino (SVD) en la Argentina. Artes gráficas del Colegio Salesiano San José. Rosario.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014-2023). Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/9789243506098_spa.pdf?ua=1
- Pereda Valdés, I. (1943). *Medicina Popular y Folklore Mágico del Uruguay*. Talleres gráficos Galien, Montevideo.
- Pi Hugarte, R. (2014) [1993]. *Los indios del Uruguay*. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo.
- Programa de Antropología y Salud. (2014). Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos. Editorial Nordan-comunidad, Montevideo.
- Programa de Antropología y Salud. (2017). Medicina popular: viejas y nuevas prácticas. Editorial Nordan-comunidad, Montevideo.

- Romero Gorski, S.; Martínez, F.; Vomero, F.; Rial, V.; Cheron, S.; Rodríguez, S.; Tabakián, G.; Dibot, C.; Abraira, R. y Martínez, J. (2020). Influencia del imaginario social en período de pandemia, Uruguay, 2020. En *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*. ISSN 2393-6886, 2020, Año V, n.º 2, pp. 71–94. <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/revantroetno/article/view/858/921>.
- Scarpa, G. F. y Ancontani L. M. (2019). La «Materia Médica Misiones» atribuida al jesuita Pedro de Montenegro en 1710: identificación, sistematización e interpretación de los usos medicinales de las plantas y sus implicancias para la etnobotánica actual. IHS Antiguos Jesuitas, en *Iberoamérica*. Vol. 7, n.º 1, pp. 27-46. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ihs/article/view/247>.
- Schiaffino, R. (1927). *Historia de la Medicina en el Uruguay*. Tomo I. Talleres de la Imprenta Nacional, Montevideo.
- Sobron, F. C. Y. (1874). *Plantas medicinales de la República Oriental del Uruguay y noticias sobre los indígenas*. Establecimiento tipográfico de Julián Peña. Madrid.
- Tabakian, G. (2015). La ruta de las plantas medicinales en el Sudeste Asiático. En: Romero Gorski, S. (Comp. y Ed.) *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay 2015*, 243-256. Departamento de Antropología Social, FHUCE, Udelar. Editorial Nordan-Comunidad. Montevideo.
- Tabakian, G. (2017). Etnomedicina y etnobotánica en el departamento de Tacuarembó, Uruguay. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*. Año 2, n.º 2. pp. 61-72. http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-68862017000200061&lng=es&nrm=iso
- Tabakian, G. (2019). Estudio comparativo de plantas medicinales vinculadas a tradiciones indígenas y europeas en Uruguay. *Revista Bonplandia*. Vol. 28, n.º 2. <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/bon/article/view/3855/0>
- Tabakian, G. (2022). Etnomedicina y etnobotánica en Bella Unión: prácticas y saberes en la triple frontera (Argentina, Brasil y Uruguay). Tesis de Doctorado. Inédita.

- Tabakian, G. (2024). Etnobotánica médica en Artigas, Uruguay. *Revista Bonplandia*. Vol. 33, n.º 1. <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/bon/article/view/6980>].
- Wade, D. (2015). Los guardianes de la sabiduría ancestral. Su importancia en el mundo moderno. Sílabas editores. Medellín.
- Williams, L. (2006). Ethnomedicine. *Revista Médica de las Indias Occidentales*. Vol. 55, n.º 4, pp. 215-216. <https://www.mona.uwi.edu/fms/wimj/article/390>.

REPENSAR EL EMBARAZO ADOLESCENTE A LA LUZ DE CAMBIOS EN LA FECUNDIDAD EN URUGUAY, (CENSO 2023)

Eloisa Rodríguez

El objetivo de este artículo es replantear el tema del embarazo adolescente a partir de datos de un estudio etnográfico, con énfasis en registro cualitativo o trabajo de campo, que realicé en los años 2016 al 2018 en un barrio lindero a la costa oeste de Montevideo. La revisión y actualización ahora propuesta se basa en la constatación de una reciente disminución de la fecundidad en general y en particular de la fecundidad adolescente en Uruguay, según datos del censo de población del 2023¹.

Si bien desde hace años Uruguay se encuentra con índices de natalidad similar a los países más desarrollados, dada la consolidación de la baja fecundidad y el envejecimiento como atributos distintivos de la actual demografía del país (Cabella W., Fernández Soto, M., Pardo I., Pedetti G. (2023), la gran caída que se ha producido con respecto a los embarazos adolescentes desde hace pocos años (aproximadamente en el 2016 comenzaron a relevarse algunos registros según Cabella et al. 2023), torna necesario intentar indagar cuáles pueden haber sido los factores que intervinieron para producir un cambio tan notable en las tasas de fecundidad en adolescentes.

En la investigación que realicé sobre relaciones familiares, me interesaron especialmente algunos temas que surgieron en el trabajo de campo y que a priori no me había planteado buscar especialmente. Se podría decir, que se fueron

1 www.gub.uy Ministerio de Salud Pública. Adolescencia y juventud.

transformando a medida que avanzaba en la investigación en ejes temáticos, que me llevaron a develar determinados lineamientos alrededor de miradas y de hechos que me llamaron la atención, éstos fueron entre otros el embarazo en adolescentes.

En el transcurso de la investigación, por medio de la observación y las entrevistas, fui profundizando en las representaciones, prácticas y vínculos socioculturales con respecto a dicho tema. Y a medida que me iba haciendo conocer y lograba una mayor implicancia con las familias y personas del barrio, fui también analizando la valoración de intercambios socioculturales, relacionados con la producción-reproducción de los componentes relacionales simbólicos, dentro de la familia y de la existencia social dentro del barrio y de éste hacia otros barrios de la ciudad.

A propósito del embarazo adolescente, pude observar la frecuencia de casos en el lugar; durante conversaciones que mantuve con habitantes, vecinos, al preguntarles cuál consideraban el problema más relevante del barrio, en su mayoría respondían: las adolescentes embarazadas (también podían decir que no lo veían como un problema a nivel individual, o sea que había sentimientos ambivalentes, no viendo como contradicción diferencia de valoración en el plano social y el plano más personal) y agregaban que al poco tiempo, muchas de ellas quedaban cuidando de sus hijos, apoyándose en la ayuda económica de la familia materna, porque el padre «no se hacía cargo». También observé que las adolescentes no sólo se embarazaban una vez como episodio aislado, sino también que algunas jóvenes con 20 años ya tenían dos hijos o más, o sea reiterando embarazos (hay que pensar que aún tienen una larga vida reproductiva por delante). Además comprobé, que gran parte de las mujeres adultas entrevistadas había reproducido un modelo: sus madres también habían quedado embarazadas entre los 15 y 19 años.

Este tema lo abordé en otro trabajo publicado (Rodríguez E., 2017), en relación a las adolescentes embarazadas y a falta de proyectos de vida de los/as jóvenes en este barrio. En dicha publicación analizaba estas ausencias a partir de diferentes aspectos (sociales, educativos, salud, económicos, históricos) y afirmaba que notaba un cambio cultural a nivel social, en

el sentido que se habían desdibujado aspectos socioculturales que eran aglutinantes y creadores de identidad, que permitían una interacción fluida, en espacios sociales compartidos, intercambios con posibilidades de concebir vivencias y experiencias personales e identificarse con otras figuras que tal vez otorgaban sentido a proyectos de vida, diferentes de la situación de origen. Me refería a frecuentación de familiares en una parentela extendida, a actividades en barrios, entre otros.

Cabe agregar, que también ha cambiado en el plano laboral, ya que hoy en día lo que predomina en algunos sectores populares, como en el barrio estudiado, son empleos informales y poco calificados que contribuyen a una precariedad laboral y por ende a una mayor individualización y soledad en los intercambios y relaciones laborales, que inciden en la vida en general, produciendo mayor vulnerabilidad.

También advertí la escasez de vínculos familiares y de amistad, es decir las relaciones se reducían a la familia nuclear o monoparental. Como dice Marc Augè (2014-56) «(...) hoy lo que amenaza en primer lugar es la ruptura del vínculo social y más ampliamente, el deterioro de lo simbólico en su conjunto o dicho de otro modo, del pensamiento de la relación». Sin flujo de intercambios es difícil crear un cambio de pautas culturales que hagan posible cierto grado de autonomía de los individuos en relación a proyectos de vida que puedan desarrollar fuera del ámbito doméstico.

Los espacios de interrelación y de encuentro culturalmente productivos ya mencionados, son ocupados hoy en día por nuevos intereses: en particular consumos varios (exteriorizados) que dan un mensaje errado de status social, creando una ilusión de identidad con un posible vacío socio-afectivo a su alrededor. A propósito de este tema, se puede hacer referencia a lo que Marshall Sahlins (2015) definió como *la concepción de la propiedad mágica del dinero* que pareciera que todo lo resuelve, así como *los bienes de prestigio* que comprenden las monedas de las transacciones de dar vida, dotar con un estatus y concebir la sociedad.

En el barrio estudiado existía también un aislamiento con respecto a otros barrios y su población, ya que el espacio geográfico formaba como una insularidad, rodeado de naturaleza

(campo por un lado y por el otro una playa que da al Río de la Plata), limitándose la circulación hacia dentro del mismo y alejándose del resto de Montevideo. Esto hacía que, por un lado podría ser una *defensa o escudo social* para ciertas adversidades que asolan los barrios populares, como en este caso era el nivel de seguridad que tenía el barrio debido a que todos se conocían. En este sentido su aislamiento los favorecía. Es justamente debido a estas características, que los vecinos enseguida podían detectar quién era la gente que venía de afuera del barrio y podían mantener cierto control en relación a la seguridad. Pero por otro lado, existía un alejamiento de intercambios con el resto de la sociedad, de la ciudad. Si bien he observado casos, como el de los integrantes de la comisión barrial, que mantenían relatos de solidaridad hacia sus vecinos y de cuidado del entorno barrial, había por lo general un escaso mantener/construir vínculos externos a la familia nuclear o monoparental.

Partiendo de estos conceptos es que me situé en la investigación, considerando, que el aislamiento que presentaba el barrio, se debía a su ubicación espacial, pero también a su propia configuración sociocultural y socioeconómica más bien homogénea. Se había conformado un barrio enteramente familiar, donde muchas de estas familias estaban emparentadas entre sí y a su vez al ser pocos sus habitantes (104 familias) todos se conocían. Los varones por lo general tenían trabajos informales o poco calificados y las mujeres quedaban a cargo de las tareas del hogar o si eran hogares monoparentales con jefatura femenina, las mujeres tenían trabajos zafrales o eran empleadas domésticas, entre otros.

Desde este lugar fue que comencé a percibir que el hecho de no contar con un adecuado sostén de redes sociales, podría llevar a crear un contexto desfavorable para el desarrollo personal y en especial para la integración social de las y los jóvenes que no trabajaban ni estudiaban, incluyendo a las adolescentes embarazadas.

Embarazo adolescente

Riesgos de salud en los embarazos adolescentes.

Según datos de la OMS²:

- 16 millones de adolescentes entre 15 y 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medios.
- Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años en todo el mundo.

De acuerdo con datos del año 2019 del Fondo de Población de las Naciones Unidas³ (UNFPA, por sus siglas en inglés), las principales causas del embarazo adolescente en Uruguay, al igual que en la mayoría de los países del mundo occidental, son las desigualdades económicas, educativas, sociales, culturales y de género.

Embarazo adolescente en nuestro país

En lo que refiere específicamente a la salud, existe una serie de estudios realizados en poblaciones de similares características⁴, que demuestran que el riesgo de parto prematuro es mayor en las adolescentes mientras menor es la edad de ésta,

2 Centro de Prensa Organización Mundial de la Salud OMS consultado 24/3/2019 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>

3 Marco Estratégico de la Prevención y Reducción del Embarazo No Intencional en La Población Adolescente del Cono Sur. UNFPA-América Latina 2017 Consultado 1 Abril 2019:

<https://lac.unfpa.org/es/publications/marco-estrat%C3%A9gico-de-la-prevenci%C3%B3n-y-reducci%C3%B3n-del-embarazo-no-intencional-en-la>

4 En lo que respecta a las patologías del parto, se señala que mientras más joven es la adolescente, mayores son las alteraciones que pueden ocurrir en relación al parto. Esto es debido principalmente a una falta de desarrollo de la pelvis materna, lo que condicionaría una mayor incidencia de desproporción cefalo-pélvica, constituyendo, una causa importante de trabajos de parto prolongados y partos operatorios, tanto fórceps como cesáreas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, v. 67, n.º 6, Santiago 2002. versión On-line ISSN 0717-7526. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000600009

siendo el grupo de verdadero riesgo las adolescentes y niñas que se encuentran entre los 10 y los 15 años, no existiendo diferencias en el grupo entre 16 y 19 años con respecto a las pacientes adultas.

En lo que refiere a embarazos entre 10 a 15 años, desde la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) de nuestro país, la mitad de los embarazos infantiles que atendió dicho organismo entre mayo de 2021 y abril de 2023 fueron producto de situaciones de abuso. Registrándose en esos años 119 embarazos de menores de 15 años⁵. Por tanto, el embarazo en niñas entre 10 a 14 años no sólo conlleva riesgos físicos sino que vulnera ampliamente, entre otras cosas, la vida psíquica y emocional de esas niñas y adolescentes por producir un cambio violento y abrupto entre la etapa de la niñez y la de ser madre. En la investigación que realicé encontré tres casos de embarazo a los 14 y 15 años:

(...) quedar embarazadas a los 14 años y haber tenido 7 hijos, nadie me explicó, nadie me educó. Me fui con el que es mi esposo a esa edad no por amor sino por salir de mi casa, del maltrato de mi padre y de los novios de mi madre. Hice hasta 3° de escuela. Mujer de 41 años con 7 hijos y tres nietos.

Me quedé igual embarazada (después de su primer hijo a los 15 años) con los otros hijos con las pastillas. (Le digo que es porque se habrá olvidado tomarlas), pero me dice que no y cambia de tema (Notas de diario de campo).

(...) cuando quedé embarazada con 14 años me mandaron al Inau (Instituto Nacional de Adolescencia de Uruguay), fue mi salvación porque mi hija fue el cable a tierra, mi primer pareja andaba ‘malandreado’ por ahí. A mi madre no le importó que quedara embarazada (...). Madre de 37 años de tres jóvenes, que es abuela.

5 <https://mediospublicos.uy/la-mitad-de-los-embarazos-de-ninas-y-adolescentes-menores-de-15-anos-son-casos-de-abuso/> Extraído febrero 2024

En muchos pueblos indígenas se considera que una joven se encuentra apta para tener relaciones sexuales una vez que haya tenido la primera menstruación, lo que generalmente suele suceder entre los 12 y 13 años. A propósito de esto, el antropólogo francés Jean Pierre Chaumeil (2015)⁶, especializado en estudios en el pueblo Yagua en Perú, afirma: «la mujer no era declarada apta para el matrimonio, sino después de haber menstruado» (p. 284).

Esta costumbre la menciono para que se pueda entender lo importante que es el contexto donde se manifiestan los hechos culturales. En nuestra cultura occidental existe lo que se llama adolescencia, el período intermedio entre la niñez y la adultez, en donde no se «está preparado» para tener un hijo porque precisamente es cuando recién se está saliendo de la niñez con todo lo que eso significa en nuestra cultura. En la sociedad indígena mencionada, por el contrario las mujeres se consolidan como tales con todo lo que ello significa (en cuanto a saberes disponibles en su cultura) cuando tienen la primera menstruación, ellas son sostenidas por su cultura y comunidad con un rito de pasaje y por tanto no hay duda ninguna de que tener un hijo a esa edad es algo posible y socialmente aceptado en ese contexto cultural (no hay datos confiables sobre mortalidad materna en edades tempranas en culturas indígenas).

Embarazo adolescente en el barrio en cuestión

Relacionado con estos datos, lo que registré en el barrio fue que, aun cuando no tenían carencias críticas, existía la falta de estímulos educativos o laborales en los jóvenes en general y en las jóvenes madres entrevistadas.

(...) el nivel (del liceo del barrio) es bajo, mi hija mayor cuando fue a otro liceo (de otro barrio) se dio cuenta y se frustró, ahora está repitiendo. Notas extraídas del

6 Chaumeil, Jean Pierre. 2015. «Los Yagua» en Guía Etnográfica de la Alta Amazonía. Vol. 1- Fernando Santos y Frederica Barclay (editores), FLACSO, IFEA.

<http://departamento.pucp.edu.pe/derecho/wp-content/uploads/2015/05/Libro-completo-PERITAJE.pdf>

trabajo de campo en una entrevista a una madre de dos hijas adolescentes.

Mi hijo de 16 años sigue en 1º de liceo porque no le gusta. No estudia nada, pero antes de tenerlo en la calle lo prefiero mandar ahí. Notas de campo de entrevista a madre de dos adolescentes y un niño.

(...) Pero esa escuela y ese liceo son muy problemáticos, mi hija no sabe ni leer bien, (está en 1º de liceo) Madre de dos adolescentes.

Las adolescentes no quedaban embarazadas como un solo episodio sino que también era frecuente que se reiteraran los embarazos; como ya señalé antes algunas jóvenes con 20 años ya tenían dos hijos o más, entonces hay que preguntarse ¿cómo podrían sostener esa vida de maternidades precoces y numerosas en relación a lo educacional y a proyectos de vida de ellas y sus hijos? Pero al reproducir un modelo familiar, o sea conocido, ellas no consideraban su embarazo como un problema, sus madres y familiares tampoco.

Yo le dije que se cuidara pero ella lo quiso así (...) decía una madre con respecto a su hija de 18 años con un hijo de 2 años, y a su vez la abuela del niño había tenido su primer hijo a los 17 años.

(...) pero las abuelas tampoco son como las de antes, muchas no los quieren cuidar (a los nietos), yo tengo una amiga que su bebe ya tiene 11 meses pero la madre no se lo quiere cuidar (...).

A propósito de esto, observé en las notas extraídas del diario de campo: Hay veces que tampoco se encuentra ayuda dentro de la misma familia, en donde la propia abuela es la que se niega a cuidar por unas horas al nieto y muchas veces no es porque tenga trabajo fuera de la casa, sino porque la abuela es joven también y tiene a su vez hijos pequeños que criar.

El modelo que se reproduce es el de adolescentes que no han completado sus estudios ni han tenido ningún contacto con el mercado de trabajo, que están confinadas en su ámbito doméstico, que presentan escasos intercambios culturales fuera de este contexto, así como con proyectos de vida en general.

Por otro lado, coincidiendo con Varela Petito y Doyenart (2017)⁷, hay un reconocimiento y valoración en su entorno social hacia la maternidad porque ésta se concibe en muchas adolescentes como un pasaje o puerta de entrada hacia la vida adulta, ellas lo viven como el proyecto de vida al que pueden aspirar y en donde se sienten en cierto sentido, protegidas y valoradas.

Del mismo modo, hay que señalar que esta población tiene fácil acceso a las instituciones de salud por lo que pueden manejar conocimientos y prácticas de cuidado *seudo medicalizadas*, aunque puede no darse una relación eficaz entre las instituciones de salud y los/las usuarios/as, sólo algunos agentes de salud logran concretar a veces una consulta educativa en donde se puedan explicar causas, consecuencias y prevención de cuidados en general.

Con respecto a esto último, en una investigación (Crosa S. et al 2013)⁸ referida a los motivos de no llevar a los hijos pequeños a control, dice una doctora entrevistada: «La falta de claridad provoca malestar en los usuarios constituyéndose así en un factor que puede influir en la asistencia a controles futuros» (2013-22).

Esta investigación realizada por un equipo de Licenciadas en Enfermería refiere a las causas del incumplimiento del control de salud en los menores de tres años en los servicios de atención de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado). Entre las causas más importantes menciona el contenido educativo que recibieron esas madres por parte del personal de salud en los controles de sus hijos.

Con respecto a esto una doctora entrevistada decía:

No se ha hecho una campaña adecuada de explicación a la población, de por qué es importante el control. Uno les dice “tenés que controlarlo, tenés que

7 Varela Petito C. y Doyenart M. 2017. Salteando etapas del curso de vida: maternidad en la adolescencia. Cuadernos del Claeh .Segunda serie, año 36, n.º 106, 2017-2 · ISSN 0797-6062 - ISSN [en línea] 2393-5979, pp. 37-56 <http://publicaciones.claeh.edu.uy/index.php/cclaeh/article/download/318/231>

8 Crosa Silvia, et al. 2013. ¿Por qué faltan los niños y niñas menores de tres años al control de salud? Udelar—Facultad de Enfermería, CSIC.

controlarlo” pero no le explica el por qué (...) Me da la sensación que lo mismo pasa con los embarazos, todo es como una orden “tenés que hacer esto” Y no le explicás por qué tiene que hacerlo (...) No se toma el tiempo de explicarle porqué es importante (...) (2013-67).

Existen también programas por parte del Ministerio de Desarrollo Social (Zaffaroni, C. y Alarcón, A., 2014) , referidos a familias, también los Centros CAIF (Centros de Atención a la Infancia y a la Familia), trabajan en los barrios, muchas madres llevan a sus hijos pequeños allí. Pero también surgen problemas en relación a la preocupación por parte de estos centros de realizar un trabajo más continuo y de profundizar el trabajo con las familias; a propósito de esto afirmaba una técnica:

Los que tienen mayor necesidad de asistencia en general no lo hacen espontáneamente, hay que irlos a buscar, hay que generar la demanda...los técnicos tendrían que ir hacia las familias, pero la propia estructura limita esa posibilidad. El personal es limitado, las dedicaciones también. (2014-180).

¿Se puede hablar de saberes informales con respecto al autocuidado?

Se podría decir que en el trabajo de campo no registré prácticas populares referidas a saberes informales relacionados con el autocuidado, como tampoco un marco sociocultural que pueda servir de contención para prevenir el embarazo adolescente y así poder asegurarse un futuro mediante determinados conocimientos en donde se pueda aspirar a una mayor autodeterminación para enfrentar la vida.

(...) dice que se olvidó de tomar dos pastillas anticonceptivas, y se tomó todo el paquete junto. La madre dice que ella tuvo el diu pero que no sabía tampoco lo de la pastillas. Notas de campo de entrevista a madre adolescente de 17 años y a la madre de ésta.

En el barrio estudiado el modelo tradicional del hombre proveedor y la mujer al cuidado de la casa y de la crianza de los

hijos era el que prevalecía. Las mujeres jóvenes si estaban a cargo de hijos pequeños por lo general no trabajaban ni estudiaban, vivían generalmente en la casa con sus padres, se mantenían económicamente con los aportes del Ministerio de Desarrollo Social o si estaban en pareja lo hacían con lo que aportaba el trabajo de su compañero. Estos roles tradicionales de género producen una cierta forma de expresión del sentido maternal en muchas adolescentes, jóvenes y también en niñas. Por tanto, no es que quedaban embarazadas por no conocer métodos de anticoncepción, sino que o los empleaban de forma no adecuada por no tener un conocimiento claro sobre dichos métodos, su funcionamiento y sus efectos, o simplemente no los empleaban porque no consideraban que estaban tomando una decisión que les cambiaría completamente su vida. La maternidad entonces era tomada como un destino inexorable, dejando de lado expectativas educacionales y laborales, aunque a éstas las mantengan como un ideal a futuro. Entonces el embarazo muchas veces era deseado por ellas, formaba parte de su proyecto de vida, pero, ¿acaso tenían condiciones de concebir otros proyectos?

Esto se reflejaba en los pocos estímulos que tenían, con una vida rutinaria y en el encierro en la propia casa, como también el no salir del barrio hacia otros lugares de la ciudad, de modo que estos vacíos eran sustituidos por un especial cuidado que tenían algunas de las jóvenes con sus hijos pequeños por vestir con ropa de marca, como si esto les asegurara, un status social y les diera un sentido a su vida.

(...) en un mes quedan embarazadas pero después se los cuidan las madres, ellas quieren salir a bailar, las mujeres algunas trabajan pero la plata la tiran en “pilchas”, en ropa de marca, tener hijos es como decir me compre una ropa nueva, hoy no lo ven como tan importante, les interesa estar bien “empilchadas”, y al hijo comprarle también ropa de marca pero solo es para que los demás los vean (...) Mujer 32 años separada, madre de tres adolescentes.

El vacío que se observa en torno a lo que identifico como *encierro*, se ha llenado con consumos varios. Podría decirse que

así se observa en toda la sociedad occidental, pero sorprende comprobar cómo se hace fuerte en los niveles socioeconómicos medios bajos y bajos, tal vez porque crea un efecto de inclusión. El tener acceso sobre todo a ciertos objetos de marca, hace que se cree una ilusión de pasaje a una suerte de prestigio social.

La vida cotidiana de las jóvenes, discurría ente la tv (principalmente teleteatros y programas de entretenimientos), y los quehaceres domésticos y si eran madres al cuidado de sus hijos. Muchas de ellas se quedaban viviendo con sus familias de origen, construyendo habitaciones o sus casas en el mismo predio familiar. La mayoría, no estudiaba ni trabajaba, las que tenían hijos decían que cuando su hijo crezca se verán más libres y podrán trabajar de empleadas domésticas o hacer algún curso de cocina o peluquería, es decir seguían reproduciendo un modelo femenino estereotipado, dentro de la órbita del ámbito doméstico, que les asegurara un trabajo pero sin tener acceso a una preparación calificada. No iba a ser bien remunerada; no había una intención concreta de ampliar las perspectivas de futuro porque no tenían herramientas para realizar otros proyectos y así continuaban en la misma situación.

(...) ellas no tienen mucho futuro porque ninguna quiso seguir estudiando, ninguna termino liceo, hicieron hasta primero. La menor repitió y ahora está en cuarto de escuela. Padre 51 años de tres adolescentes y una menor.

Ninguna trabaja, los maridos sí, la de 17 años ya tiene un hijo de 2. El único trabajo que podrían conseguir sería de doméstica o trabajando en alguna fábrica. La de 22 años tiene dos hijos, de 3 años y de 8 meses. La de 20 años tiene un hijo de 3 años. Padre de las jóvenes.

Mi hija está en 1º de liceo, pero casi que no sabe leer, la quiero mandar a la UTU para que busque algo para tener para desenvolverse en la vida, cursos de peluquería, de cocina. Madre de tres adolescentes.

Cambios en la fecundidad

En el año 2022 la cifra de embarazos en adolescentes se redujo; en ASSE de 84 casos en 2020 a 62 en 2022. En el marco

del Día Mundial de los Derechos del Niño, la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) realizó el Primer Encuentro Nacional de Equipos de Salud.¹⁸ nov. 2022⁹.

Cabe agregar que, la cantidad de embarazos no intencionales de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años en Uruguay, comenzó a modificarse alrededor del 2016, llegando a una disminución de un 38% en el 2018.

En una entrevista, en el año 2018, en el diario El País¹⁰, la demógrafa Wanda Cabella afirmó que:

La caída de los nacimientos es sorprendente. Está claro que Uruguay tiene una fecundidad a la baja desde mitad del siglo XX y que seguirá descendiendo, eso lo ha caracterizado frente al resto de países de América Latina. Pero lo que sorprende es la magnitud de la caída de estos últimos tres años: Estamos hablando que el año cerrará con menos de 1,7 hijos por mujer en edad de ser madre. (...) es consecuencia de que las mujeres están aplazando la edad en que tienen a su primer hijo. Eso que se llama la postergación de la maternidad (...) En Uruguay, a esta altura, se está cerca de los 25 años. Pero lo particular de Uruguay es que si bien caen los embarazos en todas las edades, entre las mujeres más jóvenes se nota más el descenso.

Este descenso en la fecundidad, Cabella lo atribuye en parte a una mayor efectividad en los métodos anticonceptivos, utilizados mayormente en las jóvenes y adolescentes por la aplicación de políticas públicas, específicamente los implantes sub dérmicos. Éstos pueden ser más fáciles de usar que otros métodos por la comodidad de que no sería necesario un mayor control o constancia en la toma diaria como es el caso de los anticonceptivos orales:

9 [https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/cifra-embarazos-adolescentes-se-redujo-asse-84-casos-2020-62-2022#:~:text=Pre-veni%C3%B3n,Cifra%20de%20embarazos%](https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/noticias/cifra-embarazos-adolescentes-se-redujo-asse-84-casos-2020-62-2022#:~:text=Pre-veni%C3%B3n,Cifra%20de%20embarazos%20)

10 Dio a conocer datos preliminares sobre un estudio que realizó junto con colegas de Programa de Población de la facultad de Ciencias Sociales, sobre la baja del índice de fecundidad en nuestro país a partir del año 2016. www.elpais.com.uy/informacion/politica/caida-nacimientos-sorprendente.html 25/11/2018.

(...) La baja de la fecundidad y natalidad tiene su parte positiva: la población está accediendo a métodos anticonceptivos efectivos y, sobre todo, cayeron los embarazos en adolescentes (...) hace tres años la tasa de fecundidad en adolescentes era de 58 cada 100.000 y ahora se terminará el año con la mitad (...) Aseguraba Cabella en esa entrevista.

Cabella, Pardo y otros (2023) en este trabajo reafirman, que la baja de la fecundidad adolescente se puede asociar al implante sub dérmico como método anticonceptivo, incorporado en el sistema público de salud, obteniendo una gran recepción entre los adolescentes y jóvenes. A su vez, estos autores sostienen que el hecho de que el proceso de postergación de los embarazos esté ocurriendo en edades muy tempranas del ciclo reproductivo, entre los 15 a 22 años, podría haber una recuperación de la fecundidad en el corto plazo, ya que se está en edades en las que todavía es frecuente la fecundidad. Por tanto, es esperable que al menos una parte de los nacimientos de madres adolescentes evitados durante esta *gran caída*, ocurran en los próximos años, pero que vayan a engrosar las tasas de las madres de 25-29 años o más.

Sostienen que

Si bien se trata de especulaciones, no parece disparatado prever que la fecundidad tendrá un ligero rebote, bajo la hipótesis ya mencionada de que una parte importante de estas adolescentes y mujeres muy jóvenes no hayan abandonado por completo el proyecto de tener hijos, sino dilatado la decisión de iniciar la vida reproductiva (2023-27).

Pero más allá de estas especificidades, Uruguay comparte una característica de la región: los comportamientos demográficos se han diferenciado por sectores sociales. Para el caso de la fecundidad, a pesar de los avances realizados y de lo referido más arriba, demuestran un desequilibrio grande por el cual el promedio de hijos tenidos por las mujeres menos educadas, inactivas y con condiciones de vida carentes es sensiblemente mayor al promedio alcanzado por el otro extremo de las condiciones sociales (Cabella, W.; Fernández Soto, M et al. 2015).

Comentarios finales

El embarazo adolescente puede ser analizado como una *vulnerabilidad sociocultural*, en el sentido que es mucho más frecuente en los niveles socioeconómicos bajos y medio bajos, dando cuenta entonces de desigualdades económicas, educativas, sociales, culturales y de género que se encuentran en dichos sectores.

Precisamente, es por eso que sostengo que el embarazo adolescente profundiza la vulnerabilidad y exclusión, limita las posibilidades de desarrollo y autonomía de las jóvenes en sus proyectos de vida, no sólo en el aspecto material, ya que el ingreso económico puede ser un medio de acceso al sistema social, sino que la cuestión cultural va más allá, es permitir el acceso a un modo de vida más favorecedor en sentido amplio.

Ahora bien, con los datos que nos proporcionan las estadísticas y los estudios demográficos con respecto a los cambios en la fecundidad sobre todo en el embarazo adolescente, el 52% de ese descenso en la fecundidad en los últimos años se dio entre los 15 y los 24 años, lo que significa que en este lustro Uruguay adoptó políticas de combate al embarazo adolescente no intencional que surtieron efecto como los mencionados parches anticonceptivos sub dérmicos (Pardo et al 2023). Es pertinente entonces, comenzar a preguntarnos si este cambio en tan corto tiempo es realmente producto de nuevas pautas culturales establecidas o es algo que se podría revertir con el tiempo, volviendo a similares índices de fecundidad del pasado reciente.

Hay que tener en cuenta los cambios que se han producido en la sociedad en los últimos años, en relación específicamente al embarazo adolescente considerando el implante sub dérmico anticonceptivo de gran importancia, pero también hay que tener en cuenta aspectos más globales como la aceleración del tiempo (Augé, M., 19), las opciones cada vez mayores de consumo, las dificultades para acomodar de una manera equilibrada la vida cotidiana, los hijos, el trabajo, y también el auge de los movimientos feministas¹¹, ¿habrá de alguna manera llegado el *empoderamiento* de la mujer realmente hasta sectores más populares o sumergidos?

11 Cabella W (2023), también se lo pregunta.

Por otro lado, aunque todos estos factores existían hace unos seis años cuando investigaba el embarazo adolescente en el barrio estudiado, había algo que hacía relativamente poco se había empezado a instalar entre los jóvenes de sectores populares y era el uso de internet móvil, específicamente el celular. En estos años se incrementó notablemente el uso de internet que llegó a nuestro país en forma casi masiva a todos los hogares.

Entre 2010 y 2019 el porcentaje de hogares con conexión a internet saltó del 44 al 88% y el de hogares con banda ancha fija de 33 a 71%, según la Encuesta de Usos de Tecnologías de la Información y la Comunicación 2019 realizada por la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y del Conocimiento (Agesic) y el Instituto Nacional de Estadística (INE)¹². Además del crecimiento en la conexión, que aumentó de 44 al 88% en una década, también se redujo la brecha de acceso a internet por nivel socioeconómico. En 2010 tenía internet el 66% de los hogares del quinto quintil (el 20% con mayores ingresos) y sólo el 22% del primer quintil (el 20% más pobre). En 2019 esos porcentajes se situaron en 70 y 99%. La brecha cayó de 44 puntos a 29. El uso de PC para acceder a internet cayó fuertemente entre 2016 y 2019. Pero también se disparó la conexión a internet móvil que saltó de 52 a 72% de los encuestados entre 2016 y 2019. De hecho el 90% de los encuestados que se conecta a internet lo hace a través del celular y sólo 30% declara usar (sólo o también) una PC. Otro dato interesante que revela el INE es que el principal uso de internet entre 2010 y 2019 fue la participación en redes sociales que aumentó de 62 a 100%¹³.

Esta herramienta probablemente también fue una de los factores que contribuyeron a que estos sectores de jóvenes tuvieran mayor interrelación con grupos de pares y quizás permitió que de alguna manera ese aislamiento en relación a las pretensiones de desarrollo de esas jóvenes, hubiera en cierta medida cambiado y quizás pospuesto la mirada del modelo de

12 www.gub.uy Uruguay digital Acceso y uso de internet. Extraído marzo 2024

13 www.gub.uy Uruguay digital Acceso y uso de internet. Extraído marzo 2024

maternidad. Sobre todo en aspectos relacionados con un cambio sociocultural en cuanto a valores relacionados con la maternidad/paternidad y la autorrealización individual. Habrá que seguir investigando la trayectoria de vida de las jóvenes que han aplazado su maternidad, en qué sentido se ha modificado, a qué aspiran, cuáles son sus proyectos.

También es interesante destacar que, de mantenerse estos resultados, podríamos encontrarnos frente a otro cambio positivo, en el sentido que se pueda llegar a romper en parte el *círculo de la pobreza* con respecto a los embarazos en adolescentes registrado desde hace décadas en nuestro país (Romero Gorski, 2003). Hay que recordar que en investigación etnográfica en Ciudad Vieja en 1989/92, se relevaron casos de mujeres de 36 años que ya eran abuelas, hasta con nueve hijos y que por su edad no podían lograr intervenciones médicas, como la «ligadura de trompas» que demandaban (ver Romero Gorski, S., 2003)

Más allá de toda especulación, también quisiera destacar, lo fundamentales que son las prácticas de cuidado dentro y hacia fuera del ámbito doméstico, sobre todo referido a la atención de la niñez, (hay que tener presente las cifras alarmantes de la pobreza infantil que desde hace años sufre el Uruguay¹⁴) y por ende la necesidad de objetivos más adecuados de las condiciones de crianza. Sostener este tipo de políticas públicas de control de maternidades precoces podría generar aspectos más favorables en las intenciones reproductivas de las poblaciones más vulnerables, pero también para mejorar el bienestar de los niños ya nacidos, en un país donde la proporción de pobreza infantil duplica a la total.

También sería altamente beneficioso para los jóvenes adultos padres y madres, que se puedan insertar en el mercado de trabajo, ya que hay que tener en cuenta la cifra de trabajadores informales que no acceden o lo hacen parcialmente, a un vínculo formal con los programas del Estado referidos a aliviar la pobreza en hogares con niños. Desde esta perspectiva habría que aspirar también a una brecha de género cada vez menos

14 INE Encuesta Continua de Hogares Uruguay 2023. Uno de cada cinco niños menores de 6 años es pobre. No mejora su registro desde el año 2019.

significativa, que puedan criarse los niños en un ambiente más favorable y que los adultos puedan trabajar sin que los aspectos negativos mencionados les lleve a renunciar a alguna de estas dimensiones de la vida.

Referencias bibliográficas

- Augé M., (2014). Los nuevos miedos. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Cabella w. Fernández Soto M. Pardo I. Pedetti G. (2023). La gran caída. El descenso de la fecundidad uruguaya a niveles ultra-bajos (2016-2021) *Programa de Población Documentos de Trabajo Documento n.º 11* Junio 2023 ISSN 2393-7459. <https://www.colibri.Udelar.edu.uy/js-pui/bitstream/20.500.12008/37645/6/DT%20UM-PP%2011.pdf>
- Cabella, W.; Fernández Soto, M et al. (2015). El período intercensal 1996-2011: contexto socioeconómico, cambio familiar y demográfico. En: *Atlas sociodemográfico de la desigualdad en el Uruguay*. Fascículo 6, Trilce, Montevideo.
- Pardo I., Pedetti G., Fernández Soto M., (2023). Políticas asociadas a la fecundidad: revisión de la evidencia internacional para el análisis del caso uruguayo. *Programa de Población*. Documento n.º 12 ISSN 2393-7459
- Rodríguez, E. 2017. Embarazo adolescente: tema que no se registran recursos preventivos en la Medicina Popular. En *Medicina popular: Viejas y Nuevas Prácticas*. Publicación del Programa de Antropología y Salud. FHCE. Coord. Sonia Romero Gorski. Nordan, Montevideo.
- Romero Gorski S. (2003). *Madres e hijos en la Ciudad Vieja*. Ed. Nordan, Montevideo.
- Sahlins, M. (2015). Sobre la cultura del valor material y la cosmografía de la riqueza, *Revista Etnografías Contemporáneas*, 1, pp. 181-226.
<https://revistasacademicas.unsam.edu.ar/index.php/etnocontemp/article/view/396/368>
- Zaffaroni, C. y Alarcón, A. (2014). 25 Años de Plan CAIF. 2014. Una mirada en profundidad a su recorrido programático e institucional. UNICEF-Uruguay.

UNA MIRADA ETNOGRÁFICA A LA MEDICALIZACIÓN DE LAS AUTOLESIONES Y EL SUICIDIO EN CÁRCELES URUGUAYAS DURANTE LA PANDEMIA

Rodrigo Abraira

Introducción

Quisiera colocar aquí reflexiones breves sobre uno de tantos efectos que la pandemia de la *Covid19* propició, y al cual pude acercarme a través de una aproximación etnográfica realizada cursando una pasantía (tutelada por el Programa Antropología y Salud), en tiempos de la difusión pandémica provocada por la expansión del coronavirus *SARS CoV2*.

Durante 2020 me dispuse a investigar el problema de las autolesiones en el contexto de cárceles uruguayas, ya que buscando un problema de salud existente, dentro del espacio carcelario, donde poner el foco, el tema de las autolesiones apareció como absolutamente intocado según lo que se leía en el informe del Parlamento del Uruguay (2017).

El proyecto de pasantía consistió en realizar un acercamiento etnográfico, en espacios de atención de salud intra carcelaria para poder registrar esta problemática y algunas posibles causas o vínculos.

Cuando todo estaba preparado para comenzar con el trabajo de campo, se conoció la aparición de la pandemia, y como consecuencia las medidas restrictivas de contacto social impidieron que pueda ingresar a los institutos penales. Las visitas para los internos se restringieron, y la disponibilidad de los espacios de tránsito se acotaron. Estas medidas o dificultades

condujeron a que mi propuesta tomara otro rumbo, y continuara su desarrollo con entrevistas virtuales a técnicos, o también tomando la vía de contactos con personas en situación de calle que habían utilizado en su momento la atención de salud intra carcelaria, tras provocarse autolesiones, o intentos de suicidio.

Más allá del resultado en detalle de dicha aproximación etnográfica, el cambio en el contexto y un giro metodológico a tiempo, me permitieron observar atentamente una de tantas alteraciones del funcionamiento institucional, tras la aparición de la pandemia que con gran amenaza de transmisión aérea, instaló rápidamente el miedo en gran parte de la sociedad, y cambió algunas prioridades para la salud pública y privada. Es por ello que mi intención radica en un ejercicio reflexivo y expositivo, tomando como punto de partida las contribuciones de algunos autores considerados pertinentes en esta materia, es decir sobre los males que se encuentran instalados en contextos de castigo, sobre cómo habilitó la cárcel al tratamiento, o no tratamiento, de estos males, e intentar caracterizar algunas cuestiones vinculadas al tema.

Límites para la medicalización

En una posible clasificación, las autolesiones forman parte de ese gran conjunto de prácticas que son catalogadas como *conductas de riesgo* (Le Bretón, 2011) o también autodestructivas. En su peor expresión se encuentra el suicidio o sus intentos, aunque esos casos suelen ser catalogados de forma diferenciada. Las causales atribuidas son múltiples, siendo posible en contextos carcelarios identificar por lo menos tres.

En primer lugar el hacinamiento (en términos de *proxemia* se ha establecido que la falta de distancia «saludable» es desencadenante de desarreglos comportamentales, según estudios de Edward T. Hall, 2003 [1969]). En segundo lugar, la imposibilidad de poder gestionar el dolor como consecuencia de la falta de contención durante la primera infancia, producto de un problema estructural que afecta a algunas personas en situación de privación de libertad, desde la crianza en su familia, siendo una forma de expresar o exteriorizar un dolor psíquico incontenible, sobre el cuerpo, como detalló el Dr. Pedro Rossi

entre varios factores (Larrobla y otros, 2017:101). En tercer lugar, una causal puede ser un intento de manipulación del sistema carcelario para el interno que procura ser reubicado en otro lugar por motivos diversos, relacionados con la violencia endémica vivida dentro de los penales. Como señala María del Rosario Bouilly (2019), este tipo de autolesiones (cortes en la piel, mutilaciones, ayunos, ingestión de artefactos corto punzantes), son parte de un diverso espectro de posibilidades, que se vinculan con la tensión que se vive dentro, entre internos y guarda llaves, entre bandas, o por temas concernientes a políticas carcelarias particulares. Es así que frente al control total de la institución sobre el tiempo o la vida de los internos, ellos buscan tomar «el poder» lesionando sus cuerpos, para controlar no sólo el espacio de atención médica, sino las visitas, salidas al recreo, la gestión carcelaria, o el estar en compañía de unos u otros. Estas prácticas a veces terminan con la muerte o cerca de ello, cuando se provocan lesiones significativas.

La autolesión sobre el cuerpo, *sin suicidio*, no está diagnosticada como una patología psiquiátrica, pero es tomada -en conjunto con otras- como un síntoma de ellas (cortes, mutilaciones, etc.) (AEP; 2014). Según lo recabado a partir de técnicos que de forma unánime en varias entrevistas expresaron que el tratamiento psiquiátrico sobre los internos dista mucho de poder abarcar este problema, al igual que otras patologías o síntomas vinculados. La institución puede ver este problema, pero tiene dificultades en poder articular medidas para tratar conductas relacionadas con el ejercicio de la violencia por falta de contención sobre el dolor.

La medicalización, es decir aquellos cambios en las conductas, la existencia, el comportamiento, y el cuerpo humano, que se basan en la medicina y su red de saberes (Foucault, 1977) parece no avanzar en este sentido, pese a que las autolesiones se muestran como una consecuencia de la violencia sobre el cuerpo, posiblemente potenciando su naturalización, y habilitando su expansión. Esto podría tener una arista en lo problematizado por Didier Fassin (2018) sobre el incremento del castigo. La búsqueda de la compensación del dolor -o venganza- justificaría lamentablemente que cada vez haya más personas presas en peores condiciones, y esto habilita también

de forma indirecta la ampliación del castigo, desde la privación de la libertad a lugares como el cuerpo o la salud mental, siendo las cárceles sitios donde estos efectos se potencian como si se tratase de un vector de contagio, o de un potenciador de la violencia.

Es entonces que frente al riesgo de este tipo de comportamiento potencialmente muy autodestructivo la medicalización no se instala, tiene un límite o se ponen límites.

La medicalización y sus impulsos

Tal como pudimos cotejar en un estudio sobre la pandemia durante los primeros meses de su aparición (Romero Gorski, S. et al 2020), entre varios tópicos, el tema “cárceles y pandemia” ocupó un capítulo más de preocupación, ya que se pensaba que el hacinamiento y las condiciones insalubres de vida provocarían una tasa de contagio significativamente mayor que en el resto de la población, representando un lugar donde la enfermedad podría expandirse muy acentuadamente. En Uruguay se estableció un protocolo de actuación, y cuando la enfermedad era detectada en una persona que ingresaba al sistema carcelario, se le aplicaba el aislamiento con respecto de otros internos. La disposición de medidas sanitarias en este sentido fue cautelosa, y ante la menor alarma todo el sistema era notificado de inmediato, activando un mecanismo para su tratamiento o control. Para la prevención se entregaron a referentes de cada centro, productos desinfectantes, concientizando también a los internos sobre la existencia del virus.

La vacunación según datos del Ministerio del Interior¹ contó con una cobertura casi total de los internos habilitados para vacunarse. La prevención medicalizada se expandió al igual que en otras pandemias a través de acciones del propio estado (Foucault, 1975), propagando su política y extendiendo su control de forma inmediata e indiscutible, en este caso.

Ahora bien urge entonces preguntarnos, ¿Por qué la pandemia amplió la medicalización (o supremacía de criterios

1 <https://www.elobservador.com.uy/nota/tres-de-cada-diez-docentes-y-casi-la-mitad-de-los-policias-no-se-vacunaron-contra-el-covid-19-pese-a-haber-sido-prioridad-2021418215611>

médicos), imponiendo medidas de restricción, disposición de recursos, atención minuciosa de detección del mal, e inoculación del virus y no puede así tratar de esa manera (con intervención drástica) otros males?

Esta pregunta excede el alcance de este trabajo, pero es posible vislumbrar algunos indicios. Sin duda la pandemia nos enfrentó a un mal nuevo cuyo alcance no era del todo conocido, y tanto por su concepción cíclica y *novedosa* (Foucault et al.) como por su posible alcance global y letal, captó la atención de gran parte de la población, volviendo una vez más a colocar a la ética médica como rectora de políticas del estado. Esto modificó una serie de prácticas sociales principalmente desde la gobernanza, ubicando al poder médico como *régimen discursivo*, pero evidentemente disponiendo su peso sobre factores que puedan considerarse como vectores, o agravantes, y no sobre todas las prácticas. Podríamos afirmar que la medicalización pandémica generó cambios y tendencias significativas en la sociedad, sobre espacios y prácticas sociales, en estos aspectos y no sobre otros, pese a que puede tratarse de males que son también novedosos como la violencia y su crecimiento exponencial (Fassin et al). Si bien el virus es un agente infeccioso, que amenaza con expandirse a todo el conjunto de la población carcelaria y sus contactos sociales, la violencia sobre el cuerpo es un agente del mal que se estructura socialmente, y tiene consecuencias similares.

En síntesis la aparición de la pandemia (Covid 19) y su impulso a dar avance a los *regímenes* médicos sobre el estado y sus mecanismos de control, permitió ver que la preocupación por el tratamiento de la salud en estas oportunidades apareció como una necesidad oficialmente declarada como de vida o muerte, mientras que frente a problemas como el de las conductas autolesivas con números preocupantes, no. Es decir que un factor del avance de la solución medicalizada para la sociedad (vacunas) radicó quizás en el carácter *novedoso* de la pandemia usufructuando su capacidad de habilitar *inmediata acción y cambio de rol del estado*.

Referencias bibliográficas

- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) (Quinta edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bouilly, M. (2019). La muerte en el horizonte de las relaciones de poder carcelarias. *XIII Jornadas de Sociología*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Hall, E. T. (2003) [1969]. *La dimensión oculta*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires.
- Fassin, D. (2018) *Castigar. Una pasión contemporánea*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.
- Foucault, M. (1975). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. Ciudad de México, México.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.
- Larrobla, C. y otros. (comp.) (2017.). 70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. Udelar. CSIC
- Le Breton, D. (2011). *Conductas de riesgo. De los juegos de la muerte a los juegos de vivir*. Buenos Aires: Ed. Topía.
- Le Breton, D. (2015). *Disparaître de soi. Une tentation contemporaine*. Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (2019). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix barral.
- Le Breton, D. (2019). *La piel y la marca*. Buenos Aires: Ed. Topía.
- Romero Gorski, S. (2013). Modelos culturales y atención de salud. *Anuario Antropología social y cultural en Uruguay*. Vol. II Montevideo: Sonia Romero Gorski Ed.
- Romero Gorski, S. y Emeric B. (1989). «Aspectos antropológicos». Guía del maltrato y abandono infantil. Montevideo: Ed. Maltzman.

Romero Gorski, S.; Martínez, F.; Vomero, F.; Rial, V.; Cheron, S.; Rodríguez, S.; Tabakián, G.; Dibot, C.; Abaira, R.; Martínez, J. (2020). Influencia del imaginario social en período de pandemia, Uruguay, 2020. En *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*. ISSN 2393-6886, 2020, Año V, n.º 2, 71–94. <https://ojs.fhce.edu.uy/index.php/revantroetno/article/view/858/921>

ABORDAJE ECOSISTÉMICO PARA PREVENIR Y CONTROLAR EL VECTOR DEL DENGUE EN URUGUAY. COLABORACIÓN ANTROPOLÓGICA

Selene Cheroni

Entre 2004 y 2007 integrantes del Programa de Antropología y Salud fueron convocados por un gran proyecto binacional financiado por la Cooperación Canadiense y gestionado en Montevideo por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (International Development Research Center- IDRC). El proyecto *Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en Uruguay y Argentina* se llevó a cabo mediante la aplicación del estudio sobre Ecosistemas y Salud Humana (Ecosalud).

El detalle de las acciones

- Las acciones se desarrollan en tres ciudades: Montevideo, Colonia y Buenos Aires



- En “areas piloto” con condiciones físico - ambientales favorables, pero bajo situaciones socio - económicas diferentes.

Se había detectado la transmisión del virus del dengue en climas templados, favorecida por la presencia de un vector adaptado a estas zonas climáticas. Las enfermedades transmitidas por el *Aedes* estaban, están, emergiendo en zonas hasta entonces libres de estos mosquitos. (World Health Organization. Preventing dengue and dengue haemorrhagic fever. Geneva: OMS; 2005).

El enfoque de Ecosalud intenta promover la salud pública y colectiva a través de la descripción y comprensión de determinantes socioculturales, ecológicos, biológicos y climáticos que acontecen a nivel de la diversidad de los ecosistemas. En nuestro caso concreto, tuvimos que estudiar los procesos sociales, ambientales, ecológicos que estaban favoreciendo la expansión del mosquito transmisor del dengue en nuestra región, implicando en nuestra investigación a los científicos y/o especialistas, a los miembros de la sociedad afectados, así como a los que se interesan por esta problemática, y a las personas con poder de decisión y convocantes, públicas o privadas, formales o informales, para lograr construir un marco transdisciplinario y participativo que permitiera facilitar la comprensión de la importancia del tema, el empoderamiento y toma de control a nivel social y colectivo de prácticas ambientales saludables.

Una vez finalizado el proyecto binacional, integrantes del Programa de Antropología y Salud continuamos trabajando en el mismo tema conjuntamente con Facultad de Agronomía, Depto. de Entomología. Ampliamos las zonas trabajadas con anterioridad, incluyendo los departamentos de Maldonado, Salto, Rivera y Tacuarembó. (Proyecto I+D, Estudio de los factores que influyen en la variación espacio- temporal de *Aedes aegypti* en el Uruguay como contribución a las políticas públicas de mitigación del riesgo al Dengue, Chikungunya y Zica. CSIC, Udelar, 2017-2018).

Factores que intervienen desde lo socio-cultural

Una primera afirmación es que hay factores socio- culturales que pueden favorecer u obstaculizar la prevención de criaderos de *Aedes*, por eso en cada ocasión nos centramos en el reconocimiento y descripción de dichos factores, según diferentes

contextos. Luego hacemos acciones o recomendaciones para modificar, descartar o mantener comportamientos adecuados para alejar riesgos de propagación del vector.

Indagamos sobre los conocimientos, la información que se maneja acerca del vector y de la captación, aplicación y valoración de dichos conocimientos e informaciones. Es evidente que las campañas de prevención, sean por iniciativa del MSP como organismo central o de las Intendencias y las Direcciones de Salud de cada departamento, tienen una correspondiente repercusión en medios de prensa. Una segunda afirmación es que el conjunto de acciones e información trabajada y difundida por el proyecto, debería permanecer arraigada como conocimiento informal disponible (en la memoria) y con chances de ser rápidamente aplicado por parte de la población objetivo en cada lugar.

Por esta razón hablamos de «disposiciones» propias del entorno cultural; en aquellas poblaciones, barrios o localidades donde se aplica el estudio, la hipótesis subyacente es que son los dispositivos culturales los que predisponen a una escucha y luego a la aceptación/cumplimiento de medidas preventivas. Es un principio clásico el referirnos a la cultura en general como un conjunto de significados, comportamientos y conocimientos que se adquieren a través de la vida social, además de todo lo que se transmite a través de agentes especializados (educación en sentido amplio). Desde la antropología, podemos observarlas formas en que las personas obtienen y aprehenden partes de la información, la incorporan y le dan significado para llevar a cabo acciones que son consideradas como apropiadas. Las mismas se reproducen y se replican por parte del entorno social más próximo, miembros de la familia, conocidos y vecinos. Los vecinos son agentes de transmisión así como de control de comportamientos, allí donde hay condiciones materiales y sociales para la convivencia vecinal dentro de espacios acotados, por ejemplo en complejos habitacionales, edificios de apartamentos o en barrios de ciudades del interior del país.

Al mismo tiempo tenemos que considerar cómo las personas con diferentes tradiciones y/o hábitos culturales o pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos, adquieren partes de la información disponible (sobre el mundo circundante),

la procesan, luego toman decisiones y las objetivan en comportamientos considerados apropiados, o no, por los demás miembros de su grupo social.

Otro principio básico para la antropología es que los seres humanos vivimos dentro de un universo de símbolos y significaciones dónde desarrollamos nuestras acciones, pero dicho universo se nos presenta como «dado de antemano», manifestándose como natural, sin reparar conscientemente en que se trata de algo producido y reproducido de forma permanente e informalmente por los propios seres humanos. Nos referimos a la existencia concreta del universo de la vida cotidiana.

Así por ejemplo, en nuestro país en los últimos años los temas ambientales y de salud ciudadana han adquirido centralidad en la opinión pública y en las agendas políticas, en especial desde el inicio de la pandemia del Covid (fecha en que se hizo público el anuncio de emergencia sanitaria 13 de marzo de 2020).

La nueva sensibilización sobre la relación entre Salud y Cuidado del Ambiente, en particular en lo referido a la aparición del *Aedes* y la enfermedad del Dengue que está asociada, tienen ahora una mejor chance de ser escuchados como riesgos reales y de actualidad.

Por otra parte, debemos saber que la comprensión de las campañas, están asociadas al manejo de otras representaciones sobre enfermedad y riesgos que puedan presentarse en términos epidémicos, globales.

Por lo antes mencionado se entiende que consideramos que los medios de comunicación juegan un papel preponderante no solo en la difusión de mensajes, sino en lo que refiere a la creación de estereotipos y temores asociados a temáticas sanitarias. Pero recordemos que sobre la construcción de estereotipos sociales, ambientales u otro, «ni los medios, ni el público tienden a sobrepasar el acto de la difusión y consumo rápido (de información), respectivamente» (Romero, 1994, 220). Este aspecto es importante porque como veremos más adelante la captación e interpretación de las campañas preventivas que realizan desde el MSP, e incluso las Intendencias, no siempre tienen la duración o efecto residual esperado, más allá de una cabal e inmediata comprensión.

Consideraciones sobre resultados

Información parcial y confusa. Una de las causas detectadas para el estado poco satisfactorio del conocimiento sobre riesgos referidos a la existencia del vector y eventualmente la transmisión del dengue, es la *falta de una memoria social* frente a las enfermedades transmitidas por el vector del *Aedes*. Por cien años Uruguay había logrado controlar el dengue. El último caso registrado de dengue autóctono había sido en 1916, cien años después, 2016 en el país se registraron 23 casos autóctonos. Por ese amplio lapso de tiempo transcurrido sin registro de casos de dengue, la población uruguaya sigue sin considerar el control y prevención del mosquito de *Aedes* como una necesidad o emergente sanitario. La información oficial se percibe como confusa y en muchos casos desconocida, así como tampoco hay certeza sobre las otras enfermedades transmitidas por el vector. Hay contradicciones en la identificación de los principales síntomas, creencia de que tanto el agua limpia como la sucia sirve como criadero para el *Aedes*, se registran saberes no muy seguros acerca del mecanismo de transmisión así como de las diversas enfermedades transmitidas (la mayoría considera al dengue como la única enfermedad transmitida por el vector).

Volvemos sobre el dato, no menor, de la certeza sobre prevalencia de la enfermedad del dengue en los países limítrofes, con alarmas recurrentes sobre aumento de casos en el período estival. Ya sólo este hecho podría motivar a las poblaciones a permanecer más en alerta, más interesadas en tener información exacta. Sin embargo se constata una baja atención al problema.

Responsabilidades de unos y otros, (ya sea vecinos como las instituciones encargadas de la salud y limpieza de la ciudad).

La población estudiada ve el problema en las acciones negativas de los otros pero a la vez no se consideran personalmente responsables de la problemática en cuestión, ya que, en la mayoría de los casos, perciben sus accionares como positivos en lo que refiere a limpieza, no acumulación de agua, descarte de recipientes inútiles, cortado de césped, tratamiento del agua limpia depositada, cuesta entender que el *Aedes* se cría en nuestros domicilios por ausencia de acciones preventivas.

Se le atribuye responsabilidad a los organismos públicos y estatales; asimismo los espacios públicos y su cuidado, hasta puede llegar a ser considerado de forma paradójica, como una responsabilidad compartida entre vecinos, aquí vinculada a la nueva sensibilización sobre cuidado del Ambiente (no necesariamente vinculado con la Salud).

En Rivera y Salto un porcentaje alto de población abarcada por el proyecto CSIC 2017-2018, (77.3% y 60.0%) manifestó no saber quién o qué institución debía ocuparse de acciones de prevención. Por el contrario en Paysandú solo 10.2% no supo responder. Esta sería una prueba de lo dicho más arriba, con respecto a modalidades locales de abordaje y tratamiento de las campañas. Es probable que en Paysandú el modelo aplicado haya sido más claro respecto a las responsabilidades de prevención y tratamiento. Llama la atención que el MSP sea poco reconocido como responsable, 18.6% en Rivera, porcentaje que aumentó si se preguntaba asociando al MSP con el gobierno departamental, entonces llegó al 22.5%, en Salto, ubicando responsabilidades en esa jerarquía institucional.

En la misma línea de indagación si se pregunta sobre razones para no respetar las indicaciones sobre prevención de criaderos para el vector (simplemente eliminación de recipientes, lugares donde pueda acumularse agua al aire libre y permanecer sin moverse), muchos entrevistados se manifestaron sin opinión o adjudicaban responsabilidad a los vecinos: en Salto 67.5%, en Paysandú se repartió responsabilidades entre gobierno municipal y vecinos, 36.7% y 26.5%, respectivamente, mientras que en Rivera 47.7% no tenían opinión y un 38.6% atribuyeron culpas a los vecinos. Muy pocos señalaron falta de controles. (Faltó indagar si sabían qué tipo de controles hay que aplicar).

La *participación comunitaria* para el tratamiento de este tema no es considerada por los entrevistados, destacándose la necesidad de que sean las organizaciones gubernamentales las encargadas de la prevención y el control del vector. Los propios entrevistados dan cuenta de la falta de motivación, comunicación y conocimientos entre los propios vecinos, no se ven como parte de una «comunidad». Muchos transfieren la responsabilidad de prevención y control del *Aedes* a otras personas,

impidiendo tomar conciencia de la importancia individual y colectiva de los cambios de hábitos y conductas perjudiciales. (Como ejemplo, no hacer acopio de agua cuando el suministro de la misma se da en forma regular).

Sin embargo ante la pregunta si participarían en acciones coordinadas con vecinos hubo cierto margen de opiniones positivas, con un máximo en Rivera, 45.5%. De todas maneras no puede asegurarse la «sinceridad» de la respuesta, en el sentido que puede ser una forma amable de responder sin manifestar rechazo a unirse a vecinos para una acción de limpieza, control, u otro.

Acciones dirigidas al sistema educativo, se involucró a estudiantes escolares y liceales de centros educativos públicos y privados radicados en las zonas de estudio, Colegio y Liceo Atahualpa, y Liceo de La Teja en Montevideo, y centro CERP en Colonia del Sacramento. Se programaron actividades guiadas por los diferentes especialistas que componían el equipo del proyecto, las que incluyeron clases interactivas con organización de talleres de discusión, ejercicios de simulación, prácticas de reconocimiento de los distintos estados de desarrollo del mosquito, talleres de discusión con dinámica grupal y de reconocimiento cartográfico, y recorridas del barrio con señalamiento de lugares de riesgo para la proliferación del vector. Asimismo, estudiantes de secundaria intervinieron en la preparación, colocación y seguimiento de ovitrampas para el monitoreo de *Aedes aegypti*.

Un grupo de alumnos de primer año secundario del Liceo Atahualpa (de 12 a 13 años de edad), acompañados por sus docentes y miembros del equipo de investigadores del Proyecto, elaboraron una presentación visual sobre el tema, que presentaron a los restantes alumnos de su propia Institución y a estudiantes de cuatro escuelas primarias de su zona. Al finalizar el período escolar del año 2006, se consultó a esos mismos estudiantes del primer año secundario sobre sus preferencias sobre las actividades realizadas, el grado de comunicación de la experiencia en su entorno familiar, sus propios cambios de comportamiento con relación a la temática del mosquito, y su interés a involucrarse en iniciativas similares en el futuro. Los resultados mostraron el alto interés de los alumnos por la

colocación y seguimiento de ovitrampas y actuar como multiplicadores del tema en las escuelas de la zona, y su motivación por conversar sobre la temática en sus casas y por cambiar y revisar sus propios hábitos cotidianos.

No se visibiliza a las enfermedades transmitidas por el vector como factores de riesgo sanitario. No se conjuga el cuidado ambiental con lo sano. Sería necesario promover el pensar a la salud y la enfermedad como una interrelación de factores, donde no se puede separar de forma literal lo biológico, de lo sociocultural y lo ecológico.

Como reflexión final sobre respuestas a la encuesta interesa destacar los valores bajos de conocimiento sobre el tema, diríamos decepcionantes, dado las diferentes acciones e iniciativas desplegadas o que vimos desplegarse a lo largo de los años (desde el 2007 a la fecha).

Una vez más constatamos que si hay real peligro de difusión del dengue, las políticas de prevención a nivel nacional y local, departamental, deben tener mayor presencia, así como exigir atención por parte de la población. Quizás haya que revisar estrategias porque «saturar» con mensajes a lo largo del tiempo contribuye a diluir el problema, se escucha hablar pero ya no se presta atención a qué se está diciendo. Por lo cual las acciones y campañas deberían elegir el momento (de acuerdo a evaluaciones climáticas y condiciones de desarrollo de los criaderos) para ser oportunas y puntuales, y sin perder frecuencia cíclica. Que se genere algo así como actos reflejo, «llegó tal época, hacemos campaña de prevención del dengue». Algo integrado a las costumbres locales, a una cultura de prevención.

Actualización

El 9 de marzo de este año 2024 el Ministerio de Salud Pública dio la primera alerta de dengue autóctono e importado, luego para el 10 de abril se confirmaron 258 casos autóctonos de dengue frente a 213 importados.

En las campañas de alerta y prevención podemos observar que se han tenido en cuenta varias de las recomendaciones que el Equipo de Antropología había previsto en el estudio anteriormente mencionado; entre otros el uso de lenguaje claro

y regionalizado (se habla de recipientes y no «cacharros»), se hace énfasis en la responsabilidad individual en la generación de criaderos para el mosquito, («tú lo crías en tu propio domicilio ya sea dentro de tu casa como en jardines o patios, en espacios peri «domiciliarios»); mensajes emitidos con frecuencia constante en los medios de comunicación; son formas claras y precisas de combatir o prevenir la expansión del vector a nivel de localidades o de todo el país.

Referencias bibliográficas

- Basso, C. (Editor). (2010). Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en el Uruguay. Universidad de la República del Uruguay. Montevideo.
- Basso, C.; Caffera, M.; Romero, S.; y otros. (2010). Fortalecimiento de la capacidad de prevención y control del vector del dengue, *Aedes aegypti*, en la ciudad de Salto. 2010. (Capítulo 10, en: Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en el Uruguay, editor Basso, C.) Universidad de la República del Uruguay. Montevideo.
- Cheroni, S.; Rial, V.; Rodríguez, E. (2010). Principales actividades y resultados de un estudio antropológico sobre dengue con un enfoque ecosistémico. 2010. (capítulo 5 en: Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en el Uruguay, editor Basso, C.) Universidad de la República del Uruguay. Montevideo.
- Romero Gorski, S. (1999). Caracterización del campo de la salud en Uruguay. (en: Salud Problema. Nueva Época/año 4/número 6/ junio 1999). Universidad Autónoma de Xochimilco.
- Lebel, J. (2006). Salud. Un enfoque ecosistémico. Alfaomega. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Canadá.

Romero Gorski, Sonnia. (2010). Discusión conceptual antropológica en el marco del abordaje ecosistémico para el control del dengue. (Capítulo 6, en: Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en el Uruguay, editor Basso, C.) Universidad de la República del Uruguay. Montevideo.

World Health Organization. OMS; 2005. Preventing dengue and dengue haemorrhagic fever. Geneva.

POSFACIO

Una vez completado el contenido de esta publicación con diez contribuciones que corresponden a investigaciones y desarrollos que fuimos procesando los/as integrantes del Programa de Antropología y Salud según secuencias propias (aunque revisadas en el colectivo), surgió la necesidad de dar testimonio de la permanencia de cohesión y trabajo conjunto, es decir dar cuenta de una investigación colectiva *stricto sensu*.

Esa es la razón por la que incluimos (de común acuerdo) la reproducción de artículo publicado en la Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía, en el segundo semestre del terrible año 2020, cuando la pandemia del Covid19 golpeaba países y personas físicas.

Cuando se declaró la emergencia sanitaria nos sentimos convocados a participar, contribuir desde dónde pudiéramos. Con los cuidados del caso y restricciones recomendadas nos organizamos para llevar adelante una investigación colectiva aunque ejecutada por cada uno/a por separado, cuyos resultados fuimos procesando gracias a la rapidez de la comunicación en redes. Acordamos que desde nuestro conocimiento y formación teórico-metodológica podíamos abordar un aspecto omnipresente pero no considerado en su peso causal: el imaginario social.

En observaciones preliminares confirmamos que las expresiones y actitudes iban desde el acatamiento al rechazo de recomendaciones de prevención. Los motivos o fundamentaciones buscaban base de convicción en las más diversas percepciones y creencias, lejos del pensamiento lógico o científico.

Consultadas nuestras fuentes de teoría antropológica, confirmamos la fuerza inmaterial del imaginario social, cuyos temas fueron instalándose como La Verdad a medida que se transmitían y repetían en relaciones y conversaciones, «yo creo que(...)» devino «yo sé que (...)». En la rapidez que imprimen

las interacciones sociales aún (o más aún) cuando hubo recomendación de no mantener reuniones presenciales.

Todo el Programa de Antropología y Salud se comprometió a trabajar en urgencia estos aspectos que en su abstracción ocultaban su fuerza dominante, tal como dicen las citas seleccionadas y traducidas aquí,

«Lo real es lo que es posible gracias a lo irreal. Lo irreal como la suma de fantasmas, sueños, mitos y símbolos que todo junto, fueron producciones de la vida social y que al mismo tiempo, la estructuran y conforman en tanto tal. Es precisamente donde reside la fuerza invisible del imaginario, al que Gilbert Durand dedicó su obra magistral, dándole los más sólidos fundamentos» (Maffesoli, M., 2019, p. 57, *La force de l'imaginaire*. Liber Montreal).

«La fuerza invisible del imaginario vuelve visible la dinámica del espíritu, la potencia de lo inmaterial, la importancia de la cultura como base de toda civilización», (p. 61).

«El imaginario no es nada más que una atmósfera mental (...)» (p. 69).

Es interesante que pasada la emergencia podamos evocar aquella «atmósfera mental» que arrasó por un tiempo los argumentos más sensatos.



INFLUENCIA DEL IMAGINARIO SOCIAL EN PERÍODO DE PANDEMIA, URUGUAY, 2020¹

Influence of the social Imaginary
In a pandemic period, Uruguay, 2020

Influência do Imaginário social
em um período pandêmico, Uruguay, 2020

Sonnica Romero Gorski², Fabrizio Martínez³, Fabricio
Vomero⁴, Virginia Rial⁵, Selene Cheroni⁶, Samuel
Rodríguez⁷, Gregorio Tabakián⁸, Cristian Dibot⁹,
Rodrigo Abaira¹⁰, Joaquín Martínez¹¹

¹ Romero Gorski y otros – Influencia del imaginario social en período de pandemia, Uruguay, 2020. Rev. urug. antropología etnografía, ISSN 2393-6886, 2020, Año V – N° 2:71–94.

DOI: 10.29112/RUAE.v5.n2.4 Avances de Investigación

² ORCID 0000-0003-3394-4879

³ ORCID 0000-0002-0000-2810

⁴ ORCID 0000-0001-7245-5854

⁵ ORCID 0000-0003-3605-1056

⁶ ORCID 0000-0002-6714-6050

⁷ ORCID 0000-0002-1190-2478

⁸ ORCID 0000-0002-9579-6069

⁹ ORCID 0000-0002-4411-0266

¹⁰ ORCID 0000-0001-7212-7535

¹¹ ORCID 0000-0001-6899-8047

Programa Antropología y Salud, FHCE, Montevideo. <http://www.antropologiasalud-uy>

Resumen

Resultados de estudio que refiere a la aún vigente emergencia sanitaria por Covid-19 en Uruguay, país de América del Sur ubicado entre Argentina y Brasil. En territorio y en población es el país más chico de la región, que históricamente se ha acercado a estándares europeos, tendencia que se mantuvo de forma selectiva en el contexto de pandemia.

Estrategia de investigación: estudio de tipo etnográfico se programó en tiempo acotado, entre abril y junio, apenas iniciada la crisis sanitaria. Se distribuyeron diez «antenas» de observación, en situaciones de vida cotidiana, en instituciones de salud y otros.

Los recursos bibliográficos utilizados responden a una búsqueda de bases disciplinarias con reconocida solvencia, rescatando autores y marcos teóricos, integrando nuevas propuestas teórico-metodológicas y antecedentes afines a esta investigación.

Motivación del peritaje antropológico: destacar diferencias (culturales) de comportamientos durante la crisis sanitaria, plantear el interés de conocer sobre objetivación de factores socio culturales que incidieron en la contención del avance epidemiológico y luego, en significativa presencia de contagios dentro del propio personal de salud.

Resultados: encontramos modelos que ordenan la comprensión de hechos sociales, de datos reales. El abordaje realizado aporta conocimiento sobre representaciones, contenidos de imaginario social, que determinan actitudes y afectan condiciones objetivas en el ámbito social, institucional y personal.

-Notas, registros de campo en: <http://www.antropologiay-salud-uy.org>

Palabras clave

Pandemia 2020; Uruguay; antropología y salud peritaje antropológico; hecho social total.

Abstract

Study results that refer to the still current health emergency due to Covid-19 in Uruguay, a South American country located between Argentina and Brazil. In terms of territory and population, it is the smallest country in the region, which has historically approached European standards, a trend that was selectively maintained in the context of the pandemic.

Research strategy: an ethnographic study was scheduled in a limited time, between April and June, as soon as the health crisis began. Ten observation “antennas” were distributed, in everyday life situations, in health institutions and others.

The bibliographic resources used respond to a search for disciplinary bases with recognized solvency, rescuing authors and theoretical frameworks, integrating new theoretical-methodological proposals and antecedents related to this research. Motivation of the anthropological expertise: highlighting (cultural) differences in behavior during the health crisis, raising the interest in knowing about the objectification of socio-cultural factors that influenced the containment of epidemiological progress and then, in the significant presence of contagions within the health personnel.

Results: we found models that order the understanding of social facts, of real data. The approach carried out contributes knowledge about representations, contents of social imaginary, which determine attitudes and affect objective conditions in the social, institutional and personal sphere.

-Notes, field records in: <http://www.antropologiaysalud-uy.org>

Keywords

Pandemic 2020; Uruguay; anthropology and health anthropological expertise; total social fact

Resumo

Resultados do estudo que se referem à ainda atual emergência de saúde devido à Covid-19 no Uruguai, país sul-americano localizado entre a Argentina e o Brasil. Em termos de território

e população, é o menor país da região, que historicamente se aproximou dos padrões europeus, tendência que se manteve seletivamente no contexto de uma pandemia.

Estratégia de pesquisa: um estudo etnográfico foi agendado em tempo limitado, entre abril e junho, assim que começou a crise de saúde. Foram distribuídas dez “antenas” de observação, em situações da vida cotidiana, em instituições de saúde e outras.

Os recursos bibliográficos utilizados respondem a uma busca por bases disciplinares de reconhecida solvência, resgatando autores e referenciais teóricos, integrando novas propostas teórico-metodológicas e antecedentes relacionados a esta pesquisa.

Motivação da perícia antropológica: evidenciar diferenças (culturais) de comportamento durante a crise de saúde, despertar o interesse em saber sobre a objetificação de fatores socioculturais que influenciaram na contenção do progresso epidemiológico e, então, na presença significativa de contágios dentro dos próprios profissionais de saúde .

Resultados: encontramos modelos que ordenam a compreensão dos fatos sociais, dos dados reais. A abordagem realizada proporciona conhecimentos sobre representações, conteúdos do imaginário social, que determinam atitudes e afetam condições objetivas na esfera social, institucional e pessoal.

-Notas, registros de campo em: <http://www.antropologia-y-salud-uy.org>

Palavras chave

Pandemia 2020; Uruguai; antropologia e perícia antropológica em saúde; fato social total

Introducción

La noticia sobre llegada e instalación del Covid-19 en el país (preanunciada desde el contexto mundial en diciembre 2019, confirmada en Uruguay en marzo del 2020) nos movilizó en el sentido de poner al servicio de la situación nuestro conocimiento, apropiado para realizar un relevamiento de tipo pericial. El objetivo es colocar una mirada especializada sobre

instituciones, personas, situaciones, causalidades, como 73 forma de generar enfoque cualitativo sobre el *contexto situacional*, revelando el interés antropológico de un cambio inédito en las condiciones sociales y sanitarias.

Nos centramos en el lado socio cultural de la expansión y contagio del virus covid19, —sin desconocer su naturaleza biológica, que amenaza la salud de las personas— abordando la producción de conductas de riesgo y otras.

A partir del procedimiento de registro y de lecturas del material etnográfico, reconocimos modelos persistentes en el imaginario social, así como dinámica de cambios. El conjunto, —observaciones, interpretación, análisis— permite una caracterización ajustada, con identificación de factores culturales propios del contexto socio histórico local. En tanto producto etnográfico, habilita estudios comparativos en diferentes contextos, en diferentes poblaciones.

En este procedimiento seguimos líneas y metodología ya probadas; tal como expresamos en comunicación previa a la situación de pandemia,

los antecedentes y opciones teóricas de referencia nos llevan cada vez más a prestar atención al juego de factores culturales que mueven o motivan acciones individuales, profesionales, institucionales. En su objetivación, en su manifestación, hay factores que sin ser del orden de lo biológico afectan a la salud o la existencia, produciendo efectos a veces de gravedad vital, atrapando a personas e instituciones en cadenas de hechos poco favorables, cuando no fatales (Romero, S. 2019).

Pese a la certeza de la incidencia objetiva de factores culturales, hay que recordar que la atención -de autoridades, servicios de salud, medios de prensa, sociedad y personas -, se vuelca preferentemente al lado biomédico de la cuestión. Sin embargo, la campaña de lucha y prevención contra el covid-19 apela a la importancia de cambiar comportamientos. Trataremos de mostrar, en el desarrollo del texto, la tensión entre razones bio-médicas y razones socio culturales.

Viene al caso evocar categorías canónicas (en debates antropológicos), como *Naturaleza* y *Cultura* enmarcando la

amplitud y los límites de lo que se observa y el riesgo para la salud que está en consideración. «Es natural lo que se produce independientemente de la acción humana (...) Es cultural todo lo producido por la acción humana, ya sean objetos, ideas o incluso cosas que están a medio camino entre los objetos y las ideas, a las que llamamos instituciones: una lengua, la constitución o el sistema escolar [o el sistema de salud], por ejemplo» (Descola, Ph. 2010:9); más adelante Descola aclara la ambigüedad irrenunciable que nos contiene “La mayoría de los elementos de nuestro entorno, nosotros incluidos, se encuentran en esta situación intermedia en la que son a la vez naturales y culturales”. (Descola, idem)

En el mismo sentido Viveiros De Castro advertía sobre la complejidad observada por la antropología, empezando con los mitos como paradigma de las obras humanas «(...) Y de hecho las *Mitológicas*, lejos de describir un pasaje claro y unívoco entre Naturaleza y Cultura, obligan al autor [C. Levi-Strauss] a cartografiar un laberinto de caminos tortuosos y equívocos (...) de ríos que corren en los dos sentidos al mismo tiempo (...)» (De Castro, V., 2010: 234).

Pasajes y obras citadas colocan el marco necesario para advertir que cuando nos referimos al plano de lo socio cultural [La Cultura] en tiempos de pandemia estamos contemplando asimismo relaciones e impactos en condiciones de existencia del virus [la Naturaleza] a nivel local. Planos trabados, que debemos separar solo a los efectos de la observación y estudio.

Condiciones locales

Ficha técnica: población 3 millones y medio aprox. Ubicación geográfica, A. del Sur, frontera fluvial noroeste y suroeste con Argentina (varios puentes) y 1068 km de frontera seca con Brasil al norte, noreste y sureste. Comparte con Brasil varias ciudades binacionales. Capital: Montevideo, 1.351162 habitantes, puerto y aeropuerto principal. Sistema de salud pública (gratuita) y asistencia mutual (paga). Sistema Nacional Integrado de Salud da cobertura a más de dos millones y medio de personas (según OPS), mientras Salud Pública asume el resto de la cobertura, con hospitales y policlínicas en todo el país.

Datos del Covid19: oficialmente ingresó al país el 13/03/2020. Total de casos al concluir el período de trabajo de campo, fin de junio 2020: 952 positivos. Recuperados: 837. Fallecidos 20..Se registraron brotes: en Rivera, frontera norte con Brasil (controlado), en Treinta y Tres, frontera noreste con Brasil, donde pasó de 0 a 18 casos positivos en un día, la mayoría personal de la salud, proporción que fue en aumento.

Hasta la ocurrencia del brote en la ciudad de Treinta y Tres, se había considerado exitosa la campaña de lucha contra el Covid19.

Nota: En los primeros días de julio, terminando la escritura de este informe y ya fuera del período acotado de investigación propiamente dicho, importante brote epidémico en Montevideo, en la sociedad Médica Uruguaya, una de las grandes instituciones del sistema mutual. Con más de 300.000 afiliados.

Al considerar en este estudio el momento inicial de crisis sanitaria, desde mediados de marzo a junio del mismo año, asumimos como válido el conocimiento existente: el virus se expande desde las ciudades. En medio urbano ataca a los humanos sin demostrar comportamiento selectivo en cuanto a sexos/géneros (aunque la mortalidad masculina ha sido mayor), condición socio económica, pertenencia étnica, aunque se constata mayor virulencia o peligrosidad del virus en personas en edades avanzadas, con afecciones previas asociadas.

También tomamos en cuenta que no se tienen pruebas de que haya factores biológicos de protección asociados a las condiciones señaladas, aunque son determinantes los aspectos materiales, los estilos y medios de vida asociados a las diferentes situaciones objetivas. —La protección que significaría la aplicación universal y obligatoria por varias generaciones en Uruguay de la vacuna BCG (contra la tuberculosis), no es un dato científicamente confirmado.— Es decir que la lógica de los llamados «brotes» y de la expansión en lugares específicos, se debe a la intervención, o interferencia, de factores propios del comportamiento humano, de actividades de los humanos, que llevan de un lado a otro el virus, y lo depositan, por así decir, en víctimas que actuarán a su vez como portadores involuntarios de la epidemia.

Supuestos básicos

Al comenzar a recoger material de observación retomamos el valor heurístico de *modelos* abstractos que tienen plena vigencia en el imaginario social y que se objetivan en comportamientos observables, tanto en la sociedad como en el sistema médico o de salud (tomando en cuenta prevalencia netamente urbana, ya señalada). Dichos *modelos* constituyen matrices de pensamiento que se transmiten de una generación a otra, se encuentran disponibles para ser «usados» sin necesidad de verificar su veracidad o actualización. Es algo que se enuncia o se pone en juego porque todo el mundo sabe que es o que puede ser así. Como un recurso cultural que se encuentra ya almacenado en un repertorio (podríamos decir, en el *stock* del imaginario). Dichos modelos permanecen hasta que se procesa un cuestionamiento, un movimiento que impone un nuevo modelo que identificaríamos como tendencia más actualizada y que con el tiempo podría quedar asentado en el *stock*, completando un ciclo.

En términos más tradicionales y según lo estableció claramente Dan Sperber (2000) en consagrados trabajos sobre procesos cognitivos, representaciones, procesos de identificación simbólica, entre otros, «Las representaciones son más identificadas por su contenido más que por sus propiedades materiales, ya sean representaciones mentales (individuales) o públicas (en la sociedad)».

En el actual contexto de pandemia/epidemia consideramos que es importante tener en cuenta elementos del pensamiento, que desde lo cultural instruyen comportamientos individuales y sociales dándoles impronta codificada que puede ser observada, clasificada en un sistema que se asocie a una sociedad, en un momento determinado. El supuesto teórico que manejamos es que esos procesos se integran como micro fenómenos, micro acontecimientos, que articulan con otros tantos factores (de orden biológico y material) conformando el *contexto situacional* de patología individual y de transmisiones interindividuales.

Para acercarnos a relaciones de causa a efecto, como desde un punto de vista naturalista según Sperber (2000), presentamos *modelos* de pensamiento que vimos expresarse, así como evidencias de su manifestación. Tratamos material empírico

producido por los registros de campo, como estrategia para generar conocimiento denso en corto período de tiempo, cuando el fenómeno de la pandemia entró en escena y los actores, las instituciones, no tenían aún instrucciones muy predefinidas. Captamos situaciones que se produjeron casi “al natural”. Pasados varios meses ya nadie puede decir que desconoce la presencia del riesgo epidémico o que no sabe qué medidas tomar para evitar contagio.

Estrategia de investigación

Se trata de una etnografía rápida, multiplicando registros desplegados en «antenas» de observación (sin aplicar entrevistas) en escenas de vida cotidiana en Montevideo, en instituciones hospitalarias, atendiendo contenidos de informativos de televisión nacional, en el horario central de 19h.

El tiempo de registro se limitó deliberadamente a dos meses, asegurando la densificación sincrónica de pruebas empíricas, de acuerdo con lo establecido para estudios periciales, según lo establece especialista en el tema peritajes: «se toma en cuenta que el tiempo disponible para realizar el peritaje y escribir el informe pericial es mucho más corto del tiempo que los antropólogos y las antropólogas usualmente disponen para hacer sus investigaciones etnográficas» (Rodríguez Soto, L. 2017, 112).

Usamos la modalidad de «ejercicios de observación» cercanos a una definición adaptada, «Más que etnografía, se hacen ejercicios de observación estructurada en los que se ve el comportamiento de algunas variables», manejando «la tensión entre el tiempo y el logro de conocimientos suficientes (...) referencia a un límite de sentido según el cual el investigador/a considera que la información recogida es apta» (González Vélez y García González, 2019: 80).

En cuatro sesiones de puesta en común, revisión, discusión sobre el material acumulado, además de intercambios en plataforma digital, definimos las bases y alcance del informe final. Los resultados obtenidos corresponden a un trabajo colectivo, si bien me hago cargo de la escritura, (Romero Gorski, S.).

Fuimos también procesando lecturas para obtener actualización documental, así como revisión de fundamentos disciplinarios de base, y posibles, a nivel nacional e internacional.

La mayoría de los textos que llegaron vía internet, de carácter ensayístico, no se referencian aquí, aunque esas lecturas nos agregaron interrogantes, reflexiones, (textos de G. Agamben, G., S Zizek, J. Butler, A. Badiou, D. Harvey, Byung-Chul Han, M. Maffesoli, entre otros).

En avances publicados en junio del presente año V. Rial ya había presentado la línea que estamos exponiendo ahora,

Ante la amplitud del fenómeno a estudiar retomamos la categoría teórica del Hecho Social Total de Marcel Mauss (1991, 1a1925) que en su época (principios del siglo XX) y en su inspiración etnográfica muy localizada, ya planteaba la prevalencia histórica generalizada de ciertos fenómenos “totales” porque comprenden y comprometen a la vez varias esferas de lo social, lo político, lo religioso, lo público y lo privado, entre otras dimensiones, pero a su vez encierran y explican condiciones bio-psico-sociales de cada individualidad en particular. Es decir que un Hecho Social Total marca a todos y cada uno, define implicancias socialmente obligatorias, objetivamente vinculantes, subjetivamente impostergables y biológicamente urgentes.

«La salud como fenómeno de compleja composición, siempre ha correspondido bien a esta categoría teórica. Dadas las circunstancias, ahora tenemos que agregarle una nueva dimensión; lo global, lo planetario» (Rial, V. 2020: 85)

Desde este punto podemos sostener que la epidemia del Covid-19, aún en un país demográficamente tan acotado como Uruguay, es inabarcable en la totalidad de sus implicancias sociales, institucionales, personales. La propuesta no podría ser estudiar semejante fenómeno en su carácter total, sino trabajar sabiendo el orden relacional de ángulos, buscar reglas de composición, ubicar situaciones, lugares, protagonistas, y que el conjunto produzca sentido al vincularlos con instrumentos teóricos.

Finalmente, recordamos que la antropología tiene vocación de contemplar totalidades reuniendo aspectos materiales

y simbólicos, sociales, grupales, personales, institucionales, y para eso toma en cuenta, paradójicamente, detalles, micro universos. Con los elementos que así logra ensamblar, la antropología arroja resultados concretos: tipologías, modelos mecánicos a escala de la composición interna de fenómenos socioculturales, complementarios de modelos estadísticos (descriptivos). Se persigue así la búsqueda de paradigmas, en el sentido que plantea G. Agamben (2009) «el paradigma es una tercera y paradójica especie de movimiento [diferente de la inducción y deducción], que va de lo particular a lo particular».

Primeros días de emergencia sanitaria

Se supo muy pronto que el virus se transmitía, a través de la aspersión que se produce al hablar, toser o estornudar. Se difundió asimismo que una persona contagiada debía guardar aislamiento, no entrar en contacto con otras personas o ambientes. Desde ese conocimiento básico ya quedaba planteada la composición bio-social del riesgo.

Los aspectos socio culturales de medidas preventivas, oficialmente recomendadas, fueron/son, el aislamiento, distancia social, uso de mascarillas o barbijos, lavado de manos, desinfección de superficies, de objetos de uso frecuente.

Las medidas preventivas estuvieron oficialmente vigentes a nivel nacional desde el 13 de marzo, desde el primer día se exhortó a que las personas hicieran «uso responsable» de su libertad, insistiendo en la ventaja de protegerse adhiriendo a la consigna del *auto confinamiento*.

Dos meses después, de forma gradual y por sectores se fueron retomando actividades

Registro en instituciones

Centros carcelarios

Enseguida de iniciada la emergencia sanitaria la situación de los centros carcelarios fue motivo de preocupación, de debates, se temía que no hubiera antecedentes de procedimientos. Aunque dentro del sistema carcelario hay experiencia de trabajo con contagios de enfermedades transmisibles, Bacilo de Koch

entre otros. Según informe de la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, la tasa de incidencia es 30 veces mayor en el sistema carcelario que en la población. (Levcovitz E. y otros, 2016).

Miércoles 8/04, comienza presión para liberar o mejor dicho excarcelar a presos “por protección”; en noticieros en la TV se ven protestas y reclamos en prisiones en Italia, en Buenos Aires. Debates y problemas en Argentina por la medida de liberar presos para hacer cuarentena en domicilios. También se movilizan en Montevideo. Se dice que excarcelaron, con prisión domiciliaria, a un hombre de 70 años que estaba desde hacía poco tiempo. No está claro qué medidas corresponde tomar, sobre todo con aquellos presos culpables de violaciones o violencia doméstica. Notas, Romero, S.

Luego de consultar informes del Comisionado parlamentario penitenciario (Petit, J. M. 2019, pp. 18) supimos que es alta la tasa de *prisionización* (328 c/100.000 habitantes) (más de 11.000 hombres), la cantidad de mujeres privadas de libertad es mucho menor (700 aprox.) pero con el agravante de que algunas tienen hijos chicos o están cursando embarazos. El problema y el cuidado necesario merecería un apartado en este estudio, pero la propia instancia de observación, en el campo, fue detenida por aplicación de medidas para contención y aislamiento, se suspendieron todas las visitas, todo permiso de visitas.

Si algún interno presentase síntomas claros de Covid-19 se encuentran preparados protocolos de aislamiento. Los nuevos ingresos pasan por el protocolo ya establecido para otras enfermedades, “al detectarse la presencia de enfermedad activa en una persona recién ingresada al sistema, se procede a aplicar un régimen de aislamiento” (Petit, J.M. 2019).

Se han entregado a determinadas personas referentes en cada centro, insumos para desinfección y se han creado instancias de comunicación y concientización sobre pandemia acaecida para su tratamiento, prevención, detección (Petit, J.M. 2020). Notas. Abraira, R.

Hospitales

Las instituciones sanitarias, ya sean del sistema mutual (pre-pago), privado (seguros) o de salud pública (gratuitos), coordinados o registrados dentro del Sistema de Salud que abarca todo el país pusieron en marcha lo que se llamó «protocolos», bajo la autoridad del Ministerio de Salud Pública y del SINAE (Sistema Nacional de Emergencia). Se activaron redes de vigilancia epidemiológica, con aplicación de testeos sistemáticos y en número creciente en todo el país. (ref. art. Científicos, julio 2020)

La observación etnográfica en instituciones se llevó adelante según el supuesto cultural-metodológico de base: en primera instancia se encuentran las directivas, es el plano normativo o discursivo, luego se encuentran las actitudes, acciones, lo que realmente se hace (según la *cultura institucional*) y se puede observar.

Un conjunto importante y mínimamente predecible de factores puede actuar sobre las personas, los/las profesionales. El cambio/los cambios en la operativa de hospitales y de equipos de salud, tiene mucho de *cambio cultural*, todo debe pensarse de otra manera, hay que tratar de ser «otros/as», aprender sobre la marcha.

El miércoles 25 de marzo, ingresó a Sala de Observación de Emergencia del Vilardebó un paciente ‘conocido del servicio’, asintomático (es decir sin fiebre y sin dificultades respiratorias). A las pocas horas es ingresado al sector de Internación de Hombres. El jueves 2 de abril esta persona comienza a mostrar síntomas y es trasladado al hospital Saint Bois. El domingo 5 de abril se confirma que es portador de Covid-19, como así también otros pacientes que estaban internados con él en el mismo sector.

(...) (...)

En esos días de importante estrés laboral, pudo verse a una funcionaria irse (hacia la calle) de mameluco, con su cartera colgada al hombro. Hospital Vilardebó, Notas de campo, Martínez, F.

23/03/20, hora 23. Llego al servicio (sector cirugía), encuentro todo muy extraño. No había sido informado

de los cambios que se iban a realizar para dar alojamiento a pacientes con Covid-19. Me pregunté, ¿qué está pasando aquí? Paulatinamente el hospital se iría transformando, dando prioridad a la situación pandémica. Con reducción de pacientes internados, liberando ocupación, dejando camas libres.

Nueva experiencia práctica: el uso del equipo de bioseguridad, tanto en la colocación como en su retiro. El riesgo de contagio del personal de salud es alto, se produce al retiro del equipo, por lo que las medidas deben ser adquiridas según protocolo institucional.

Fuera de la habitación existe una mesa con material de bioseguridad, (guantes, sobre túnicas de BQ y sobre túnica impermeable, alcohol al 70%, alcohol en gel, máscara con pantalla, antiparras, tapabocas de BQ y N° 95. Tacho de residuo común y tacho de residuos contaminados. Hospital Policial, Notas de campo, Rodríguez, S. Observaciones en hospital designado como Centro Covid-19, en Montevideo:

Todas las habitaciones equipadas con oxígeno central que es provisto a través de un tubo en Y para alimentar las dos camas de una misma habitación, en caso de ser necesario.

Se asigna uno o dos pacientes como máximo por cada auxiliar de enfermería. (De cualquier modo, durante mis días de visita el hospital estaba francamente tranquilo, con la mayor parte de las habitaciones vacías).

El primer día de funcionamiento se contagiaron (¿?) todos los de la cúpula médica, por contagio de una de las doctoras, 10/04/20, Notas de campo, Martínez, J.

En Servicio de Psicología médica, Hospital de Clínicas

Inmediatamente se empezó con los cuidados sanitarios necesarios para evitar posibles contagios. Exhortación al uso de tapa bocas, alcohol en gel, lavado de manos frecuente y no compartir el mate. También se resolvió no llevar a piso instrumentos como lapiceras o cuadernos de apuntes, para evitar mayor cantidad de superficies que puedan transportar el virus.

De forma general estas medidas fueron correspondidas por el personal de salud y los usuarios del hospital. Algunos casos puntuales que se pudieron registrar como el no uso de tapa boca o usuarios compartiendo mate y aglomeramiento en el ascensor. 10/04/2020 Notas de campo, Cristian Dibot

11/4/2020, “Médica de guardia llama por teléfono a médica internista del sector para definir el aislamiento de paciente. No contesta. ‘No soy yo quien tiene que decidir’. Se llama al jefe de médicos internistas. No contesta. Se llamó a médica infectóloga del Comité de infecciones. Atiende. Contesta que ya no es más integrante del Comité de infecciones. ‘No me pagan de retén’ ¿Por qué me llamas?

Yo soy la médica de guardia y te planteo esto ¿quién lo resuelve? Notas, Rodríguez, S.

Pudimos registrar que hay problemas logísticos, de jerarquías, de competencias, de multi empleo de un conjunto grande de técnicos y funcionarios de la salud quienes en un día pueden cumplir funciones en dos o más centros. Desde médicos en diferentes especialidades a acompañantes contratados, es amplia la gama de agentes que intervienen y pueden generar situaciones de riesgo por el simple hecho del trasiego involuntario de elementos contaminantes o de comportamientos diferenciados entre uno y otro servicio (cada uno con sus reglas).

Un aspecto llamativo es la dicotomía entre servicios y personal de salud en general versus servicios y personal de salud mental. En términos teóricos se maneja fácilmente, de manera retórica tal vez, la inexistencia de separación entre *mente* y *cuerpo*, aunque en términos de práctica profesional especializada la diferencia es notoria y hasta plantea disfunciones, debates no resueltos, que en momentos de la crisis sanitaria se pusieron claramente de manifiesto.

De pronto hay mucho paciente derivado del Hospital Vilardebó (por brote localizado, 22 casos positivos)- eso causa malestar entre el personal debido a la dificultad en el manejo de los mismos; se negocia de modo permanente y con insistencia la “devolución” de

los pacientes asintomáticos al Hospital Vilardebó. Allí se niegan a recibirlos.

Hay opiniones amplias en el marco del Hospital Español sobre que las infecciones cruzadas en el Vilardebó se debieron a la irresponsabilidad de los médicos psiquiatras, quienes se habrían negado a utilizar barbijos en el interior del hospital, yendo de un pabellón a otro sin medidas de protección. Esto claramente generaba molestia entre el equipo de salud, produciendo opiniones, rumores, como “los psiquiatras se olvidan que son médicos (...)” Notas, Martínez, J.

El universo de las instituciones de salud contiene una densa complejidad, de funciones, y procedimientos según ramas de actividad. En esta aproximación de peritaje antropológico producido en período corto de observaciones, optamos por mostrar a través de una selección de registros, aspectos que fueron tomados en cuenta y puestos en valor en las interpretaciones, en el trabajo de abstracción para formulación de *modelos teóricos*.

Imaginario social, modelos observados

En el período considerado aparecieron con suficiente claridad matrices de prácticas discursivas y de comportamiento, modelos abstractos existentes en el mundo social, que contienen interés antropológico porque provienen de un *stock* ideacional, «Aún las representaciones colectivas más elevadas no existen, no son verdaderamente tales sino en la medida en que ellas gobiernan los actos» (Mauss citado en Chartier, J. 2005: 56).

1. Modelo geográfico, cerca/lejos

La posición geográfica de este país del Cono Sur está dominada en gran parte por la amplitud del océano Atlántico, que objetivamente lo aleja de otros continentes y de la mayor parte de las catástrofes que sacuden al mundo. Las pestes y epidemias históricas, así como las guerras mundiales han ocurrido efectivamente en otros escenarios. Podemos decir que esa situación genera una representación colectiva: el país «se piensa» a salvo, lejos, en situaciones de riesgo mundial. En esta

representación pierde peso la realidad material de fronteras que lo acercan objetivamente a los dos países vecinos.

Con relación a la proximidad o lejanía de riesgos sanitarios nos resulta ilustrativo que las autoridades del Gobierno saliente, tanto como las del Gobierno entrante (que asumió funciones el 1 de marzo del 2020) no expresaron, ni unos ni otros, inquietud sobre condiciones del país ante eventual llegada del virus.

Nuestra interpretación es que la representación sobre el riesgo seguía, antes del 13 de marzo, el patrón de la lejanía.

Poco después y al primer indicio de alarma, se constató, ya en el marco de la emergencia sanitaria, la necesidad de mejorar equipamiento y capacidad hospitalaria, así como material y operativa de laboratorio para detección de contagios.

Puede decirse que a nivel de las autoridades habría actuado, involuntariamente, una persistente representación sobre la lejanía como protección; dicha convicción tiene lógica en términos de imaginario local, con recurso frecuente al modelo *cerca/lejos*, con el cual se reafirmó tradicionalmente la ventaja de «estar lejos».

Parte de esa representación de referencia permaneció, y hasta opacó la existencia de los más de mil kilómetros de frontera seca con Brasil, también la proximidad de la frontera fluvial con Argentina. Ambas líneas fronterizas vistas como rutina natural o naturalizada, de pasajes cotidianos con preocupación de vigilancia sobre documentación de las personas y sobre posible tránsito ilegal de mercaderías. El peligro biológico que pueda “entrar” por las fronteras a través de la vida normal de las personas, con sus idas y venidas (sobre todo en las llamadas ciudades binacionales) no fue integrado de inmediato en la consideración de las medidas en la emergencia sanitaria.

Actualización del modelo: La cercanía geográfica, el país encajado en la región, adquirió otro estatuto de realidad en la representación colectiva en el actual proceso de transmisión de la pandemia.

El país se «descubrió» cerca de los países vecinos, las fronteras materialmente próximas fueron corrigiendo día a día el mensaje simbólico del *modelo cerca/lejos*, cuestionando la convicción de lejanía, evocada al principio.

2. Modelo global/local: alcance al modelo cerca/lejos

El modelo anterior se reveló poco actualizado por otras razones, ya que rigen en el mundo conexiones globales independientemente de cercanía o lejanía física. Las personas, los proyectos o las economías se vinculan e interactúan a través de múltiples medios, causalidades y condiciones objetivas.

Según el relato más repetido y oficialmente aceptado sobre la llegada del virus dice que «en este país fue determinante el regreso de una persona que había estado en Milán y en España, en vinculación con actividades del mundo de la moda, y que una vez en Montevideo a pesar de tener síntomas, concurre a una fiesta en la que hubo unas 500 personas invitadas». Este acto y sus circunstancias, en principio individuales, habrían bastado para que el virus en su modalidad importada se expandiera rápidamente, registrándose 4 casos positivos el 13 de marzo.

En la secuencia de lo que se considera el «caso cero» del contagio en el país los aspectos socio culturales fueron determinantes y evidentes, aunque imprevisibles desde la posición de las autoridades que no habían aún dispuesto controles en arribos de pasajeros, en la realización de eventos, etc. Desde la esfera privada, el comportamiento social de la persona (paciente «cero») priorizó lo que consideró obligaciones sociales, y socializó a pesar de la fiebre u otros síntomas.

Por favor difundir: el sábado 7 de marzo fue Casamiento F&F. C. H. recién llegada de Milán asistió y hoy en día es el primer caso de coronavirus del Hospital Británico. Ya hay más de 20 con síntomas (...) Si fuiste al casamiento notifica a tu trabajo, universidad y solicita cuarentena (...) Piensen en sus padres, tíos, abuelos. Ya sé que no podemos evitar ir a casamientos pero si asististe al casamiento mencionado arriba, por favor en tu casa por 14 días!!!! No te cuesta nada. Mensaje en redes. 13/03/20, Notas, vida cotidiana, Cheroni, S.

En los medios y en plataformas se va a empezar a mencionar que los sucesivos casos positivos pertenecían/pertenecen a sectores acomodados. En ciertos casos es claro que la condición socio económica facilitó condiciones para viajar, alternar en

Europa (ya en plena pandemia), regresar y a su vez generar ocasiones de expansión local. A partir de estas evidencias se generalizó lo que llamaríamos una versión de *sociología espontánea*, que maneja como dato (para Uruguay) que el virus se expande entre personas de buen nivel económico, que a través de viajes están conectadas con el mundo global. Parece evidente que en sus interacciones *pudieran haber sido* agentes primarios del virus, pero el ciclo de contagios no tiene ese límite social.

Se desprende de aquí otro modelo que acomoda los datos, según una representación recurrente en la que se opone la situación de privilegiados de unos y de víctimas de otros, es el recurso al conocido modelo *ricos/pobres* que, se supone también permitiría ordenar el combate a la pandemia; se sabe que el ciclo de los contagios y transmisión no admite tal simplificación.

En otro orden de argumentación debemos atender al conocimiento más actualizado que dice que los traslados, los viajes aéreos, son un fenómeno poli clasista, y deberíamos descartar la representación del párrafo anterior, aún tan prevalente en el país. De hecho, con el correr de los días fueron llegando, volviendo, muchas más personas, grupos de viaje, estudiantes, becarios y trabajadores de empresas internacionales que se encontraban en países ya bajo prevalencia de la epidemia. También habría que considerar los pasos de fronteras regionales, los trabajadores zafrales que vienen de Brasil a las cosechas de arroz y de caña de azúcar, los esquiladores uruguayos, trabajadores rurales, que fueron a España para la zafra lanera. Ni que decir los riesgos que traen 82 y llevan los transportes de carga regional por vía terrestre. Son referencias concretas, imágenes de conexiones globales de sectores sociales muy diversos.

Un caso paradigmático fue todo el episodio del crucero australiano Greg Mortimer en sus casi 60 días en aguas uruguayas (partió el 24/05/20). Se realizaron controles de detección del covid-19, visitas médicas, internaciones, evacuaciones, traslado de pasajeros, trámites consulares, con personal de Aduanas, de Prefectura Marítima, traslados en ambulancias, transportes de pasajeros, alojamiento en hotel preparado para la emergencia, entre otros. Varias nacionalidades entre tripulantes y pasajeros, varios cientos de personas (de los más

diversos sectores sociales) implicadas en las operaciones, en toda la logística de cada movimiento. Demostración viva de imbricaciones globales y locales.

Actualización del modelo: lo local ya no puede pensarse si no es en relación con todo lo circundante y con las actividades variadas que cada persona o emprendimiento pueden generar. No se trata solo de una cuestión de mercado, de intercambios a gran escala, sino que comprende muchos planos llegando a lo micro social, involucrando proyectos y acciones personales; conexiones en las que están comprendidos una pluralidad de actores, no solamente sectores de alto poder económico.

3. Modelo de sociedad medicalizada

Apenas se registraron los primeros 4 casos positivos en Uruguay el gobierno tomó el conjunto de medidas de alcance nacional ya mencionadas. Permanecieron abiertos solo aquellos comercios indispensables como supermercados, farmacias, estaciones de combustible.

Las calles se vaciaron como en las demás ciudades del mundo, aunque la condición diferente fue que en Uruguay no se obligó, ni penalizó, sino que se apeló al ejercicio de la *libertad responsable* de cada uno/a.

Sábado 21/03, Sobrevuela un helicóptero con un parlante por Pocitos, Parque Rodó y Punta Carretas (barrios de la costa) exhortando a las personas que vuelvan a sus casas y mantengan distancia social. Notas vida cotidiana, Cheroni, S.

Como primera prueba de existencia del *modelo de sociedad medicalizada* (predispuesta a aceptar indicaciones médicas), podemos señalar que el mismo 13 de marzo se canceló el Festival Montevideo Rock (bajo jurisdicción de la Intendencia de Montevideo) que comenzaba al día siguiente con larga lista de invitados, con la expectativa de mucho público. La cancelación afectó a un sector significativo de población joven, con perjuicios económicos; a pesar de todo, la medida no fue cuestionada en ningún aspecto. Se acató por completo, plegando protestas ante el argumento médico del *riesgo sanitario*.

Al reparar en el modelo de sociedad medicalizada, cuya manifestación estamos ahora registrando, recurrimos a conocimiento sistematizado localmente hace más de 20 años, en un importante seminario convocado por el Instituto Goethe de Montevideo. El Seminario La Medicalización de la Sociedad – alineado en visión crítica del llamado *poder médico*, conocida por obras recientes de filósofos, sociólogos, antropólogos, historiadores, médicos, psicoanalistas. En Montevideo un conjunto de especialistas uruguayos y un invitado alemán pusieron a punto, en varios encuentros de trabajo, acercamientos cuestionadores del poder médico, de la medicalización como ejercicio de control y dominación sobre la sociedad, sobre las personas. Ver: Barrán, Bayce, Cheroni, de Mattos, Labisch, Moreira, Portillo, Porzecanski, Rodríguez, Romero, Viñar, (1993, 1ªed., 2002, 2ªed.) Dicho Seminario tuvo repercusión académica y difusión de la publicación, así como también motivó un segundo seminario que años después retomó trabajos, (Portillo, J. Rodríguez Nebot, J. (comps) Seminario Expropiación de la Salud, Instituto Goethe, Montevideo 2005).

En el seminario de La Medicalización de la Sociedad, el reconocido historiador J. P. Barrán había dejado muy en claro la genealogía de esta predominancia o elemento dominante en el imaginario social uruguayo,

Entre 1900 y 1930, la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles, los cuales no tuvieron la misma profundidad ni ocurrieron con el mismo ritmo histórico: el nivel de la atención, o sea, el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la mentalidad colectiva que en parte antecedió a la medicalización; y el nivel de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico.

La sociedad medicalizada, fruto final de este triple proceso, resultó ser aquella en que los aspectos profilácticos del saber médico se popularizaron, aquella en que el médico monopolizó el tratamiento de la enfermedad y buscó la preservación de la salud, ya que ésta se había

convertido en la suprema aspiración del grupo. Esas condiciones ya se cumplían a diferentes niveles en el Uruguay de 1930 (Barrán, J. P. 1993: 153).

Con la certeza de este antecedente histórico hoy reconocemos la vigencia de la difusión hegemónica del saber médico, —en una sociedad medicalizada— aunque a la luz de las evidencias hacemos una valoración *ambivalente* de la influencia que tuvo la existencia de ese modelo en la presente coyuntura de pandemia 2020.

Aplica aquí el sentido de *ambivalencia* al que refiere M. Augé, «En todos los casos, el diagnóstico de ambivalencia se aplica a la coexistencia de dos cualidades, incluso si, en el dominio de los juicios de verdad, no hay más ambivalencia que porque se desplazan los puntos de vista o cambian las escalas», (Augé, M. 1996: 38)

Actualización del modelo: En primera instancia registramos adhesión a propuestas con base en argumentos médicos, mientras actuaba el *modelo medicalizado* como sustrato cultural ya establecido (dentro del *stock*), hecho que favoreció el acatamiento de directivas de cuidado y prevención.

En un segundo momento vemos que el modelo de la *medicalización* mantuvo otras representaciones asociadas, las que ya no resultaron tan funcionales al combate del virus.

Nos referimos en particular a la sobrevaloración del *poder médico* dentro del propio grupo de profesionales en el sistema de salud, como autopercepción de condición aparte frente al riesgo. En el modelo medicalizado, de sobrevaloración del poder médico, no realizamos distinción por géneros, aunque el médico-varón haya sido el paradigma de la profesión, es sabido que la medicina se ha “feminizado” con mayoría de médicas-mujeres en ciertas especialidades pese a lo cual no se registran cambios cualitativos en la cuestión del *poder médico*. Hay aspectos materiales y de estatus social adheridos al problema, mucho más allá de una única determinante «de género». En trabajo sobre el tema habíamos ya sostenido (y la posición no ha perdido vigencia) que

Nos parece entonces de la mayor relevancia profundizar en el análisis del *habitus asistencial*, sobre sus

posibles transformaciones y modos de relacionamiento con el conjunto de las relaciones sociales. Vimos fragmentos de situaciones que ilustran cómo el modelo asistencial autoritario no puede relacionarse exclusiva y mecánicamente con una construcción de género (masculina) de la profesión médica. Tal vez podamos concordar en que sería una construcción de tipo machista, asumida por hombres y mujeres, indistintamente dentro de la profesión (Romero, S.1999: 33).

Consideramos que está pendiente una actualización, con datos, sobre presencia de otras variantes de género, el modelo que habla solo en términos de femenino y masculino, (dos sexos biológicamente posibles) es rígido y apegado a determinantes innatas, sin tomar en cuenta opciones personales que construyen mayor diversidad de género, también en la profesión médica.

4. Modelos asociados a la medicalización de la sociedad

A. Modelo médico hegemónico

Asociado a la llamada Medicalización de la sociedad, de gran fuerza en Uruguay, (al que aludimos más arriba) tiene larga tradición de análisis y caracterización por parte de antropólogos/as que han planteado el enfoque bio médico asociado al poder en una gama amplia de expresión, incluyendo dominación asociada al género en su origen, más masculino que femenino (Autores de referencia del programa Antropología y Salud sobre modelo médico hegemónico, *habitus* asistencial, relación desigual médico-paciente: Menéndez, E. Douglas, Fassin, D. M. Sheper-Hughes, N., Kleiman, A. Romero, S. Portillo, J.).

La medicalización de nuestra sociedad, entendiendo como tal la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos, no es un hecho irrelevante ni menor. Muy por el contrario, desde nuestro punto de vista, adquiere una importancia enorme. Tan grande es esta relevancia, que la medicalización se transforma en uno de los aspectos más destacados y representativos de nuestra identidad cultural (Portillo J. 1993: 17).

Como prueba de existencia de dicho modelo tomamos aquí diferentes hechos registrados cuando la pandemia comenzaba a manifestarse localmente.

En informativos de TV en el horario central, 19h, inmediatamente después del 13 de marzo, se presentaron dos voces que buscaron hacerse oír e imponerse, desde la posición de médico: el presidente del Sindicato Médico del Uruguay fue el primero en pronunciarse enfáticamente, exigiendo que se decretara «cuarentena obligatoria», luego el ex presidente del país, médico, difundió similar reclamo de «cuarentena obligatoria».

Dichos mensajes fueron difundidos ampliamente en medios de prensa, con intensidad en plataformas virtuales, (no siempre fuentes confiables).

Las informaciones producidas y transmitidas desde plataformas virtuales se encuentran enmarcadas en un torbellino, las cuestiones en torno al coronavirus y sus efectos no atraviesan ningún tipo de filtro ni cotejo, notas de campo, abril 2020, Abraira, R.

Parecía improbable no acatar la autoridad de ambas opiniones médicas —dentro del supuesto que el modelo de la medicalización y del poder médico mantenían su lugar dominante—. Fue una sorpresa que las autoridades de gobierno se ubicaran en otro enfoque, buscando otro modelo: pidió y obtuvo apoyo de expertos científicos, no solo médicos, que conformaron un Grupo Asesor Científico Honorario para ser referente oficial en el tratamiento de la pandemia según resultados de modelos biológicos, estadísticos, con opinión médica, pero no de forma excluyente.

La instalación del Grupo Asesor Científico Honorario debe interpretarse como una novedad significativa para este país donde predominó, prácticamente hasta la presente pandemia del siglo XXI el modelo de *sociedad medicalizada*, bajo hegemonía del pensamiento médico. Se ha producido entonces un cambio cualitativo, y la sociedad se muestra ahora, en el 2020, más abierta haciendo lugar a la experticia científica en sentido amplio.

Actualización del modelo: el *modelo científico* sustituyó el modelo del *poder médico hegemónico*, aunque éste permanece sobre todo en las representaciones del propio sistema médico no así en el imaginario social donde ocupa más lugar *la ciencia* en un sentido más amplio y a la vez más riguroso.

Las características del covid19 como virus resistente, letal, aunque con vida útil limitada en gran parte por medidas aplicadas desde lo social, pusieron en escena otros conocimientos. De hecho, el diagnóstico de covid-19 se define en laboratorio, y no por opinión médica, (¿tal vez el hecho pese sobre el ego profesional médico?)

La salud se volvió algo tan objetivamente complejo que no puede ser dejada exclusivamente en la órbita médica.

B. Modelo médico/a-ante-todo

En este modelo, ya formulado en anteriores estudios en el campo de la salud, vemos que es recurrente que médicos/as (y hasta personal de salud por extensión), tiendan a seguir pensándose o construyendo su personaje civil desde la investidura profesional, con cierta inmunidad que sería inherente al saber médico, sin medir circunstancias que pueden afectar a la persona como tal, (riesgos varios a considerar, especialmente posibilidad de contaminación en el caso del covid19).

Esta especie de «envoltura médica» a la persona, evocada en el modelo, se asemeja a lo que Thomas Csordas desarrolló como concepto de *embodiment* (rhe body as representation and being-in-the-world) Csordas, Th. 2014).

Insistimos en que este modelo puede derivar en desatención hacia medidas preventivas (en el personal de salud), como figura del exceso de empoderamiento o inmunidad que se produce a nivel representacional, generando actitudes o comportamientos de riesgo.

Reencontramos este aspecto en situaciones bastante recientes, por ello podemos recurrir a anteriores afirmaciones,

según este modelo de sólida composición histórica, los médicos (genérico) actuarían siempre desde una objetividad dictada por el canon profesional, sin poner en juego sus circunstancias como *personas* civiles. Desde el punto de vista antropológico y psicológico, la

“desaparición” de la persona dentro del rol médico, no es una realidad sino una construcción imaginaria (...) esta creencia produce efectos de realidad. Se convierte en creencia hacia el interior de la comunidad médica y hacia afuera logra instalarse en la sociedad como una verdad. (...) Como toda construcción de sentido, como proceso de semantización, la duración del modelo depende de su difusión (Romero, S. 2009: 50, 51).

Evidencias del modelo de referencia como una clave que permite entender o interpretar escenas de probable riesgo en el seno de instituciones médicas.

1º. Escenario

En el Hospital Español, en Montevideo, equipado como primer centro de referencia del Covid19 para pacientes de Salud Pública, registramos que: el mismo día de puesta en funcionamiento de dicho centro, el conjunto del personal médico tuvo que ser aislado en su totalidad al detectarse un riesgo de contagio, generado por uno/a de los profesionales que se habían reunido para coordinación de funcionamiento del hospital.

2º Escenario

Los primeros días de junio se generó “un brote” en la capital departamental de Treinta y En el país los casos positivos fueron bajando en proporción alentadora, hasta que en Tres. En un solo día se pasó de 0 a 18 casos positivos, de los cuales la mayoría fue en el personal de la salud; por lo menos 200 entre todo el personal de salud local fueron colocados en cuarentena para evitar propagación de contagios. Médicos, nurses, enfermeros y auxiliares resultaron positivos o estuvieron impedidos de ejercer sus funciones por haber tenido contacto laboral con infectados.

El hecho se explica si se asume que el personal de salud, todos los cargos comprendidos, tuvo/tiene momentos, tal vez gestos mínimos que se ejecutan por fuera de la idea de riesgo posible

Lunes 8/4/20. Ese día comienza a llegar una importante cantidad de equipos de protección personal (EPP), como barbijos quirúrgicos, sobre túnicas, zapatones,

mamelucos, antiparras, máscaras de protección facial, guantes, para ser utilizados por los funcionarios. Se generaliza el uso de los mamelucos (monos) en los funcionarios, llevando a una saturación de los sitios de descarte de material contaminado, Notas, Martínez, F. abril 2020.

11/4/2020, Médica de guardia llama por teléfono a médica internista del sector para definir el aislamiento de paciente. No contesta. 'No soy yo quien tiene que decidir'. Se llama al jefe de médicos internistas. No contesta. Se llamó a médica infectóloga del Comité de infecciones. Atiende. Contesta que ya no es más integrante del Comité de infecciones (...) ¿Por qué me llamas? Soy la médica de guardia y planteo esto, entonces, ¿quién lo resuelve? Notas de campo, Rodríguez, S.

Viñeta etnográfica

Día 26/5, ocurrió en una farmacia de barrio, en Montevideo. Según testigos, un hombre conocido, un médico que "siempre viene así, vestido de médico", entró y no llevaba tapabocas. Un cliente presente lo increpó y le preguntó por qué no usaba la protección recomendada a todo el mundo. Discutieron. El hombre se fue pero volvió armado con un cuchillo y atacó al médico, quien todavía se encontraba en la farmacia. Herido, lo llevaron a un centro de atención. Detuvieron al agresor, vino la policía; fue una noticia de la crónica diaria, se vio en informativos de TV. Notas, Romero, S.

Son varios los elementos que en esta escena nos sugieren una carga simbólica en las actitudes del médico, en las expectativas de las personas, en el enojo por incumplimiento de lo que se interpreta como obligación ejemplar del personal de salud. Está demás decir que no justificamos la agresión, solo le damos un marco en el que surge como un hecho de control social extremo, a priori incomprensible.

Actualización del modelo: si bien en el numeral anterior habíamos concluido que la tendencia más actualizada es sustituir la medicina por la ciencia o mejor, las ciencias como

voces autorizadas en un contexto de crisis sanitaria, al mismo tiempo observamos claras manifestaciones de permanencia del modelo del *poder médico*, del modelo *médico/a-ante-todo* en el seno de la propia comunidad médica.

Agregamos que el modelo del poder médico, del médico/a-ante-todo, no solo se mantiene, sino que se transmite entre las generaciones de médicos/as.

Viñeta etnográfica

Hecho público que tomamos en consideración aunque ocurrió fuera del tiempo establecido para la investigación. Se relaciona con el modelo de referencia.

El 31 de julio 550 nuevos médicos/as culminaron y aprobaron el requisito del Internado. Nueva generación de doctores en Medicina. Motivos personales y corporativos se unen tradicionalmente para festejar la ocasión, fiesta de fin de carrera conocida por su animación. Este año debido a restricciones sanitarias se realizó en un parque, a cielo abierto contemplando recomendaciones, aunque no se respetó ninguna otra medida: fue una multitud sin guardar la menor distancia social, en su mayoría sin mascarillas de protección. El festejo, el baile, se extendió por varias horas. Notas, Romero, S.

No podemos menos que interpretar este hecho social dentro del modelo del *poder médico* que hemos señalado, y que por cierto se asocia al siguiente modelo, el de la *desobediencia*.

Aunque es posible que no sea vivida como tal (como desobediencia) porque la representación codificada por el grupo sería que con el diploma habilitante los/las médicos/as tienen estatuto aparte, llegando a ser *médico/a-ante-todo*, sin respetar límites que afectan al común de las personas.

Encontramos una explicación que avala nuestra interpretación en palabras de Mary Douglas, antropóloga británica en su obra *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, «Si un grupo de individuos ignora algunos riesgos manifiestos tiene que ser porque su entramado social les estimula a obrar así. Podemos suponer que su interacción social codifica gran parte de los riesgos» (Douglas, M. 1996:106).

El ministro de Salud Pública, también el decano de la Facultad de Medicina, expresaron públicamente su disgusto, «por la falta de comprensión y empatía». Es notorio que el desacuerdo intervino «desde afuera», desde el plano de la autoridad.

La representación de un sí mismo profesional por encima de prohibiciones, ya habría sido asentada en los años de formación en Medicina; el modelo se alimenta con valores, de convicciones, que por lo visto siguen acompañando a la profesión médica.

5. Modelo de la desobediencia

La desobediencia o no acatamiento de directivas puede tener relación con una simple voluntad de reafirmación, de hacer uso del derecho de cada uno/a para actuar libremente (rechazando jerarquías), o con actitudes de rebeldía más próximas de cuestionamientos de orden político-partidario, aspecto sobre el que no abundamos.

Durante el período de observación constatamos que el *modelo de la desobediencia* se manifestaba de diferentes formas, como actitud persistente en la sociedad observable en comportamientos y transmisible como modelo posible de un repertorio que circula en distintos niveles sociales, en diferentes sectores socio económicos, en grupos de edades y de género. Modelo que reapareció con frecuencia y que va en contra de los cuidados necesarios recomendados, que desatiende advertencias de riesgo. Sobre todo el *modelo de la desobediencia* desafía a la autoridad (la que fuere), desafíos observables en micro escenas en espacios públicos.

Un dato significativo es que en un primer tiempo toda la información sobre riesgos y sobre cuidados se difundió desde el nivel de las autoridades nacionales, el riesgo sanitario y las medidas a tomar fueron expuestas en los medios de comunicación con la solemnidad de asuntos de interés nacional, con protagonismo explícito del Estado en su conjunto, más que del cuerpo médico stricto sensu.

Evidencias presentes en múltiples escenas:

Escenas en buses en la capital, pacientes positivos/as que «se escapan» y tienen que ser ubicadas con procedimientos policiales (rastreo de celulares y otros). Registros en vivo y en

directo: uso despreocupado del tapabocas o mascarillas, arribo de estudiantes uruguayos a la frontera del Chui. Entre otros.

En los diferentes registros aparecen con mayor frecuencia mujeres que desatienden normativas. Esto no corresponde a un sesgo en la observación sino que surge del azar de las circunstancias; los datos no autorizan a que afirmemos que el modelo de la *desobediencia* sea más frecuente en mujeres que en varones. Para llegar a esa certeza deberíamos hacer otro estudio enfocado en ese aspecto, aunque forzosamente el tiempo y las circunstancias etnográficas estarían fuera de la espontaneidad de la época del comienzo de la emergencia sanitaria.

Registros etnográficos

El día 6/04 en informativo TV, se ven escenas de playas con vallados, en Montevideo, Maldonado y Rocha, todos departamentos costeros. En Rocha grupos de surfistas ingresaron al agua a pesar de prohibición de bajar a la playa. La Intendencia de Rocha dispuso el cobro de multas.

10/04/2020

Una situación particular, siendo cuatro personas en el ascensor, una señora en edad de riesgo se dispone a entrar sin reparo alguno, se le avisa amablemente que ya está lleno el ascensor. La respuesta fue una falacia, “nadie respeta el número de personas en el ascensor, a mí qué me importa”. Una demostración de enojo por señalarle que estaba incumpliendo con lo estipulado.

Otra observación de la misma tonalidad: en el ómnibus un hombre en edad de riesgo sube sin tapa bocas, el chofer le recuerda la necesidad de usarlo y la respuesta fue en el mismo sentido, sin acordar importancia. Notas, Dibot, C.

Día 20/04, informativo de 19h. Una mujer de 27 años fue notificada de resultado positivo del test, pero no se quedó en Montevideo. Viajó al departamento de San José en transporte interdepartamental y estuvo en varios parajes. No respondió el celular, tuvo que ser ubicada por la policía y se le reiteró obligación de cuarentena. Se pusieron unas 100 personas en aislamiento a raíz de este caso de posible contagio (además de familiares,

pasajeros del bus, funcionarios del comedor municipal, entre otros).

El día 20/4 en transporte público dos hechos casi idénticos, registrados en cuadernos de campo,

A primera hora de la tarde, rumbo al trabajo al Hospital de Clínicas, el bus con pocos pasajeros, todos sentados a distancia unos de otros, no todos con tapabocas. Sube una mujer de mediana edad, se sienta pegado a mí. Le digo, “pero ¿qué hace? ¿Acaso no sabe que hay que guardar distancia entre las personas? Hay otros lugares vacíos (...)” Respuesta, “me siento donde yo quiero”. Notas, Dibot, C.

Mismo día, otro recorrido de bus,

Pocos pasajeros, sentados distanciados unos de otros. No todos con tapabocas. Sube una mujer de mediana edad sin tapabocas, viene hasta mí y se me sienta pegado. Esperé un momento, luego pedí permiso y me cambié de lugar. Notas, Rial, V.

En estas escenas hay más elementos para analizar, pero solo hacemos énfasis en el *modelo de la desobediencia*, implícita en el no uso de tapabocas y más explícita en la 89 elección de asiento contraria a toda indicación de guardar distancia social.

En abril, informativo 19h: noticia de llegada a la frontera del Chui, entre Brasil y Uruguay, bus con de pasajeros desde San Pablo, jóvenes en viaje de estudiantes “varados” lejos del país y traídos en lo que se llamó operación “Todos en casa”.

Tuvieron que cambiar de bus al llegar a la frontera. Una funcionaria (tal vez de Salud Pública) les indicaba que pasaran de un bus a otro sin pisar el suelo. Tres mujeres jóvenes y luego otros, hicieron caso omiso y dieron varios pasos antes de subir al segundo ómnibus. La funcionaria no reiteró de forma sistemática la recomendación. (Me pregunté ¿habrá visto difícil contrarrestar reiterada desobediencia?) Notas, registro, Romero, S.

24/04, Informativo 19h, imágenes dentro del Parlamento, las cámaras muestran los senadores y senadoras usando tapabocas, salvo un senador de partido opositor,

con gesto de contrariedad, lleva el tapabocas colgando de una oreja o sea sin cumplir funciones de protección alguna.

Sábado, 25/04, sobre las 17h, esquina muy calma en el barrio Punta Carretas, de pronto se anima con gritos, música fuerte. Voy a mirar y veo escena sorprendente en plena vigencia de prohibiciones de circular en grupo y recomendación de permanecer en casa. De hecho, un helicóptero sobrevolaba la zona, exhortando por parlante a mantener distancia social. Dos autos parados y con puertas abiertas, de allí salía la música, un grupo de unas nueve mujeres jóvenes en evidente festejo saltaban, se abrazaban, sin mantener distancia alguna y sin llevar mascarillas. El hecho duró por lo menos media hora hasta que el grupo fue disminuyendo demostraciones efusivas. Notas, registro, Romero, S.

Otros modelos, el del Estado protector

El modelo estado-céntrico, como modelo de protección universal de tipo parental por parte del estado, caracteriza al país y se manifiesta en cada ocasión que se siente que la salud de la población está en riesgo. En ese marco no es casual que la población ponga en escena acciones y reclamos, como si de menores se tratara, incluyendo el modelo de la desobediencia.

En estudios sobre riesgos de expansión de vector del dengue ya habíamos señalado que,

En Uruguay, (...) nada supera la eficacia del nivel máximo de autoridad a nivel público, es decir el Estado como tal y más concretamente el Poder Ejecutivo. Si hay una emergencia hay que considerar la eficacia del uso del poder coactivo del Estado con un sentido “positivo”; en nuestro país hay antecedentes de la percepción sobre el rol del Estado como responsable de cuidar la salud de las personas (Romero, S., in Basso, C. 2010: 134).

Actualización del modelo: En la actual circunstancia se agregaron elementos novedosos: a la figura de la protección por el Estado se le asoció el lugar proactivo de la propia población. La responsabilidad debe ser compartida, la población

dejó de ser una figura pasiva, *objeto* de cuidados, para ser *sujeto* de los resultados que se espera obtener para un bien común.

Otro elemento inédito es que junto al Estado se ve la autoridad del conocimiento científico, en la figura del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH). Aprueban medidas, estudian protocolos.

El enemigo biológico requiere algo más que decisiones de carácter político.

Otros modelos, el país laico con creencias

Como ya fue dicho, la estrategia nacional priorizó respetar la libertad de las personas, apelando a un *uso responsable* de la misma. Este aspecto fue expresamente aclarado y colocado dentro de tradiciones del país. Se trata de una opción política en un marco cultural que se reconoció como propio.

En ese procedimiento clasificatorio evocado queda clara la convivencia predominante, entre razones biológicas, que están del lado de la Naturaleza (riesgo sanitario) y razones culturales, (la libertad responsable), del lado de la Cultura. De la cultura local.

Como expresamos al comienzo del informe, el fenómeno de la pandemia produjo acontecimientos en cadena, que abarcan dimensiones sociales e individuales, económicas, de salud integral, éticas, políticas, expresiones discursivas, culturales, simbólicas.

En este último punto encontramos los sistemas religiosos, las creencias mágicoreligiosas y tratamientos simbólicos para conjurar riesgos vitales. Al respecto, nos planteamos la pregunta si en la coyuntura de la pandemia se produciría (en el país) una multiplicación de demanda de ayuda y protección a entidades espirituales de religiones y cultos que se practican habitualmente, incluyendo prácticas mágico-religiosas.

La posible atención y seguimiento etnográfico del tema quedó interrumpida al decretarse el cierre de todos los locales de religión, iglesias católicas, sinagogas, iglesias pentecostales, centros islámicos, centros Umbandistas, entre otros.

26/05/2020. Se atribuyó el “brote” en el norte del país, en Rivera, a la realización de una “reunión

religiosa” no autorizada. En algunos informativos se dijo con más precisión que se trataba de una “reunión Umbandista.”. Notas, Rial, V.

En el mismo período no registramos alusiones a recursos de medicinas alternativas para combatir efectos del covid-19; tampoco recomendaciones de hierbas, tratamientos que impliquen algún tipo de eficacia simbólica, u otros recursos que reconociéramos como saberes tradicionales o etno medicinales. La recomendación de consumir cítricos cabe en el rubro del saber empírico más común y difundido.

En cuanto a creencias de arraigo local se manifestó, después del mes de julio, la convicción de los habitantes del departamento de Florida de que están bajo la protección del santo local, San Cono, al que se atribuyen recurrentes milagros desde su «llegada» histórica a la capital departamental. La prueba de la eficacia de la protección de San Cono sería que el departamento de Florida no registró (hasta la fecha) ningún caso de covid-19, es el único lugar que queda «limpio» en el mapa nacional.

Es de rigor registrar esta creencia, hecho social que fue conocido en fecha posterior a la finalización del trabajo de campo propiamente dicho. Transcurrió un tiempo lógico en el proceso de clasificación social de la situación como *milagrosa*.

El dato histórico es que la estatua de San Cono fue traída desde Italia a pedido de inmigrantes italianos, a fines del 1800. Desde entonces creció la devoción y los homenajes que se le dedican en su día, el 3 de junio. La veneración a su figura constituye sin duda una base para considerarlo parte del Patrimonio Cultural Inmaterial de la región. Como dijo Renzo Pi «Muchos de los devotos uruguayos de San Cono, ni siquiera saben que éste procede de Teggiano y que es el patrono de esa ciudad. Para la enorme mayoría, es el santo de Florida» (Pi, R. 2000: 61).

En esta ocasión de pandemia se vuelve funcional la atribución de poderes milagrosos al santo local, como tradición local, casi por fuera de una religiosidad cristiana propiamente dicha.

En otras palabras, si había que esperar en Uruguay manifestaciones o demandas de tipo religiosas, Florida era un punto predecible. Así como era factible que en el norte del país se registraran intentos de reavivar sesiones de culto Umbandista, también de pentecostales, ambos de evidentes conexiones fronterizas con Brasil.

Es el arraigo local, los vínculos históricos en el contexto, lo que determinan las expresiones de religiosidad en un imaginario de país laico, sin religión oficial, poco marcado por espiritualidad o por fe religiosa, pero con creencias que se transmiten informalmente.

Hubo versiones, no verificadas, de eficacia de medicamentos no avalados legalmente. Menciones a fármacos como la hidroxiclороquina, reclamado por el antropolόgo-médico suizo Jean-Dominique Michel, entre abril y mayo, que se difundieron a través de internet, entrevistas, blogs, y ensayos en francés con traducciones de *Anatomie d'une crise* (ensayo), *Enseignements d'un désastre* (entrevista), en www.youtube.com Dato proporcionado por Arce, D. 2/5/2020.

Resultados del peritaje antropolόgico

Dentro de la complejidad de los efectos de la llegada del Covid-19 a Uruguay, que englobamos en el concepto de *Hecho Social Total* por su capacidad de capturar de forma simultánea ámbitos y relaciones de la sociedad y de las personas, detectamos ejes o modelos estratégicos comprendidos en el imaginario social.

En el primer trimestre de prevalencia de la emergencia sanitaria registramos formas y momentos en que se objetivaron esos modelos, como comportamientos, líneas de acción y actitudes. Destacamos que en los modelos analizados se puede reconocer una continuidad, una dinámica cultural de transmisión intergeneracional. Serían formas estables en un *stock* disponible (modelo de la *medicalización*, modelo *médico/a-antetodo*). También se observó el cambio, elementos nuevos impuestos por condiciones objetivas (modelo *global/local* en lugar de *cerca/lejos*), por circunstancias de la pandemia (*modelo científico* por *modelo médico*). Observamos comportamientos que no pueden ser solo asociados a la experiencia de pandemia,

aunque se expresaron (y se expresan) en esta circunstancia de forma llamativa, (modelo de *la desobediencia*).

Cambios, innovaciones antropológicamente interesantes: a) el lugar de la población como sujeto de prevención en salud pública y no solo objeto de medidas; b) el lugar protagónico de las ciencias en el modelo del Estado protector.

El cambio de elementos quedó bien nombrado en cada uno de los casos como «actualización del modelo». Captamos un mecanismo de cambio de paradigmas, atendiendo, como recomendaba G. Agamben, a la comparación detalle a detalle.

Se produjeron observaciones documentadas, multi localizadas dentro de una modalidad cualitativa, con técnicas rápidas de investigación etnográfica, considerando la etnografía como conocimiento denso (insights) sobre un contexto delimitado.

Quedaron aclarados aspectos culturales, modelos o patrones de pensamiento que (con momentos de mayor o menor intensidad) compusieron condiciones antropológicas para el «caso uruguayo». El desempeño del país en el manejo y control del covid-19, ha sido más bien acertado y reconocido, (ver informe Bathyany, Carlos et al. Institut Pasteur, Montevideo. The Uruguayan Conundrum: an effective Covid-10 response in South America. Submitted to the New England Journal of Medicine, 21 July 2020) (Aporte de actualización de Abaira, R., julio 2020).

La construcción colectiva de los buenos números del control de la pandemia en el rol de los comportamientos, la incidencia de un imaginario colectivo que se mantuvo activo, creativo. No siempre alineado a la prevención.

Como ya han mostrado muchas veces los estudios sobre la ciencia, es la *historia colectiva* lo que nos permite juzgar la existencia relativa de un fenómeno. No hay ningún tribunal que esté *por encima* del colectivo ni *fuera del alcance* de la historia, pese a que una gran parte de la filosofía haya sido concebida precisamente para inventar semejante tribunal (...) Este esquemático diagrama de las narrativas se propone simplemente dirigir nuestra atención hacia una alternativa que no abandona los objetivos morales de la diferenciación:

cada existencia relativa tiene un envoltorio característico y solo uno (Latour, B. 2001: 188, 194).

Discusión

Interés de un peritaje de tipo cultural: valoración científica de lo social y cultural en el proceso de existencia, expansión y contención de epidemias, pandemias.

Se propone la inclusión de este tipo de conocimiento como aporte necesario al manejo conceptual y de ciencia aplicada, de situaciones complejas mayormente trabajadas desde lo material-biológico.

A través de modelos, matrices de pensamiento y acción, reconocidos como operativos en la sociedad uruguaya bajo el rigor de la pandemia de Covid-19, pudimos igualmente captar procesos de transformación de los mismos modelos. Continuidad y dinamismo, movimientos comprendidos en la composición ineludible de lo socio cultural. A partir de estos hallazgos propondríamos componer y validar indicadores.

Un no-epílogo

A varios meses de finalizado el informe y luego de registrar el buen desempeño del país con pocos casos de contagios y fallecidos por covid-19, debemos decir que los resultados vienen indicando un empuje al alza en todos los conteos, así como día a día se denuncian violaciones a las recomendaciones de prevención más obvias. Controles, multas, no son suficientes para desactivar la energía inusual del *modelo de la desobediencia*. Se constata que el aumento de casos viene asociado a comportamientos que se retomaron como si fueran inocuos: fiestas, marchas, paseo de compras, ferias vecinales... en verdad no se evitan más las aglomeraciones, se olvida la distancia social. ¿Acaso llegó el tiempo del hartazgo psicológico? Seguimos dentro de la espiral de los múltiples efectos del *hecho social total*.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2009). *Signatura rerum. Sobre el método*. Adriana Hidalgo editora. Buenos Aires.
- Augé, Marc. (1996). *El sentido de los otros. Actualidad de la antropología*. Ed. Paidós Básica. Barcelona.
- Barrán, J. P., Bayce, R., Cheroni, A., de Mattos, T. Labisch, A., Moreira, H., Porzecanski, T., Portillo, J., Romero, S., Rodríguez, J., Viñar, M., (1993, 1ª reed. 2002). *La Medicalización de la Sociedad*. Instituto Goethe, Montevideo. Ed. Nordan Comunidad.
- Cheroni, S.; Rial, V. y Rodríguez, E. 99-124. Romero, S. 125-146. En Basso, C., editor. (2010). *Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en Uruguay*. Universidad de la República.
- Bathyany, C. et al. (2020). Institut Pasteur de Montevideo. The Uruguayan Conundrum: an effective Covid-19 response in South America. *Submitted to the New England Journal of Medicine*, the 21 July 2020.
- Csordas, Th. (2015). Embodiment and experience. The existential ground of culture and self. Edited by Th. Csordas, 2014.
- De Castro, Viveiros, (2010 [2009, PUF]), *Metafísicas caníbales. Líneas de Antropología postestructural*. Katz editores, Buenos Aires.
- Chartier, R. (2005). *El mundo como representación. Estudios sobre historia cultural*. Gedisa. Barcelona.
- Descola, Ph. (2010). *Diversité des natures, diversité des cultures*. Les petites conférences, Bayard, éditions Montrouge, France.
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Prólogo Joan Bestard. Editorial Paidós. Barcelona.

- González Vélez, C. A., García González, D. F. (2019) 73-84. In: *Revista Uruguay de Antropología y Etnografía*, Año IV, n.º 2 www.scielo.edu.uy, www.ojs.fhce.edu.uy, <https://es.unesco.org/news/revista-uruguay-antropologia-y-etnografia-enero-junio-2020>
- Latour, B. 2001 1ª ed. en esp. *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Gedisa editorial, Barcelona.
- Levcovitz E. y otros. (2016) *Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad: diagnóstico epidemiológico*. Montevideo: OPP.
- Mauss, M. (1991[1925]). Ensayo sobre el don en *Sociología y Antropología*, Tecnos, Madrid.
- Petit, J. M. (2019). *Informe 2019*. Montevideo: Parlamento del Uruguay.
- Petit, J. M. (2020). Comisionado carcelario: Covid-19 “obliga a hacer lo que sabíamos que había que hacer y no hacíamos”. <https://www.youtube.com/watch?v=4BnXXJ5m0e-g&t=2455s>
- Pi Hugarte, R. (2000), Santos populares del Uruguay llegados desde la Lucania, 59-75. *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*- Romero Gorski, S. (comp.), Departamento de Antropología Social, FHCE. Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo.
- Portillo, J. y Rodríguez Nebot (comp.) (2005). *Expropiación de la salud*, Instituto Goethe de Montevideo, Ed. Nordan Comunidad.
- Rial, V. (2020), Uniformidad y divergencia: Covid 19 pandemia del siglo XXI, 81-88. *Revista Uruguay de Antropología y Etnografía*. www.scielo.edu.uy, www.ojs.fhce.edu.uy, <https://es.unesco.org/news/revista-uruguay-antropologia-y-etnografia-enero-junio-2020>
- Rodríguez Soto, L. (2017) El Uso del Peritaje Cultural-Antropológico como Prueba Judicial en América Latina: Reflexiones de un Taller Internacional, 103-112. *Revista Uruguay de Antropología y Etnografía*, II (1).

- Romero Gorski, S. (1999). *Caracterización del campo de la salud en Uruguay*. *Salud Problema*, 4(6) junio 1999, pp. 25-35. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Romero Gorski, S., (2009), 46-51. Conclusiones del estudio antropológico puntual efectuado en el departamento de Salto. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay*. Volumen XXVI, 2009. Montevideo, ROU. Ministerio de Educación y Cultura. Academia Nacional de Medicina.
- Romero Gorski, S. (2019). Pericia cultural: padecimientos y riesgos vinculados a lo institucional en servicios de Salud. *Ponencia en Mesa 32 de la XIII RAM, Reunión de Antropología del MERCOSUR*, Porto Alegre, 23 de julio 2019.
- Sperber, Dan, (2000) *Quelques outils conceptuels pour une science naturelle de la société et de 94 la culture*, Traducido del inglés por Louis Queré. Publicado en *Raisons Pratiques*, 2000.

Notas de campo, registros fotográficos en: <http://www.antropologiaysalud-uy.org>

Los resultados de la investigación corresponden a un trabajo colectivo por partes iguales. Asumí la escritura, SRG.



Accede al libro impreso escaneando
el código o haciendo clic **aquí**



Fundación
de Cultura
Universitaria

25 de Mayo 553 - Tel. 2916 1152
CP 11.000 Montevideo - Uruguay
libreria@fcu.edu.uy

www.fcu.edu.uy

