La medicina alternativa no es un fenómeno exclusivo de Uruguay, del subdesarrollo ni del Tercer Mundo sino que es un fenómeno mundial. Tanto es así que hoy en día en Estados Unidos, de acuerdo a un trabajo aparecido en el «New England Journal of Medicine», el número de consultas y el gasto en las llamadas medicinas complementarias o alternativas no ortodoxas o no científicas, supera en valor absoluto a todo lo que se gasta y al número de consultas que se hace a los médicos generalistas. En Europa parecería que hay una realidad bastante similar.

La idea es reflexionar sobre qué son esas medicinas, a qué se debe que se esté produciendo este fenómeno cuando, paradojalmente, los avances de la llamada medicina científica han obtenido logros absolutamente impensables hace sólo treinta años y han permitido un descenso de la mortalidad y una prolongación de la expectativa de vida, que antes no se podía imaginar. Sin embargo, simultáneamente y en paralelo se desarrolla una especie de descontento con ese modelo hegemónico que obligaría –eso se va a discutir en este coloquio– a una consulta simultánea, alternativa o complementaria. En todo caso, vamos a ver qué son las medicinas alternativas y cuáles son los motivos por las cuales la gente recurre a ellas. Larry Laudan, uno de los filósofos norteamericanos de la ciencia más influyentes de las últimas dos décadas, ha señalado que la tradición de la medicina científica, simplemente «ha sido más exitosa».

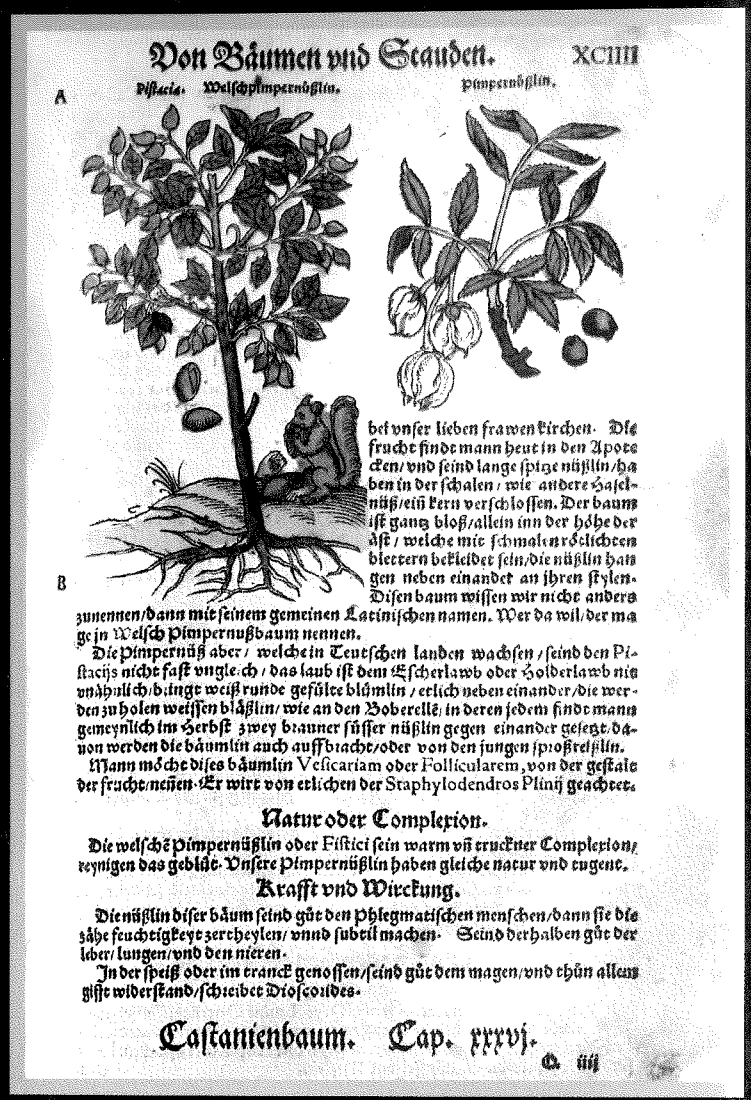
GOETHE-INSTITUT
MONTEVIDEO

AUERFA
Asociación Uruguaya de Ex-becarios
de la República Federal de Alemania

ISBN 9974581354
9 789974 581357

LAS OTRAS MEDICINAS — José Portillo y Joaquín Rodríguez Nebot

LAS OTRAS MEDICINAS



Von Bäumen vnd Stauden. XCIIII

A Pistacia. Welschpimpernüßlin. Pimpernüßlin.

B

bei vnser lieben frawen kirchen. Die frucht findt mann heut in den Apotecken/ vnd seind lange spitze nüßlin/ haben in der schalen/ wie andere Haselnüß/ein kern verschlossen. Der baum ist gantz bloß/allein inn der höhe der äst/ welche mit schmalen röteichten blettern bekleidet sein/die nüßlin hangen neben einander an ihren stylen. Disen baum wissen wir nicht anders zunennen/dann mit seinem gemeinen Lateinischen namen. Wer da wil/der mage jn Welsch Pimpernußbaum nennen.

Die Pimpernüß aber/ welche in Teutschen landen wachsen/ seind den Pistacijs nicht fast vngleich/ das laub ist dem Eschenlaub oder Holderlaub nit vnähnlich/ bringt weiß runde gefülte blümlin/ erlich neben einander/die werden zu holen weissen bläßlin/ wie an den Boberellen/ in deren jedem findt mann gemeynlich im Herbst zwey braunner süsser nüßlin gegen einander gesetzt/ davon werden die bäumlin auch auffbracht/oder von den jungen sproßreißlin.

Mann möche dises bäumlin Vesicariam oder Follicularem, von der gestalt der frucht/nennen. Er wirt von etlichen der Staphylodendros Plinij geachtet.

Natur oder Complexion.

Die welschen Pimpernüßlin oder Pistici sein warm vñ truckner Complexion/ reynigen das geblüt. Vnsere Pimpernüßlin haben gleiche natur vnd eygent.

Krafft vnd Wirckung.

Die nüßlin diser bäum seind gůt den Phlegmatischen menschen/dann sie die zähe feuchtigkeyt zertheylen/ vnnd subtil machen. Seind derhalben gůt der leber/ lungen/vnd den nieren.

In der speiß oder im tranck genossen/seind gůt dem magen/vnd thůn allem gift widerstand/schreibet Dioscorides.

Castanienbaum. Cap. xxxvj.

compiladores:
José Portillo y Joaquín Rodríguez Nebot

© 2006, Instituto Goethe

Ilustración de cubierta:
Description and illustration of the pistachio bush (bladder nut).
From a herbal by P.A. Mathiolus, enlarged by J. Camerarius, 1590.
Bibliothek des Schweizerischen Pharmazie-historischen Museums, Basel.
Photograph: P. Heman, Basel.

Corrección: Ana Cencio

Armado y diseño: productoraeditorial

ISBN: 9974-581-354 ~ **Depósito legal:** 338 364 - 06

Impreso en Uruguay por Productora Editorial
Zelmar Michelini 1116, 11100 Montevideo, Uruguay
Teléfono y Fax: (598 2) 902 6818
e-mail: proedit@adinet.com.uy

Índice

Introducción ~ 9
DR. JOSÉ PORTILLO

Medicinas y ciencia ~ 11
DR. JOSÉ PORTILLO
1. La modernidad líquida - 11
2. La profesión médica - 16
3. Medicinas alternativas, complementarias, no ortodoxas - 19
4. La imbricación hecho-valor - 23
5. La razón, el bien, el mal - 25

Modelos culturales y sistemas de atención de la salud ~ 29
DRA. SONNIA ROMERO
Antecedentes - 29
Actualización - 30
Estado de situación, en cuanto a la presencia de terapias o sistemas de atención alternativos y transformaciones estabilizadas dentro del campo de la salud - 31
Un modelo que refleja las tendencias de cambio cultural - 33
Mapa cultural - 34
Modelo y casos del mundo real - 36
Situación 1 - 37
Situación 2 - 38
Situación 3 - 38
Reflexión - 44

dad en asuntos factuales y en asuntos cognitivos, éticos y estéticos.

Según esta concepción, la verdad será «un consenso racional de una comunidad epistémica pertinente», en condiciones óptimas aunque no ideales.

La medicina científica y las medicinas complementarias son una realidad y ambas se encuentran en un proceso universal de creciente demanda. Sin embargo la primera está basada «en una tradición exitosa» de aplicación práctica de un conocimiento teórico, como señalaba Paul Starr, que por ahora se separa grandemente de terapias menos exitosas y no científicas (al menos por ahora).

El conocido politólogo español Félix Ovejero[27] señala, refiriéndose a la argumentación racional y dialógica, que «en un marco deliberativo no es de recibo el socorrido argumento de que hay que apoyar a todas las medicinas por igual, sin considerar su alcance, su base racional o el grado de responsabilidad de los individuos al asumir los riesgos».

27 Ovejero Lucas, F.: *Proceso abierto. El socialismo después del socialismo.* Ed. Tusquets, Barcelona, 2005.

Modelos culturales y sistemas de atención de la salud

DRA. SONNIA ROMERO GORSKI, 2005
COORDINADORA DEL PROGRAMA DE ANTROPOLOGÍA Y SALUD,
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL,
INSTITUTO DE ANTROPOLOGÍA. FHCE

Antecedentes

En trabajos anteriores revisé conceptos teóricos y análisis aplicados a la complejidad y transformaciones del campo de la salud, avanzando sobre la comprensión desde la antropología social y cultural del auge actual de oferta y demanda de terapias tradicionales, prácticas medicinales llamadas «alternativas», curas mágico-religiosas, chamánicas y múltiples técnicas de sanación y armonización (S. Romero, 1993, 2003, 2004).

Estos temas fueron a su vez, y a instancias de la propuesta de seminario por parte del Instituto Goethe en junio de 2004, objeto de un abordaje en equipo dentro del Programa de Antropología y Salud. En ese momento se realizó una búsqueda documental y un trabajo de campo, con visitas a instituciones, entrevistas, observación e incluso registro de programas televisados en los que pastores de religiones pentecostales ofician rituales con fines curativos. Los diversos tratamientos y sistemas de atención relevados por el estudio se ubicaron en Montevideo y Ciudad de la Costa (ver en Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay 2004-2005, S. Romero; F. Davyt; B. Emeric; S. Cheroni; V. Rial; A. Buti).[1]

1 En un primer seminario sobre La Medicalización de la Sociedad (Instituto Goethe, Montevideo 1993), varios especialistas, desde las ciencias médicas a las humanidades, abordamos la problemática del título; en mi trabajo, «Transformaciones en el campo de la salud en Uruguay: ¿una revolución cultural?», planteaba aspectos que resultaron novedosos: la salud y los procesos de atención/enfermedad no se reducen exclusivamente a problemas o disfunciones bio-psíquicos. Demostré que se trata de un campo relacional que se mueve tironeado por

Se tomó también en consideración la permanencia residual de prácticas de «medicina popular», contando con un estudio de caso en Valle Edén, departamento de Tacuarembó (A.C. Rodríguez, ídem).

Los tratamientos y/o «sistemas alternativos» encontrados se distribuyen grosso modo en dos grandes categorías, de acuerdo a si operan en el orden real/empírico o en el orden simbólico; al primero corresponden aquellos sistemas o tratamientos que se proponen actuar sobre el plano físico, el dolor, patologías y/o descompensaciones psico-físicas. Al segundo corresponden las acciones o sistemas que trabajan sobre la representación del mal, de la enfermedad, y apelan a la unidad del ser en conexión con un universo circundante ya sea natural, social, espiritual o supramundano.

En los tratamientos que trabajan desde el orden simbólico es necesario interrogar el estatuto de la creencia, como clave de la *eficacia simbólica*, aunque cierto grado de creencia, aceptación o convicción siempre cuenta, dentro de condiciones de *eficacia objetiva*, en el orden empírico. Sobre estos tópicos trató F. Vomero (en Anuario 2004-2005, op. cit.) demostrando que desde categorías teóricas psicoantropológicas resulta clara la imbricación de lo real y lo simbólico.

Del nuevo estudio (2004) y revisión del primer trabajo (1993) salió fortalecido nuestro axioma de base: la vivencia personal e intransferible de una dolencia se procesa en un mundo social, históricamente determinado y atravesado por factores culturales de gran complejidad en cuanto a su dinámica tanto de estabilización como de transformación.

Actualización

Al abordar un tercer seminario (Instituto Goethe, setiembre 2005), es imprescindible recordar hallazgos y conclusiones preexistentes (2004), porque desde allí podré demostrar la persistencia de una tendencia así

tendencias globales y locales, externas e internas al propio campo, con nuevos especialistas actuando, nuevas demandas sociales y sobre todo con evidencias de nuevos cuestionamientos por parte de los usuarios de instituciones de la salud frente a la «hegemonía médica». El desafío que nos planteó la invitación a revisar la temática en el segundo seminario (Instituto Goethe 2004, seminario sobre Desmedicalización) permitió verificar la validez y vigencia de los conceptos desarrollados diez años atrás en el primer seminario.

como hacer visible la lógica que vincula la dinámica general (universal, podríamos decir) de modelos culturales, con modalidades que no deben percibirse entonces como fenómeno exclusivamente local.

Así la demanda de atención diversificada y de nuevos agentes de salud que propongan terapias eficaces basadas en diferentes tradiciones y/o prácticas médicas (llamadas alternativas), puede ser analizada como parte de tendencias mundializadas y como resultante de *ciertos* aspectos del propio accionar del sistema biomédico occidental.

Estado de situación, en cuanto a la presencia de terapias o sistemas de atención alternativos y transformaciones estabilizadas dentro del campo de la salud

Se constató la presencia de diferentes vertientes de la inspiración llamada new age, vigente y en expansión en Europa, EEUU y Canadá desde la década de 1970 y que hace aproximadamente cinco años adquirió visibilidad en Uruguay.

La complementación que de hecho realizan los usuarios de diferentes tradiciones «médicas» se manifiesta igualmente en la difusión y aceptación en el imaginario social de formas populares y diversificadas de ver-se y de tratar-se. En esa variedad se incluye una vuelta hacia lo antiguo y tradicional, con una revalorización de la farmacopea considerada natural, planteando posibles usos de flora autóctona, de prácticas de prevención y tratamientos que se aproximan a un ideal de vida sana en armonía con ritmos del cuerpo y de la naturaleza.

El corpus de nuevas ideas o paradigmas que han «entrado» en el campo de la salud produce desde cierto punto de vista una mayor autonomía de los sujetos (o pacientes) que pueden considerar una oferta amplia, fuera de lo estrictamente controlado por el sistema médico hegemónico; se genera un flujo paralelo y autorregulado, con demandas conscientemente diversificadas. Al mismo tiempo, la creciente importancia y aceptación de terapias complementarias y/o alternativas ha resultado en un mayor cuidado en la información que se pone a disposición del público, reduciendo posibilidades para el ejercicio de la «charlatanería» en el rubro tratamientos.

Por otra parte se observa que el sector de los profesionales de la salud no es ajeno a los cambios señalados: algunos demuestran individual-

mente mayor interés por conocer los alcances de sistemas «complementarios y/o alternativos»; en algunas especialidades de la biomedicina y de la psicología ya se han producido «aperturas» hacia las «otras» medicinas integrando concepciones y/o técnicas de tratamiento.

Los cambios evocados conforman transformaciones en las percepciones y prácticas de la sociedad y de los actores involucrados en la atención profesional de la salud, por lo que podemos mantener la idea de que se ha producido y se sigue procesando una «revolución cultural». Este cambio o aceptación consolidada de una demanda hacia la diversidad en la atención produce como efecto una cierta «desmedicalización» en el sentido en que disminuye la dependencia con respecto al sistema biomédico, promueve una mayor autogestión de los sujetos o pacientes.

Las demandas de sanación que provienen de una percepción de la enfermedad o de las dolencias desde un plano psicosomático y espiritual pueden canalizarse –sin temor de crítica o sanción social– hacia vertientes o actores capacitados para atenderlas. Por ello puede considerarse que estos nuevos agentes ayudan o alivian el sistema de atención biomédico cuando se hacen cargo de descompensaciones que son difíciles de identificar y de absorber dentro de estructuras de atención masificadas ya sean del sector de salud pública o de medicina prepaga.

El mayor interés social hacia la prevención y el autocuidado se comprueba en una consideración creciente por el equilibrio en la alimentación; el sentido común local ya ha adoptado la idea de que la salud integral y una larga vida se vinculan con una dieta adecuada.

Acompañando los procesos señalados, se encuentran formas de asociación espontáneas como grupos o colectivos que se reúnen en torno a prácticas alternativas, a valores y/o creencias de tipo new age que involucran el cuidado de la persona en términos de salud integral; dichos grupos configuran nuevas modalidades de contención socializada y en ese sentido actúan como alternativas «saludables» de estilo de vida, con promoción de valores no materialistas.

Por ello puede considerarse que la acción de nuevas concepciones, de cierta idea de vida saludable junto a la ubicación del ser humano dentro de una cosmovisión integral, conforma un movimiento de resistencia

cultural, al que también aportan nuevos elementos algunos actores profesionales que se desempeñan dentro de marcos médicos oficialmente reconocidos.

Un modelo que refleja las tendencias de cambio cultural

La situación que caracterizamos como de resistencia cultural en el campo de la salud observada en el escenario local se relaciona, como ya señalamos, con movimientos similares en otras sociedades, y se explica en parte por redes complejas de vinculación socioeconómica, cultural e informativa, que actúan dentro de la mundialización; pero sobre todo forma parte de dinámicas de posicionamiento cultural que asumen las personas dentro de las sociedades contemporáneas. En este punto resulta esclarecedor el desarrollo realizado por Mary Douglas, antropóloga de la escuela británica, quien desde una perspectiva cultural reconoció modelos que sintetizan el vínculo entre la situación «típica» de sociedades contemporáneas y grupos sociales, sus valores culturales, y las construcciones sociales que conducen (en el caso que estamos analizando) a los pacientes hacia un tipo u otro de asistencia como opción «histórica», como alternativas socioculturales hacia realidades diferentes. Sobre el punto M. Douglas establece que «a lo largo de su historia, la medicina occidental ha ido apartándose de las cuestiones espirituales (...) La medicina complementaria que se ofrece como una alternativa no reemplaza el lugar de las iglesias ni ofrece a sus pacientes la oportunidad de adherirse a un culto religioso alternativo. Antes bien, se basa en teorías antiguas sobre el modo en que los seres vivos están vinculados con el cosmos y una serie de teorías sobre la conexión entre la existencia física y la existencia psíquica. En suma, es una alternativa cultural a las tradiciones filosóficas occidentales» (Douglas, 1998: 48).

En el campo de la salud el gusto o las opciones se encuentran también sujetos a la lucha por la hegemonía, y en ese sentido los conflictos culturales contemporáneos referentes al tratamiento del cuerpo se integran al tratamiento del ambiente, de los animales.

Allí M. Douglas señala una tensión entre los valores materiales y los valores espirituales, encontrando una opción por la «delicadeza» como una forma de caracterizar una nueva tendencia, contraria a lo material, lo mecánico. La teoría cultural que se aplica para el análisis de esa nueva

realidad en el plano de la salud parte de cuestiones referentes al modo en que la gente convive. «Todo es simbólico y todo forma parte del compromiso. El mismo análisis que se aplica a la elección entre religiones puede aplicarse a la elección de alimentos y de métodos médicos. (...) En las ciencias sociales se considera que una elección es una cuestión individual, surgida de necesidades interiores de la psique del individuo (...) La teoría de la cultura, en cambio, pone el acento en la capacidad que tienen los individuos de constituir la comunidad. Partimos de la idea de que todos los individuos están interesados de manera vital en el tipo de sociedad en la que viven» (M. Douglas, ídem).

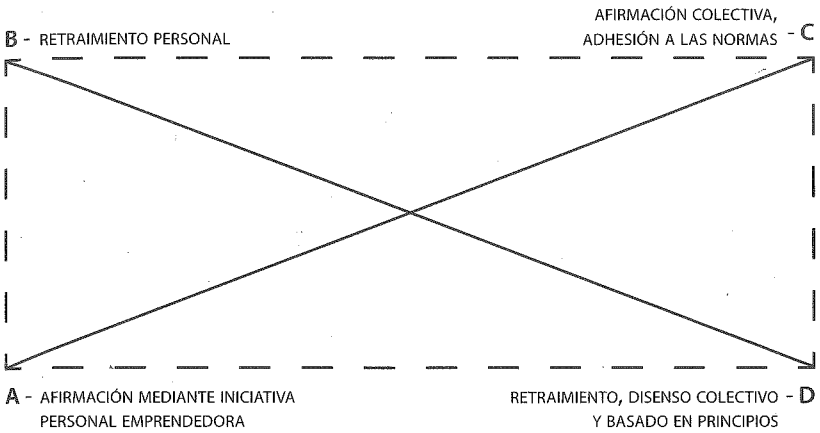
Reconociendo una dinámica de tendencias culturales opuestas, la autora traza un esquema en el que dos diagonales que se cruzan ilustran la forma en que se agrupan o separan tendencias de opinión y de acción; así la diagonal del retraimiento o la protesta está compuesta por un polo donde se coloca el disenso privado e idiosincrásico que va a posibilitar en el otro extremo la generación de enclaves disidentes organizados, individuos generalmente indignados contra el abuso del poder y de la riqueza. Señala a las sectas religiosas como el modelo más corriente de la cultura de enclave, aunque el conflicto cultural no sólo se reduce a la religión y de hecho se puede reconocer en aspectos referidos al tratamiento del cuerpo, de la salud.

Mapa cultural

B - AISLAMIENTO EN UN REMANSO — JERARQUÍA CONSERVADORA - C

Aislados, por elección o por compulsión, literalmente solos o aislados en estructuras complejas (valores eclécticos)	Grupos sólidamente incorporados con estructura compleja (por ejemplo, jerarquías)
Estructura débil, incorporación débil (individualismo competitivo)	Grupos sólidamente incorporados con estructura débil (por ejemplo, sectas igualitarias)

A - INDIVIDUALISMO ACTIVO — ENCLAVE DISIDENTE - D



Las presiones culturales no obligan siempre a elegir un camino u otro, pero como dice M. Douglas nada impide que unos pocos «aislados» (o desconformes con el sistema médico, podríamos agregar) opten por reunirse y formar un enclave de adherentes a un sistema alternativo o una comunidad terapéutica. La práctica no siempre sigue puntualmente la teoría, pero en el caso de las opciones de tratamientos nos encontramos con tendencias objetivas muy alineadas dentro de lo establecido teóricamente.

Es en ese sentido que consideramos muy adaptado el modelo de referencia, ya que demuestra la dinámica de fenómenos socioculturales como el que estamos analizando, colocando en los extremos de una diagonal el retraimiento personal y luego el retraimiento colectivo basado en principios; tal sería el proceso que incluye la actitud crítica personal frente al sistema médico y luego la coincidencia dentro de grupos de opinión y/o de comunidades terapéuticas.[2]

Esta línea llamada negativa o de resistencia, se cruza con otra diagonal en la que se ubica la afirmación mediante iniciativa personal emprendedora y la afirmación colectiva de adhesión a las normas (en esta segunda línea estaría la actitud de un/a profesional y luego la del colectivo médi-

2 En este caso el modelo de M. Douglas expresado en forma esquemática en la figura que se reproduce aquí, corresponde a lo que C. Lévi-Strauss llamó modelos mecánicos, que a diferencia de los modelos estadísticos, buscan expresar de forma lo más exhaustiva posible las relaciones entre los componentes de un fenómeno dado.

co). Esta colocación surge de que «los sectores que sustentan una estructura de autoridad se alían sobre la diagonal positiva (A-C) pues ambos tipos de ideal cultural aceptan la autoridad, el liderazgo y la dominación. Cualquier postura que ellos aprueben será automáticamente cuestionada por las culturas que se alinean sobre la diagonal negativa (B-D). Los enclavistas se unirán para protestar contra el poder de los sectores dominantes de la sociedad». (Douglas, op. cit.)

Para quienes se encuentran en los extremos de la diagonal positiva, la autoridad es en principio aceptable; en los otros extremos, en la diagonal negativa o de resistencia, la condición «espiritual» y «pura» constituye un código excluyente más significativo para los aislados y los enclavistas, quienes desaprueban lo «materialista». En la demostración de M. Douglas la preferencia por lo espiritual es un recurso que establece jerarquías, empleado como arma en «la guerra entre culturas».

Concluye que «(...) la medicina holística, espiritualizada, está constituyendo un rasgo permanente de nuestro panorama cultural. Con la propagación de la industrialización, una investigación cultural mostraría que la diagonal negativa cuenta con numerosos adeptos. La sociedad industrial tiende a apartar a los individuos de sus contextos primordiales de lealtad y apoyo y los abandona en el sector de los aislados. Allí donde prosperan los enclaves y aumenta el número de aislados, la crítica espiritual continúa desafiando las definiciones de la realidad que formula la medicina occidental tradicional» (M. Douglas, op. cit).

El argumento establece que dos tipos diferenciados y polarizados de terapias corresponden, en su imaginario recíprocamente opuesto, a dos tipos diferentes de terapeutas. Al interrogarnos sobre la construcción de los vínculos que se establecen entre paciente y médico, debemos interesarnos sobre el modo en que se realiza esa construcción; la misma tiene características determinadas por el contexto de cada sociedad. Una breve exposición de casos en la escena nacional nos permitirá probar la capacidad heurística del esquema cultural evocado.

Modelo y casos del mundo real

Una razón posible de retraimiento de los pacientes, primero en solitario como protesta y luego en colectivos como adhesión a otros valores,

puede encontrarse en la propia actitud o estilo de relaciones que son observables dentro de consultorios médicos. En trabajos anteriores, con la prueba documentada de registros etnográficos, establecí que la modalidad autoritaria predomina y perdura como *habitus asistencial* en las relaciones médico-paciente, sobre todo en el marco de la asistencia gratuita y/o de salud pública (S. Romero, 2003).

Las posiciones jerárquicas se reafirman a través de relaciones desiguales objetivadas en actitudes y discurso supuestamente personales de cada profesional, aunque en realidad estén predeterminadas desde un rol socialmente valorizado y habilitado para un cierto ejercicio de poder o autoridad. De acuerdo al modelo de referencia, el lugar y el discurso médico funcionan dentro de la diagonal A-C que admite «la autoridad, el liderazgo y la dominación», y esto sucede independientemente del sexo o género del titular. Es decir que el *habitus asistencial* autoritario es ejercido tanto por hombres como por mujeres, profesionales de la salud; llegando un poco más lejos, también establecimos que dicho habitus traspasa las profesiones y alcanza a los/las funcionarios/as dentro de una institución médica (S. Romero, 2003).

Veamos transcripciones de situaciones empíricas en las que observamos el momento preciso en que se manifiestan mecanismos de dominación, de desvalorización de la presencia y/o de la palabra de los consultantes. Por su lado, éstos ensayan formas de resistencia.

Situación 1

«Me molestó porque mi madre era así, severa; si no hacíamos las cosas correctas ya agarraba el cinto y nos daba, si veníamos de la escuela con una moña desarmada ya nos daba, y todo así (...)

«Entonces el reto que ella (la doctora) me pegó me tocó profundamente, me dolió horrible.

«Ella (la doctora) pensó que yo estaba discutiendo con ella, pero yo estaba preguntando qué era lo que pasaba, y no me quiso escuchar, empezó a rezongarme (...).

«Salí decidida a no llevarlo (al hijo) más (a la consulta)».

Entrevista, cerca del CMI, madre de 23 años, 1990, Ref. S. Romero, 2003: 130.

Situación 2

Dra. -*Cuando tosa póngalo boca abajo.*

Madre. -*En la cama siempre está boca abajo. Le puse un palo debajo de la cama para levantarla. Para la tos le hago vahos de tilo.*

Dra. -*Las mamás creen que el tilo es indispensable, no hace falta que gaste...*

Madre.- *Yo se lo compro, ¡no me importa! Todo el mundo dice que el tilo es bueno.*

Dra. -*En realidad con el agua basta, cumple la función de abrir los bronquios y darles humedad.*

Madre. -*Pero todos dicen que el tilo es bueno...*

Situación 3

Dr. revisa resultados de un análisis y dice: «*Le voy a indicar un nuevo análisis para dentro de treinta días porque aún no se pueden observar los resultados del tratamiento*».

Luego de decir esto el doctor escribió algo en la historia clínica, hizo una orden para el nuevo análisis (creo) y salió; no le hizo ningún examen a la niña.

Después entra la enfermera, le entrega a la madre el carné y le dice que puede retirarse.

Pero la madre se sigue quedando, cree que el doctor aún no ha terminado, y me pregunta a mí (ya que se fueron todos):

«*¡¿Qué puede estar pasando?!*

Diez minutos más tarde entra nuevamente el doctor; pregunta a la señora por qué no se fue.

(...) (...)

Dr. «*¡Pero ya lleva anotadas en el carné las nuevas fechas de control y análisis! ¡Puede retirarse!*».

La madre estuvo con la niña en total treinta y cinco minutos; y no hay explicación de la demora, ni de la importancia de los próximos análisis, ni de por qué no es necesario revisar a la niña.

Notas de Observación dentro de consultorios, ref. S. Romero, op. cit. 128, 130 y 131.

A propósito de este tipo de situaciones, protagonizadas por diferentes actores y observadas en número elevado (de las que guardamos registro) definimos que la existencia de un *habitus asistencial* autoritario se vincula con la permanencia en el imaginario de la profesión y de las instituciones médicas, de una autovaloración que establece insistentemente jerarquías o vínculos asimétricos en la relación médico-paciente, y por extensión en las relaciones entre población e institución. Recordemos aquí que esas percepciones y actitudes, objetivadas individualmente y colectivamente en el sector de profesionales de la salud, se ajustan a lo previsto para la diagonal A-C en el modelo de M. Douglas.

Ya desarrollé este punto en otros textos, pero se justifica nuevamente su mención aquí pues constituye un aspecto relevante desde el punto de vista antropológico, ya que la permanencia y objetivación de dicho *habitus* forma parte de la evidencia de continuidad del modelo médico hegemónico y sobre todo forma parte de condiciones de inequidad y disfunciones dentro del proceso de atención. El sistema gratuito y/o público es el lugar donde se ejerce más ampliamente, sin que sea efectivo el control social o la protesta de los usuarios. Los alcances sociales del tema son amplios y exceden esta presentación, pero es claro que una de sus consecuencias es el *retraimiento* al que se refería M. Douglas, y luego la búsqueda de soluciones más satisfactorias y amigables. La coincidencia en grupos de los pacientes descontentos y la conformación de una resistencia a esas formas de atención en el sistema de salud es posible y de hecho se organiza más efectivamente en los sectores medios y de mayor poder adquisitivo (en estos sectores se encuentran la mayor parte de adherentes a sistemas alternativos como la homeopatía, consultas por Flores de Bach, tratamientos con acupuntura y otros de la gama *new age*). Los tratamientos de tipo mágico-religioso y/o los que tienen elementos de carácter residual «folk», cuentan con adhesiones más significativas, pero no exclusivamente, en sectores populares.[3]

3 La situación se repite en diferentes países en América Latina, por ejemplo en México tenemos testimonios del descontento y búsqueda de alternativas: «Fíjense nomás cómo tratan a un paciente. Hace muchos años llegaba uno al Seguro y por lo menos lo agarraban del brazo, le tomaban el pulso (...) ahora ya no, llega el enfermo y el médico está acá viendo no sé qué (...) mientras el enfermo está habla y habla, el doctor está escribe y escribe». En: Roberto Campos Navarro, 1997: 243.

Vinculado a los aspectos que vengo desarrollando en este texto, hay que considerar ahora el aspecto de difusión e impacto en actores en el campo de la salud de los análisis críticos, provenientes sobre todo de las ciencias sociales y en particular de la antropología médica o de la salud. Al respecto existe una vasta literatura a nivel internacional, regional, mientras que en el plano nacional ya contamos con una década larga de trabajos sistemáticos sobre el punto y no sólo desde una sola disciplina. Podemos decir que se formó *un colectivo* crítico, una corriente de estudio y formación de opinión con bases científicas, que desde diferentes epistemes –incluso desde la medicina– coinciden en la posición B-D de la «diagonal negativa» del esquema cultural. De forma tal que debe considerarse como un hecho social el impacto y/o transformaciones que estos nuevos análisis y posicionamientos provocan dentro de los colectivos profesionales. Podríamos hablar de una tendencia visible en algunos profesionales que de manera individual y luego en colectivos profesionales están promoviendo un proceso de cambios en sus procedimientos, incorporando visiones críticas aunque no siempre en el sentido y con la profundidad necesarios.

En ese movimiento ya se distinguen orientaciones del cambio (estamos hablando en general, de profesionales de la salud) que se bifurcan, nuevamente, y que podemos ajustar en dos diagonales, una que refleja la búsqueda de elementos de afirmación personal y luego colectiva, con apego a las normas (extremos A y C) y la otra que la procura, primero desde un retraimiento personal/profesional para coincidir luego en disenso colectivo basado en principios (extremos B y D).

Tenemos algunos indicios, materiales empíricos, que nos permiten ordenar de ese modo una interpretación cultural sobre movimientos o tendencias observados en profesiones formales en el campo de la salud.

Brevemente evocaré un ejemplo de la primera tendencia, en la que se observa claramente la voluntad de cambio dentro de parámetros «tradicionales», con apego a las normas en connivencia con una convicción de legitimidad del ejercicio de cierto poder.

Observación y notas de F. Vomero[4] durante una Jornada Médica realizada en la Sociedad de Cirugía, el 24 de junio de 2005; el interés de esta

4 Fabricio Vomero, colaborador honorario del Programa de Antropología y Salud, dirigido por S. Romero, FHCE, Universidad de la República.

reconstrucción reside en que la Jornada de Actualización Terapeútica trató la relación médico-paciente como tema central de una de las sesiones; se organizó un juego de roles o dramatización.

Las notas de observación dicen textualmente: «Básicamente fueron dos las escenas construidas. En la primera (...) se subraya que el médico no mira al paciente y no se acerca a él. Tampoco sale de detrás del escritorio (...) su preocupación está centrada principalmente en el llenado de la historia clínica, el paciente permanece parado, no se le realiza ningún examen físico».

En el relato se dice que el tiempo apremia, las consultas son demasiadas, los sueldos muy bajos, es decir argumentos que se manejan como justificación o atenuante de la actitud del profesional.

En la segunda escena se propone la antítesis de la anterior, el médico mira al paciente, pregunta por su vida, cómo es la familia, sus actividades, se trata de «humanizar» la consulta. Se procura que el paciente sepa que el médico se interesa de verdad en él. Se pone énfasis en el tiempo que se le dedica al paciente, sin importar la lista de pacientes en espera; la dramatización no deja dudas sobre la importancia de la mirada y el contacto físico.

Este segundo modelo de consulta es el que se pone, en el debate, como el ejemplo a seguir, el paradigma de lo que llamaron una nueva relación médico-paciente; los docentes y el público (médicos/as que seguían las jornadas de actualización) intervenían para hacer comentarios y recomendaciones. Lo que se destacó fue «el beneficio del examen físico de la consulta, porque lo sitúan como tranquilizador, citan estudios ya realizados, el paciente se relaja (...) se insiste en la mirada que se le debe dirigir al paciente, como clave para lograr el encuentro.

Luego se anotó: Uno de los jefes de la cátedra va más lejos aun y recomienda ejercicios precisos, que incluyen:

«Debe hablársele al paciente de cosas particulares de su vida cotidiana, que se tengan registradas en una tarjeta de cada uno de ellos: *al paciente le parece muy importante que lo reconozcon, que el médico recuerde cosas de la vida del paciente*», y nombra como ejemplo preguntas como: *¿y el perrito... cómo anda?, ¿su marido se recuperó?, ¿su hija salvó tal examen?, etc.*

«Recomienda tocarlo, por el hombro, demostración de interés y familiaridad que escenifica toda la complejidad del poder en juego».

Más adelante «señalan la presencia de pacientes difíciles, *narcisistas* los denominan; son aquellos que rechazan diagnósticos, que se resisten al dispositivo. Se señala que debe recordarse que una buena relación médico-paciente es la clave para evitar juicios por mala praxis, *tan de moda actualmente*».

Se desata un debate sobre derechos del paciente, derecho a una segunda opinión médica «*que aunque no nos guste, es un derecho del paciente*».

Señala el observador que estos argumentos que se basan en la posibilidad del error, molestan al colectivo médico presente y dice que «tal es la fuerza de la cuestión, que una de las panelistas cerró el debate diciendo: *Colegas, deben recordar que estas cosas deben aceptarse, que es posible escuchar otras posiciones, que no somos los únicos dioses*».

Luego de esta importante secuencia de notas de observación deberíamos abrir un nuevo capítulo de interpretaciones (para lo que no nos queda aquí demasiado espacio), aunque a la luz de lo previamente expuesto y del modelo cultural analizado resulta sencillo colocar en la misma diagonal A-C –de la afirmación donde se conserva el poder– estos esfuerzos conscientes que realizaba un colectivo médico, tratando de corregir lo que se consideró solamente como defectos menores, de tipo comportamental y por lo tanto fáciles de superar con fórmulas de autoayuda. Es significativo que no se revise críticamente la construcción de roles, que se considere que los propios profesionales médicos se bastan a sí mismos para manejar aspectos psico-socio-culturales. No se percibe que dichos aspectos deben ser objeto de análisis construido con exigencia científica, es decir que se reafirma no sólo la posición del colectivo sino la capacidad de la iniciativa personal como autosuficiente e independiente de un complejo de factores. Es evidente asimismo que la posición del paciente sufre (en las recomendaciones manifiestas) un nuevo descenso en su condición subalterna porque se le hará creer (en un claro mecanismo de manipulación) que sus detalles biográficos y/o afectos son recordados por el/la médico/a, es decir que se le hará creer al paciente que está construyendo con su médico/a una relación humanamente significativa y no una instancia más dentro de una rutina profesional.

Sobra decir que por esta vía no se llegará a transformaciones de posiciones, no se le hará mella al *habitus asistencial*, la autoridad y la violencia podrán seguir ejerciéndose bajo otros gestos, otras palabras pero con

un mismo convencimiento sobre la superioridad y la subalternidad de las posiciones, de las concepciones. En la misma línea de proyección de hechos sociales, de actitudes y respuestas culturales puede considerarse la continuidad del crecimiento de la búsqueda de otros valores, otras alternativas; la diagonal B-D seguirá reclutando personas y colectivos.

Sobre este último punto, veamos brevemente cómo esa búsqueda de nuevos valores, de nuevas técnicas profundamente diferentes –porque se originan en concepciones diferentes– pueden procesarse dentro de la profesión médica para mayor beneficio de los pacientes.[5]

En tratamientos ortopédicos como especialidad médica, sabemos que algunos profesionales han buscado otra medicina dentro de la medicina, una alternativa de tratamiento como especialidad que se desarrolló posteriormente a la 2ª Guerra Mundial, revisando prácticas y manipulaciones ortopédicas que ya se hacían en la antigüedad. Se parte de la constatación de que en la edad moderna se dejó de tocar el cuerpo (los árabes sí mantienen técnicas antiguas que incluyen manipulaciones corporales). El tema fue retomado, aprendiendo de la quiropraxia y osteopática, desarrollando una quiropraxia especial que se aplica con criterios médicos. Se presenta como una especialidad auténticamente europea, medicina ortopédica manual que aplica un diagnóstico médico ortodoxo para enfermedades mecánicas de la columna, aceptada por la OMS. Sigue el lineamiento de una medicina basada en la evidencia.

Cambia el enfoque de la patología, que puede ser mecánica aunque no necesariamente anatómica, es decir que el dolor puede ser real aunque una radiografía no muestre una patología funcional. Se considera la conexión de las patologías con lo espiritual, lo emocional, a la medicina como un acto de comunicación en el que lo más importante es escuchar lo que el paciente quiere transmitir, el examen clínico se basa mucho en el *relato*; no se considera necesario hacer gestos tocando al paciente, sino tener una actitud de respeto y estar realmente conectado. Como instrumentos auxiliares del médico (en el caso de los tratamientos en cuestión) se destaca la mano, ya que no hay aparato que haga una tracción ajustada como la que hace la propia mano. Existe una escuela o

5 Tenemos que agradecer la conversación con el Dr. Daniel Stran, en Montevideo, setiembre 2005.

colectivo profesional, que sobrepasa fronteras, de este tipo de «medicina dentro de la medicina», seminarios de intercambio y formación, maestros reconocidos y búsqueda permanente de técnicas complementarias, investigaciones y espacios para escuchar y aprender con especialistas que vienen de otras tradiciones médicas.

Reflexión

Desde los antecedentes evocados a la puesta a prueba del modelo de Mary Douglas, la demostración tiende a reafirmar que en el campo de la salud las transformaciones se multiplican; la novedad es la confirmación de que parte de las causales a considerar son los trabajos que, desde las ciencias sociales y humanas, desde la antropología social, han abierto una brecha en las convicciones tradicionales de la biomedicina sobre su forma de actuar. Confirmamos que la medicina produce igualmente sus propias vías de transformación en valores y alternativas, aunque no todas con la misma profundidad. Mantenemos la convicción de que la diversidad cultural llegó para quedarse en el campo de la salud, no es un cambio menor. Seguiremos dirigiendo la mirada antropológica hacia estas transformaciones contemporáneas, apostando a que sean a favor de una mejor salud individual y colectiva.

Bibliografía citada:

Roberto Campos Navarro, 1997.
Nosotros los curanderos. Editorial Nueva Imagen, México.

Mary Douglas, 1998 (1ª Ed. en inglés, 1996).
Estilos de pensar. Editorial Gedisa, Barcelona.

Sonnia Romero Gorski, 2003.
Madres e Hijos en la Ciudad Vieja. Udelar-CSIC. Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo.

Autores varios. Programa de Antropología y Salud. En: *Anuario de Antropología social y Cultural en Uruguay, 2004-2005*, S. Romero Gorski (Ed. y Comp.). Departamento de Antropología Social. Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo.

Joaquín Rodríguez, José Portillo (comps.), 2004.

La expropiación de la Salud, Instituto Goethe - Nordan Comunidad, Montevideo.

Seminarios, Instituto Goethe de Montevideo, 1993, 2004 y 2005.

Notas

Primera tipología

Prácticas y/o sistemas que tienen amplia difusión en las ciudades, en este caso encontrados en Montevideo y área metropolitana, incluyendo la llamada Ciudad de la Costa.

1. Agentes de atención y/o «sanación» vinculados a sistemas religiosos.

2. Agentes de atención y tratamientos directamente vinculados con Medicinas Tradicionales.

3. Terapias o tratamientos holísticos complementarios.

4. Tratamientos y tradiciones que permanecen de forma residual; áreas de mayor difusión en zonas rurales.

Segunda tipología

Según origen (países, culturas, tradiciones) y según centros de legitimación.

1. Medicinas y terapias procedentes de áreas culturales no-occidentales, y/o de Europa precristiana.

2. Medicinas y/o terapias del área cultural occidental y cristiana.