



Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga **Aportes a la salud comunitaria**

Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga **Contributions to community health**

Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga **Contribuições para a saúde comunitária**

Fabrizio Martínez Dibarboure¹

Resumen: A partir de la obra pictórica del pintor uruguayo José Cuneo Perinetti (1887-1977), nos iremos acercando a la vida y praxis del médico uruguayo Hugo Dibarboure Icasuriaga (1929-2015), quien empezó su caminar mientras el pintor hacía sus lunas sobre Florida. Desde un abordaje que tendrá en cuenta la perspectiva antropológica, mezclada con aportes históricos, reflexiones filosóficas y experiencia práctica asistencial, analizaremos el aporte de Hugo a la medicina familiar y comunitaria, descubriendo en él a un médico-docente que, sigue dejando su huella por el transitar de la salud comunitaria nacional.

Palabras clave: Medicina Familiar y Comunitaria, Salud Pública, Antropología Médica, Historia, Docentes.

Abstract: Starting from the pictorial work of the uruguayan painter José Cuneo Perinetti (1887-1977), we will approach the life and praxis of the uruguayan doctor Hugo Dibarboure Icasuriaga (1929-2015), who began his journey while the painter was making his moons over Florida. From an approach that will take into account the anthropological perspective, mixed with historical contributions, philosophical reflections and practical healthcare experience, we will

¹ Es licenciado en Enfermería (UdelaR) y especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría (UdelaR); como así también, es profesor de Filosofía (IPA), magíster y doctor en Antropología (UdelaR). Se desempeña como profesor agregado de Enfermería en Salud Mental (FENF, UdelaR) y profesor de Filosofía en Educación Secundaria. Integrante del Programa Antropología y Salud (FHCE-FENF, UdelaR).
Contacto: fabriziomartinezdibarboure@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0000-2810>



analyze Hugo's contribution to family and community medicine, discovering in him a doctor-teacher who continues to leave his mark for the transition of national community health.

Keywords: Family Practice, Public Health, Anthropology Medical, History, Faculty.

Resumo: A partir da obra pictórica do pintor uruguaio José Cuneo Perinetti (1887-1977), abordaremos a vida e a práxis do médico uruguaio Hugo Dibarboure Icasuriaga (1929-2015), que iniciou sua caminhada enquanto o pintor fazia suas luas sobre a Flórida. A partir de uma abordagem que terá em conta a perspectiva antropológica, mesclada com contributos históricos, reflexões filosóficas e experiência prática em saúde, analisaremos o contributo de Hugo para a medicina de família e comunidade, descobrindo nele um médico-professor que continua a deixar a sua marca para o transição da saúde comunitária nacional.

Palavras-chave: Medicina de Família e Comunidade, Saúde Pública, Antropologia Médica, História, Docentes.

Recibido: 20241011 –*Aceptado:* 20241110

Introducción

Las circunstancias vividas por el pintor uruguayo José Cuneo Perinetti (1887-1977), nos servirán de puntapié para adentrarnos en la semblanza del médico uruguayo Hugo Dibarboure Icasuriaga (1929-2015).

José Cuneo nace en Montevideo, hijo de inmigrantes italianos, de los que heredará el gusto por el arte. Luego de estudiar pintura en Montevideo, viajará a Europa donde seguirá profundizando sus estudios pictóricos en Italia y Francia. En 1930, a instancias de su esposa floridense, Virginia Mattos, se instalará en Florida. Y así recordará años más tarde:

mi mujer siempre me estaba diciendo ¿por qué no vas a Florida? Yo no quería, porque... no sé... dudaba de que pudiese encontrar tema para mi obra. Y fue todo lo contrario, donde encontré verdaderamente temas, motivos para mi obra...

Y ya que fui, me decidí, y realmente, recorriendo la ciudad, los alrededores, la costa del Río Santa Lucía, me pareció que sí, que iba a hacer algo, y resolví quedarme...

Y fue como me entusiasmé después y empecé las Lunas y los Ranchos. Yo creo que nacieron casi simultáneamente, es decir, empecé a hacer primeramente ranchos y de repente empecé a agrandar la luna... (Pereda, 1982, p. 127). (Figura 1)



Figura 1. *Luna en Florida* (ca. 1930), obra del pintor uruguayo José Cuneo (1887-1977). Se encuentra en el Museo de Artes Visuales (Montevideo). Extraída de: <https://mnav.gub.uy/cms.php?o=3857>

Por lo tanto, cuando José Cuneo se instalaba en Florida a pintar sus lunas, Hugo Dibarboure, mirando a la misma, daba sus primeros pasos de vida.

Desarrollo

Al igual que José Cuneo, nací en Montevideo (1973) y luego mi familia, oriunda de la Piedra Alta, me llevó de pequeño a aprender a caminar por las mismas calles donde comenzó el caminar de Hugo (en la familia Dibarboure dicen que los niños aprenden a caminar pateando una pelota). Así, me ubico en mi contexto humano existencial, aprendiendo que “una parte del trabajo antropológico es autobiográfico” (Menéndez, 2012, p. 6); conociendo que “los aspectos subjetivos y biográficos del investigador no sólo acompañan la totalidad del proceso de investigación, sino que lo preceden. Se expresan en los motivos de acercamiento a un problema, el tipo de interés y el estilo de investigación, entre otras dimensiones” (Mantilla, 2008, p. 95).

Hoy, observo éste caminar, desde una perspectiva antropológica. Pues, como nos plantea la antropóloga uruguaya Sonia Romero, “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” (2023, p. 18).

Como una rama, del árbol antropológico, encontramos la Antropología de la Salud que, según el antropólogo estadounidense Craig Janes, “se sitúa en la intersección de la antropología y la salud pública”. Su contribución específica, viene de su capacidad de articular el sentido que las personas y las comunidades, atribuyen al Proceso Salud-Enfermedad-Atención, “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).

Desde ésta perspectiva, siguiendo a Sonia Romero:

Definimos la Salud como un constructo producido según condiciones materiales-biológicas, históricas y socio-culturales de la sociedad en su conjunto y de los individuos en particular. En ese sentido, 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 (1997, p. 33).

El asumir una mirada antropológica nos permite, a los profesionales del área de la Salud, que nos preguntemos sobre nuestros presupuestos y actuemos, como extranjeros, en el lugar de trabajo; volviendo a aprehender lo que estudiamos durante la carrera de grado. Para que, luego esos conceptos, no se vayan perdiendo al ir naturalizando, en el ejercicio pragmático profesional, esa noción de “paciente” que parte de una “medicalización de la vida cotidiana”, donde se “sabe que lo esencial está perdido y que todos sus esfuerzos se reducirán a rascar la superficie” (1970, p. 253), como decía el antropólogo francés Claude Lévi-Strauss (1908-2009).

Por lo tanto, la Antropología permite otra mirada sobre la atención sanitaria, dado que la misma, como nos refería el antropólogo francés Marc Augé (1935-2023), “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 hasta los más complejos” (2007, p. 61-62).

De esta manera, Antropología y Salud convergen, dado que:



El conocimiento y la práctica de la antropología son ciertamente un triunfo para el médico, sea cual sea la sociedad donde ejerza, en la misma medida en que la medicina, en cuanto actividad práctica de curación, pasa por la observación y el reconocimiento de signos clínicos: decodificar la demanda de los enfermos no puede más que mejorar y enriquecer los procedimientos de diagnóstico (Augé, 1996, p. 90).

La confluencia de estas perspectivas, me permitieron que esta semblanza se ubicara en un marco transdisciplinario (1995), como planteaba la enfermera y antropóloga estadounidense Madeleine Leininger (1925-2012). Por lo que, asumo el planteo del médico y antropólogo francés Didier Fassin, quien nos refiere que: “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” (2018, p. 46).

Desde éste preámbulo, analizo la vida de Hugo quien nació un 1º de octubre de 1929, en Florida. Su padre, llamado José Pedro Dibarboure, era farmacéutico y su madre, llamada Alix Icasuriaga, era maestra. Hugo era el menor de seis hermanos y José Pedro, mi abuelo materno, era el hermano mayor.

Ingresa a la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR). Antes de que lo hiciera Hugo, su hermano mayor también había ingresado a dicha casa de estudio, pero abandonó la carrera para volver a trabajar en el ámbito rural. Por su parte Hugo, no solo seguirá la carrera, sino que también se desempeñará como docente Ayudante y, luego, docente Asistente del Departamento de Farmacodinamia y Terapéutica, entre los años 1960 y 1963; siguiendo los pasos de sus progenitores, harán de él un médico-docente.¹ En 1963 recibe el título de doctor en Medicina por la Facultad de Medicina (UdelaR).

Se radica en Capilla del Sauce, un pequeño pueblo al noreste del departamento de Florida, junto a su familia, su primera esposa Elvira González,² maestra y más tarde médica y sus cuatro hijos mayores, José, Ana, Inés y Juan;³ actuando como médico del pueblo entre los años 1963 y

¹ Agradezco a la Lic. María Eugenia Grundel, mi esposa, quien desde que éramos estudiantes de licenciatura en Enfermería (UdelaR), siempre me decía: *detrás de todo profesional sanitario tiene que haber un educador para la salud.*

² Agradezco al Dr. Antonio Turnes, compañero de Hugo, por la información.

³ Agradezco a la Dra. Delia Sánchez, esposa de Hugo, por la información.



1971. Allí realiza práctica clínica, como así también partos, en la propia comunidad; entremezclándose su vida personal y familiar, con las crecidas de los arroyos, la pesca en los mismos, las caminatas, los partidos de fútbol (donde oficiaba de árbitro), los tangos y los encuentros con los vecinos y la naturaleza (Dibarboure, 1996).

En los sufragios de 1971, Hugo será el candidato del recientemente creado Frente Amplio, para ocupar el cargo de intendente, en las elecciones departamentales floridenses (junto a las elecciones nacionales); donde mi tío paterno, José Mario Martínez (formado en Servicio Social en la UdelaR), junto a su futura esposa María Antonia Castro (médica por la UdelaR), ambos floridenses, militarán por la candidatura de Hugo, siendo posteriormente un matrimonio de detenidos-desaparecidos en Buenos Aires, en 1977, atrapados por las garras del Plan Cóndor.

En 1974, Hugo junto a otros colegas médicos (Juan Carlos Macedo, Barret Díaz Pose y Hugo Bagnulo), fundan la Revista Médica del Uruguay, publicación científica del Sindicato Médico del Uruguay, integrando por veinte años el Consejo Editorial. Un año después, en 1975, consigue la especialización en Medicina Interna por la Facultad de Medicina (UdelaR).

La persecución política, llevada adelante por la dictadura (1973-1985), lo llevará a desempeñarse como médico en Villa Cardal (1975), otro pueblo del departamento de Florida, y luego en Montevideo. Hasta que llega el exilio forzoso y emigrará, junto a su familia. Primero irán a Venezuela y, luego, se radicarán en España, donde Hugo ejercerá como médico entre los años 1977 y 1984. En 1980 consigue, otra vez, el título de especialista en Medicina Interna (por la Universidad Central de Barcelona) y llegará a ser director médico del Hospital de Mataró, en la provincia de Barcelona, entre 1983 y 1984.

En 1985, al retornar la democracia a Uruguay, Hugo volverá al país, pues refería: *cuando estaba allá trataba de acordarme en cuál de las dos torres de la catedral de Florida es que estaba el reloj y a veces no podía lograrlo.*⁴ (Figura 2)

⁴ Agradezco al Dr. Miguel Pizzanelli, discípulo de Hugo, por la información.



Figura 2. Plaza Asamblea y Catedral de Florida.

Fuente: https://es.wikipedia.org/wiki/Florida_%28Uruguay_%29

Entre los años 1985 y 1988, fue Director Asistente del Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), fundado en 1935.

En 1988, consigue la especialidad en Salud Pública por la Facultad de Medicina (UdelaR) y se instala en Montevideo, junto a su familia, su segunda esposa Delia Sánchez, también médica y sus dos hijos menores, Clara y Felipe.

Posteriormente, en el año 1997 impulsará la creación de la Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria, dentro de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina (UdelaR), siendo tutor de varias generaciones. Una vez, un joven residente de medicina familiar, le preguntó a Hugo, ¿qué es lo esencial de un médico de familia?. Éste le respondió: *querer a la gente mijo*.⁵

Al jubilarse, Hugo seguirá viajando desde Montevideo a Capilla del Sauce, durante varios años, para continuar su vocación galena. Allí, en su querido pueblo, se quedaba dos días a la semana para desempeñarse como médico honorario; con el permiso expreso del Ministerio de Salud Pública y de la Caja de Profesionales Universitarios pues, aunque él no era creyente, no obstante, seguía las máximas de aquel cobrador de impuestos, vaya paradoja, que decía: “curen enfermos... gratis lo recibieron, denlo gratis” (Biblia de Jersusalén, 1975, p. 1401).⁶

⁵ Agradezco al Dr. Juan Ignacio Gil, discípulo de Hugo, por la información.

⁶ Evangelio según San Mateo, capítulo 10, versículo 8.

En el año 2010, se le realizó un homenaje público en la Junta Departamental de Florida, por sus 80 años de vida y por su servicio a la comunidad. (Figura 3)



Figura 3. Hugo Dibarboure en agosto de 2011, fotografía tomada por el Dr. Miguel Pizzanelli, frente a la casa donde nació la madre de Hugo, que era una escuela en la que trabajaba como maestra su abuela. Actualmente es el edificio del Instituto de Formación Docente de Florida.

Fuente: <https://hacherural.wordpress.com/page/31/?pages-list>

En el año 2014, fue declarado Profesor Emérito de la Facultad de Medicina (UdelaR).

Falleció en Montevideo, el 7 de julio de 2015, regresando a Capilla del Sauce para su descanso definitivo.

Esa mañana, me desempeñaba como licenciado en Enfermería en la Puerta de Emergencia del Hospital Vilardebó, hospital público de referencia nacional en Psiquiatría y Salud Mental, de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), donde ejercí como nurse durante varios lustros. Cuando me llama la médica-psiquiatra de Sala 7, la Dra. Gabriela Dibarboure y al atender me dice: “Fabrizio, falleció Hugo. Ahora lo están velando y luego lo llevan a Capilla del Sauce”. Al salir de la guardia, fui al velorio para despedirme de Hugo y saludar a la familia. Cuando llegué, el ataúd que contenía a Hugo, tenía a sus pies la boina del mismo.

Desde el año 2019, la Policlínica de Capilla del Sauce de ASSE, lleva el nombre del Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga.



Al analizar la profusa obra bibliográfica de Hugo, donde nos ilustra su pensamiento sobre la salud comunitaria, podemos observar que, en una coyuntura actual de una medicina a escala industrial, el gran aporte suyo es *una medicina a escala humana*, parafraseando al médico-psiquiatra y antropólogo estadounidense Arthur Kleiman (1988).

Allí nos comienza planteando la cercanía que, a la comunidad, debe tener el/la médico/a:

Muchas veces hacemos consideraciones acerca de ciertos aspectos sociales de nuestro medio rural, sin haber vivido y palpado tales situaciones, es decir, sin haber tomado contacto directo con la verdadera realidad. Nuestra experiencia realizada en Capilla del Sauce aún cuando no nos permite tomar contacto con toda esa realidad, nos pone cerca de algunos de sus aspectos (Dibarboure, 1969, p. 182).

Así, haciendo, un diagnóstico de situación del pueblo donde ejercía, nos dirá:

Los problemas ecológicos vinculados a la higiene son importantes. La eliminación de basuras y excretas es deficiente; la crianza de animales (aves, cerdos, vacas) se hace en predios urbanos. El abastecimiento de agua se hace mediante el uso de aljibes, pozos semisurgentes y de tres perforaciones hechas por OSE cuyo uso no tiene importancia excepto en épocas de sequía. Los controles químicos y bacteriológicos del agua se hacen solo a requerimiento de particulares. La costumbre del hervido de leche diría que es universal. La endemia hidática es muy importante en la zona (Dibarboure, 1970).

A fines del pasado siglo, Hugo nos hace el maravilloso legado de su libro *Historias* (1996). Allí nos cuenta historias de su vivencia existencial y praxis médica, en los pueblos de Capilla del Sauce (departamento de Florida, Uruguay) y Mataró (provincia de Barcelona, España). El filósofo español José Ortega y Gasset (1883-1955), decía: “Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo. *Benefac loco illi natus es*,⁷ leemos en la Biblia. Y en la escuela platónica se nos da como empresa de toda cultura, ésta: “salvar las apariencias”, los fenómenos. Es decir, buscar el sentido de lo que nos rodea” (1942, p. 30). Así, un cuento que narra, magistralmente las circunstancias de Hugo en Capilla del Sauce, es la historia sobre *Doña Olga*:

Cuando la conocí vivía en La bolsa. La bolsa es una calle cerrada sin salida, condición por la que recibe su nombre. La entrada dista unos 300 o 400 metros de los lindes del pueblo. Después

⁷ *Haz bien al lugar donde has nacido.*

se mudó a una casita de material, a lado de lo de don Pascasio Camejo, donde antes había vivido Grosses, el hermano de Fernanda, cuyo nombre ahora no recuerdo. Vivía sola.

Desde el punto de vista de la salud, doña Olga tenía “muchas cosas y pocas cosas”, como decían por allá al referirse a los achaques mas o menos intrascendentes. Tal vez su soledad le aumentara los dolores y tal vez también, la visita del médico cumpliera una función de relación social que ella no quería perder a ninguna costa , ni siquiera a costa de sus achaques.

Lo cierto es que nunca lograba que ella me confesara sentirse bien. Siempre me refería una lista mas o menos larga y variable de síntomas inespecíficos. Una vez, yendo hacia su casa por la bajada que va desde la plaza hasta la esquina de donde vive ahora doña Ermelinda, me dí cuenta de que doña Olga me veía llegar a su casa y tuve la intuición de que entonces ella pasaba rápida lista a sus achaques, comprobaba uno a uno sus dolores para esperarme con todo ello pronto para disparármelo en cuanto llegara. Así que esa vez opté por no llegar.

Al día siguiente cambié la vía de acceso a doña Olga.

En vez de llegar por el frente llegué por sus espaldas. Entré pidiendo permiso por lo de los tres hermanos Olveira, crucé por los fondos de lo de Domingo Pressa, pasé el alambrado lindero y llegué a lo de doña Olga que estaba carpiendo y dando vuelta tierra. Sin saludar siquiera, señalándola acusador con el índice, le dije: – la jodí, hoy está bien.

Doña Olga pasó de la sorpresa inicial a una hilaridad que sacudía toda su figura: Lloraba de risa y con una mano en mi hombro me decía entre las sacudidas de su cuerpo, – Usted es un pillo, un gran pillo–. Yo también reía, claro está.

Desde ese día las relaciones se establecieron sobre bases cómplices que supusieron serias negociaciones sobre dolores, medicamentos y placebos. Relaciones mucho más saludables por partir del reconocimiento de la situación, y tal vez por la risa de su génesis (Dibarboure, 1996, p. 136-137).

También, en dicho libro, Hugo nos realiza un diagnóstico de situación muy crítico de la atención sanitaria nacional:

La actual estructura del sector está basada en lo que denomino “especialismo”, es decir la división del trabajo médico según especialidades, con fuerte orientación a lo biológico. Produce el pensamiento médico predominante que se expresa a través de organismos de decisión del sector (MSP, UdelaR). Este pensamiento y estas decisiones dependen de la experiencia de quienes los producen, condicionada a su vez por el modelo de atención-docencia-investigación



en que actúan, el hospital y las condiciones laborales y de mercado que los privilegian. Cuando toman decisiones relativas al sector no pueden despojarse de los factores que condicionan su estatus y su pensamiento.

En lo atinente al *pensamiento* no pueden despojarse de su visión hospitalaria y especializada, no globalizadora. Los especialistas son, al fin, los que saben cada vez mas de cada vez menos, creo que lo dijo Pascal pero no estoy seguro ni encuentro la cita. No parece razonable que sean sólo ellos quienes decidan sobre aspectos que involucran la globalidad e integración de acciones dirigidas al hombre, es decir un ser social con psiquis y soma (Dibarboure, 1996, p. 22-23).

Y ésta perspectiva crítica, la seguira manteniendo al comienzo del presente siglo, con respecto a la situación de mal de nuestra salud nacional:

Como en muchos otros países de América Latina, en Uruguay se dice reiteradamente que el sector salud está en crisis: a lo largo de los últimos treinta años, la presencia de este enunciado es notoria, tanto en observaciones basadas en datos empíricos como en trabajos críticos e investigaciones en el campo de la salud pública” (Dibarboure, 2003, p. 2).

Refiriéndonos, según su criterio, donde está la falla estructural sistémica:

La “historia clínica” de este estado de mal se expresa mediante síntomas y signos que enumeraré a continuación sin pretender que sean exhaustivos, aunque considero que el espectro que abarcan es lo suficientemente amplio como para configurar un “diagnóstico sindromático” de nuestro sector salud:

- La disconformidad de todos los sectores sociales involucrados.
- La discriminación de los uruguayos según los subsistemas de atención público y privado.
- El incumplimiento de funciones esenciales de salud pública.
- El crecimiento tumoral del gasto y su distribución patológica.
- Los recursos humanos del sector (la irracionalidad académica).
- Los resultados (la pendiente hacia el desastre) (Dibarboure, 2003, p. 4).

En mi experiencia, como profesional sanitario, observo que estas puntualizaciones siguen estando muy vigentes en el campo de la atención en salud mental (Martínez, 2022).

Por último, quisiera traer lo que decían sobre él, sus residentes de Medicina Familiar y Comunitaria: “Hugo, disfrutó al ejercer la medicina, amó a sus pacientes, amó a su querido



pueblo Capilla del Sauce, comunicó el saber de forma sistemática. Disfrutó de la vida simple, de la charla amigable, de la pesca, del campo, del arte, la poesía y la música” (Barrios, 2016, p. 16). Y, también, “nos brinda su labor profesional en toda su dimensión humana, aplicando el conocimiento científico y los principios de beneficencia “*primum non nocere*” con firmeza y sin condiciones, en la atención y desde la cercanía con las personas” (Barrios, 2016, p. 16).

Conclusión

Pensando en el Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga, su semblanza se convirtió, para mí, en ese lugar antropológico que tiene que ver con la identidad, la relación y la historia (Augé, 2007), tanto de sus aspectos humanos y familiares, como así también de la construcción de una medicina familiar y comunitaria en Uruguay (Barrios, 2016).

Desde aquí, la antropología es una manera de implicarse, que nos lleva a cuestionarnos; enlazando, por un lado, autoconciencia e implicancia y, por otro lado, extrañamiento antropológico (Fassin, 2018).

Pues, como decía el filósofo uruguayo José Luis Rebellato (1946-1999), hay una responsabilidad insustituible en los profesionales sanitarios, dado que:

Ellos y ellas se encuentran en contacto permanente con el dolor y sufrimiento de la gente, pero también con sus alegrías y anhelos; con sus deseos y esperanzas...

Empieza día a día en la medida en que creemos que el protagonismo de los sujetos populares requiere revisar a fondo nuestros enfoques teóricos, nuestras metodologías, nuestra forma de investigar y sistematizar. Y, sobre todo, en la medida en que es un proyecto que se nutre de nuestra capacidad de ser educadores de la esperanza, de una esperanza que cree en las posibilidades humanas de cambiar la historia. Puesto que la historia no ha terminado y la historia no tiene fin (2000, p. 74).

Esto implica dejar de atender “individuos”, como una existencia biopsíquica única, para relacionarnos desde un Tú-Yo, es decir el vínculo que se establece entre dos “personas”, comprendiéndola como una constelación de relaciones sociales, al decir de Claude Lévi-Strauss (1993). Así fue la praxis del Dr. Dibarboure Icasuriaga.



Personalmente, recuerdo a Hugo, en aquellos asados familiares que unas tías de la familia Dibarboure hacían, por el barrio de Sayago, para encontrarnos y celebrar la vida. Y cuando él venía, mientras la carne se hacía en la parrilla, a la sombra de un árbol nos sentábamos a tomar mate y a escuchar, todos muy atentos, sus cuentos e historias por la campaña floridense. Como así también, el día de su velorio, cuando salí de la emergencia envuelto en mi campera y boina azul (la primera que tuve fue una herencia de mi abuelo paterno), al verme su esposa Delia, me dice: “estás igualito a Hugo”.

Por lo tanto, tratando de “agrandar la luna” (Pereda, 1982), observo que la vida de Hugo fue una constante relación, que se alimentó de los encuentros: encuentro consigo mismo, con el otro, con la naturaleza, con su familia, con sus amigos, con sus pacientes, con su pueblo.

Referencias bibliográficas

- Augé, M. (1996). *El sentido de los otros: actualidad de la antropología*. Paidós.
- Augé, M. (2007). *El oficio de antropólogo*. Gedisa.
- Barrios, A. (2016). Dr. Hugo Dibarboure Icasuriaga: un imprescindible. *Más cerca: la revista de Salud del Casmu*, 5(22), 16-17. <https://casmu.com.uy/wp-content/uploads/2017/09/Libro-Historias-2-Dr.-Hugo-Dibarboure-Icasuriaga-2016-02.pdf>
- Biblia de Jerusalén (1975). Desclee de Brouwer.
- Dibarboure, H. (1969). *Capilla del Sauce 1969: una experiencia de campo*. Oficina del Libro.
- Dibarboure, H. (1970). *Capilla del Sauce: aspectos de una experiencia médica*. Oficina del Libro.
- Dibarboure, H. (1996). *Historias*. Oficina del Libro.
- Dibarboure, H. (2003). La salud en estado de mal: análisis crítico-propositivo del sistema de atención de la salud en el Uruguay. *Revista de la Maestría en Salud Pública de la UBA*, 1(1), 1-39. <https://iisap.odontologia.uba.ar/wp-content/uploads/2021/06/Dibarbourea1n1.pdf>
- Fassin, D. (2018). *Castigar: una pasión contemporánea*. Adriana Hidalgo.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural Nursing: concepts, theories, practices*. McGraw Hill.
- Lévi-Strauss, C. (1970). *Tristes trópicos*. Eudeba.



- Lévi-Strauss, C. (1993). *Raza y cultura*. Cátedra.
- Mantilla, M. (2008). Hacia la construcción de una etnografía en un hospital psiquiátrico. *(Con)textos, revista d' antropología i investigació social*, 2(1), 93-102. <https://core.ac.uk/download/pdf/39103833.pdf>
- Martínez, F. (2022). Abordar a la persona entre trayectorias alcohólicas y tratamientos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 86(1), 11-24. http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2022/09/02_T_Original.pdf
- Menéndez, E. (2012). Antropología médica, una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*, 28(1), 1-8. <http://www.gazeta-antropologia.es/wp-content/uploads/GA-28-3-03-EduardoLMenendez.pdf>
- Ortega y Gasset, J. (1942). *Meditaciones del Quijote: la deshumanización del arte*. Espasa Calpe.
- Pereda, R. (1982). *José Cúneo: retrato de un artista*. Galería Latina.
- Rebellato, J. (2000). *Ética de la liberación*. Nordan.
- Romero, S. (1997). Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la salud. En: S. Romero et al (coord). *Sociedad, cultura y salud*. Montevideo: FHCE-UdelaR, pp. 31-50.
- Romero, S. (2023). *Manuscrito de Argelia. Registros de Etnología, Cultura, Medicinas*. Imprimex.
- Wainwright, M. (2013). Faltar el aire. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en Uruguay. En: S. Romero (ed). *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*. Montevideo: Nordan, pp. 275-278. https://www.researchgate.net/publication/269017695_Faltar_el_aire_Enfermedad_pulmonar_obstructiva_cronica_en_Uruguay