

Lo subjetivo y lo cultural en escenarios médicos



El pájaro consejero, 1988
Técnica: Acrílico sobre tela, 100 x 130 cm



Espacios de internación hospitalaria

Desafíos para la etnografía de la subjetividad¹

Eduardo Álvarez Pedrosian
LICCOM – UDELAR

*En agradecimiento a
José Pedro Barrán (1934-2009),
historiador de la subjetividad.*

RESUMEN

A partir de la exposición de los resultados de la investigación etnográfica localizada en el hospital Maciel de Montevideo, pretendemos realizar una serie de reflexiones metodológicas y críticas acerca de los procesos de subjetivación que tienen lugar en espacios hospitalarios, lo que implica a la salud y al trabajo de campo etnográfico en instituciones de variada índole como problemas, en especial en los contextos de internación o encierro. Partimos de las consideraciones en torno a la delimitación del terreno de trabajo, a la configuración del campo de experiencias, sus límites y entramados, en lo que respecta a los accesos del investigador al mismo y a su conceptualización.

Posteriormente nos remitimos a las dimensiones y procesos más significativos en el análisis de la subjetividad hospitalizada, y en la coyuntura de una crisis institucional, con lo cual se potencia la capacidad creativa de generación de estrategias por parte de los pacientes para sobrellevar la internación. Por último, nos planteamos el alcance de la etnografía médica en el contexto de las problemáticas contemporáneas, tanto desde el punto de vista de la antropología como desde el de la medicina, en lo que puede ser un horizonte propicio para una efectiva transdisciplinariedad en la gestión y formulación de modelos asistenciales.

Palabras Clave: etnografía, hospital, instituciones totales, procesos de subjetivación, salud-enfermedad-asistencia.

1. Una versión parcial (la III sección) fue presentada en la Mesa *Antropología de las instituciones y de la vida cotidiana*, coordinada por la Dra. Sonia Romero Gorski, en las *II Jornadas de Investigación en Humanidades* de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Udelar, 10 al 12 de noviembre de 2009, Montevideo.

I. Campos y flujos: el terreno y sus trayectos

En un texto ya clásico en la formación etnográfica, Marcus trataba de establecer las características de una nueva mirada antropológica motivada principalmente por las transformaciones en su objeto de estudio y las ansiedades que ello generaba a mediados de la última década del siglo pasado (Marcus, 2001 [1995], 1998). En el estudio de fenómenos mediáticos, en las arenas de los llamados estudios culturales, y en la antropología de la ciencia y la tecnología, se venían generando etnografías de un tipo que Marcus denominó “*multilocal*” (*multi-sited*). Su argumento no es muy consistente, pero nos previene de ello arguyendo que sus reflexiones derivan directa y casi exclusivamente de las producciones etnográficas y no de la toma de modelos conceptuales provenientes de otros campos de producción intelectual. Más allá de las críticas efectuadas a las lecturas de la filosofía denominada post-estructuralista por parte de la etnografía norteamericana de fines del siglo XX, de su preocupación en términos estrictamente retóricos y escriturales, existen una serie de implicancias epistemológicas que quizás en la actualidad, en perspectiva y desde contextos periféricos, podemos llegar a asumir. Esto es importante para comenzar a visualizar una posible conceptualización del espacio hospitalario. De esta forma lo hemos emprendido en nuestra etnografía que tiene por *locus* al hospital Maciel de la ciudad de Montevideo (Álvarez Pedrosian, 2009). Si bien, en una primera impresión, parece que el objeto de estudio ya está claramente delimitado, nada más lejos de la realidad. Tomar un hospital, o cualquier espacio de prácticas enmarcado en cualquier campo institucional, no reduce la investigación a lo que sucede dentro de sus paredes. Más aún, esas paredes no dejan de estar permanentemente atravesadas por todo tipo de proceso de subjetivación proveniente de otros campos, como el educativo, el laboral, o el social principalmente. En definitiva, cualquier campo es un entramado de flujos que lo conectan a otros campos.

124



El espacio de las prácticas es lo que le da continuidad a los fenómenos estudiados, pero en cierto nivel, podríamos decir, en lo que refiere al campo de inmanencia de las subjetividades, al territorio de interacción y creación de cultura, constituido por la coexistencia diaria y rutinaria: un campo de experiencias, donde nosotros en particular indagamos acerca de la creatividad en situaciones críticas. En él se dan las interacciones, se cruzan y operan las relaciones de fuerza, se crean formas culturales singulares puestas en práctica, reelaboradas y transmitidas; en él se instala en sujeto durante un período de tiempo dentro del cual le administran la vida junto a los demás y de ello emergen productos resultantes y se entraman otros procesos. Pero los fenómenos antropológicos referidos a dicho campo de experiencias lo desbordan sin cesar y hacia todas direcciones. El etnógrafo puede tomar por cada una de estas líneas y realizar trayectorias heterogéneas y divergentes en muchos sentidos, yendo hacia los otros

campos de experiencia involucrados: donde residen los pacientes internados, donde trabajan, donde hay otros centros hospitalarios semejantes y diferentes por el perfil de usuario, por las políticas asistenciales en funcionamiento, etc.

Efectivamente, podemos pensar al campo de trabajo etnográfico como un espacio institucionalmente delimitado dentro del cual convergen otros campos y procesos de subjetivación, así como él mismo se encuentra también inmerso dentro de otros más generales. La delimitación por tanto vendrá sobre la marcha y *a posteriori*, realizando la reconstrucción racional de los trayectos, cobrando consistencia el o los campos en definitiva investigados. Si partimos en sentido inverso, adoptando una definición estricta de lo que es el hospital, y lo hacemos además dejándonos llevar por la impronta física del espacio, nuestro universo de estudio queda reducido a una simple cáscara donde entran y salen diferentes personajes y actores sociales que poseen sus fuentes de procedencia en otros campos y procesos que nos serían totalmente ajenos. El carácter físico del espacio es sólo uno de los aspectos del fenómeno. Como *lugar*, el hospital se presenta como la síntesis de objetos, seres y mensajes, como una materialidad (de *partes extra partes*) que además se pliega sobre sí-misma y adquiere la cualidad de ser en tanto entidad, por su persistencia y reproducción (una singularidad), así como se constituye en soporte para la inscripción de otras experiencias en otras configuraciones (una malla de significación). El etnógrafo se encuentra inmerso en el hospital si percibe y siente más que la materialidad de sus paredes, el vacío de patios, los recortes de las aberturas... se encuentra en el hospital si es capaz de observar, describir e interpretar el lugar en sus cualidades antropológicas, las cuales refieren a lo que singulariza y conecta a la vez al espacio con otros, por medio de todo lo que en él se vive y se expresa.

Una vez descentrada nuestra mirada en lo concerniente a la construcción del campo de trabajo etnográfico, realizando observaciones participantes e incursiones de variada índole en el hospital, podemos ir guiándonos en el mismo gracias a todo tipo de entidad relativa a la construcción de subjetividad: siguiendo a los sujetos particulares en sus trayectos, a los objetos, a los conflictos, etc. (Marcus, 2001). Allí nos encontramos con otra totalidad presente en el campo hospitalario, la institución sanitaria que tiene por objeto la gestión del mismo. Como el espacio físico, la administración parece englobarlo todo, pues tiene por finalidad la regulación de todas las prácticas posibles de ser puestas en juego en el campo de experiencias. Las etnografías de las que se han dado en llamar “instituciones totales” (Goffman, 1984), están determinadas fuertemente por una suerte de dualismo: el campo, a pesar de los cruces y complejidades, está siempre controlado y regulado por una entidad abstracta, una institución que va mucho más allá de lo que allí se vive y experimenta, mientras el día a día parece corresponder a la dimensión concreta de los fenómenos. Nuevamente debemos trabajar para descentrar nuestra mirada, pues dicho dualismo existe efectivamente, pero no corresponde a dos dimensiones superpuestas, sino a la planificación y prácticas efectuadas desde los funcionarios médicos y no médicos y los pacientes y sus allegados con sus cualidades culturales provenientes de todo aquello que los constituye en su vida cotidiana.

Se trata más bien de una diferencia de tipos de fuerzas en el campo, que se disponen por lo general y *a priori* orientadas a brindar la asistencia y llevar a cabo las acciones que demanda la institución por un lado, y hacia la adaptación y el pasaje por la experiencia hospitalaria las otras. En el tumulto de los pasillos llenos de gente a las horas de los informes médicos, de los grupos de estudiantes, practicantes de medicina irrumpiendo en las salas ocupadas por pacientes y allegados, el etnógrafo se encuentra en un campo de experiencias múltiples, pero donde claramente se encuentra establecida una división en sub-mundos, entre funcionarios y usuarios, entre quienes lucen túnicas (médicos, enfermeros, funcionarios no médicos) y quienes visten ropas

similares a las utilizadas en otro tipo de contextos. Por supuesto, dentro de las salas, los pacientes internados se identifican con toda intensidad por su posición y disposición en la escena. Además de la direccionalidad y fuerza de las acciones emprendidas desde la diagramación institucional en el campo de experiencias compartido, todo hospital cuenta con otros espacios que están vedados a los usuarios. Laboratorios de análisis, oficinas, despachos, aulas de enseñanza, son otros espacios dentro del espacio mayor, que el etnógrafo puede y debe visitar, de donde extraerá elementos que el paciente por lo general desconoce. En este sentido, una etnografía hospitalaria es un estudio sobre ciencia y tecnología, pues el conocimiento y las prácticas están definidas de esa manera desde el punto de vista institucional (atención, formación de recursos, investigación, etc.). Se trata de la práctica de la medicina y las técnicas sanitarias de su ejercitación sobre los pacientes, por lo general alejados de las reglas y contenidos de la misma. Por tal motivo, no toda etnografía de la práctica científica puede contar con la oportunidad de situarse estratégicamente en un espacio de interacción entre la ciencia y parte de la sociedad, y además en un contexto de directa aplicación de los conocimientos, con todas las problemáticas que ello conlleva. No es casual por tanto, que los hospitales constituyan localidades especialmente importantes para el estudio de los procesos de subjetivación desde un punto de vista etnográfico. Es en ellos donde podemos encontrar en una forma directa la práctica de creación de conocimiento y su aplicación, en un contexto público de “*beneficiarios*”, donde los diferentes modelos se encuentran y desencuentran, dialogan y se enfrentan en una conflictividad epistemológica (Edwards, Harvey, Wade, 2007:7-8).

126

Al mismo tiempo que vamos ingresando a las rutinas y reconociendo hábitos, ritmos y estilos de convivencia, debemos de profundizar el análisis en la otra dirección, esclareciendo el funcionamiento y naturaleza de la institución en cuanto tal. Y es que el propio campo de experiencia hospitalaria, se encuentra inmerso en un proceso permanente de sobre-codificación de todo aquello que emerge y se constituye localmente. Dicha acción de fuerzas abstractas, terminan siendo concretas en la medida en que cobran forma en la singularidad de la cotidianidad resultante, la que incluye otras formas de codificación y sobre-codificación además de la proveniente de la institución sanitaria. Más que oponerse, lo inmanente de un campo de experiencias humanas y las determinaciones que lo trascienden, configuran la totalidad holística que de forma variable constituye la idea de hospital que poseen todos los participantes, incluido el etnógrafo. Éste último, haciendo uso del extrañamiento como actitud y actividad metodológicamente regulada, al mismo tiempo se encuentra desplazado, siempre en una distancia relativa que lo coloca tanto dentro como fuera, en las fronteras móviles del campo. Entre muchas cosas, para ello se vale de la serie de conocimientos sobre los fenómenos allí investigados que van más allá de la escena y la determinan. Tampoco se trata de la distinción entre lo macro y lo micro, pues al variar la escala también cambia la naturaleza cualitativa del fenómeno en cuestión. En tal sentido, la doble tendencia de la mirada etnográfica corresponde más a la diferenciación entre lo molar y lo molecular, a dos tipos de segmentaridades que en su mutua presuposición configuran toda subjetivación en el campo:

“No basta, pues, con oponer lo centralizado y lo segmentario. Pero tampoco basta con oponer dos segmentaridades, una flexible y primitiva, otra moderna y endurecida... Las sociedades primitivas tienen núcleos de dureza, de arborificación, que anticipan el Estado en la misma medida en que lo conjuran [como muestran los estudios de Clastres]. Y a la inversa, nuestras sociedades continúan inmersas en un tejido flexible sin el cual los segmentos duros no se desarrollarían... Toda sociedad, pero también

todo individuo, están, pues, atravesados por las dos segmentaridades a la vez: una molar y otra molecular. Si se distinguen es porque no tienen los mismos términos, ni las mismas relaciones, ni la misma naturaleza, ni el mismo tipo de multiplicidad. Y si son inseparables es porque coexisten, pasan la una a la otra, según figuras diferentes... pero siempre en presuposición la una con la otra..." (Deleuze, Guattari, 1997:217-218).

En nuestro caso, el hospital Maciel se encontraba inmerso en el denominado (hasta 2007) "sub-sistema público" de atención, a él llegaban a internarse usuarios por lo general provenientes de ciertos emplazamientos de la ciudad y el territorio según la accesibilidad al mismo, pautada por la zonificación de la cobertura asistencial. Para el período que nos ocupa, centrado entre 2001-2003, la mitad o más de la población podía ser, potencialmente, uno de los pacientes internado en alguno de los 56 establecimientos públicos de la salud, es decir, uno de los sujetos que pasaron anualmente por las camas de alguna sala. Esta segmentarización dura y arborescente, que determina las procedencias de los usuarios, las acciones a llevar a cabo en las rutinas del campo de experiencias, que orienta en definitiva los destinos del mismo desde el punto de vista estatal, se conjuga con otra flexible y rizomática, emergida en los intersticios de la primera; o siguiendo una metáfora ya popularizada: la institución no cesa de "chorrear" lo instituyente, por todos los poros, entre las estipulaciones, brotando como marañas multirrelacionales a partir de relaciones ya establecidas hace tiempo. Por eso el campo de experiencias aquí vivido por el investigador, no cesa de abrirse a cada experiencia nueva, y si el trabajo de campo siguiera, esto sucedería ilimitadamente. Frente a este hecho innegable, si queremos establecer un conocimiento, si creemos que existen determinadas cualidades que caracterizan al conjunto de fenómenos aquí estudiado y pretendemos plantearlas y transmitir las, trataremos de no caer en el reduccionismo de buscar el fermento (las cualidades observables, los enunciados discursivos, las imágenes factibles de ser capturadas) únicamente en lo que podamos aislar, sino en lo que podamos a la vez relacionar. Cada caso nuevo nos remite a una historia de vida y a una enfermedad, a otros territorios de existencia más allá de la totalidad de la institución hospitalaria. Accedemos a ellos analizándolos como familias, barrios, instituciones de otros campos de experiencia, pasando por ejemplo del padecimiento actual de un paciente internado en una sala del hospital a su vida cotidiana, puesta en suspenso transitoriamente, y de allí, por ejemplo, a los trabajos desarrollados, a su forma de ganarse la vida, que en un caso nos hará conocer plantaciones de aloe en la zona semi-rural del departamento montevideano, en Punta Espinillo, y otros. No hay allí límite, y sería una falacia establecer un corte siguiendo esquemas, por el contrario, hay que adentrarse, hasta colmar la indagación, hasta graduar la creencia y conseguir la momentánea satisfacción de haber conocido algo de lo real para nuevamente volver a ponerse en marcha.

En esta composición, en principio tan delicada, de un universo existencial abordado en cualquier etnografía institucional, es de gran utilidad establecer la dinámica de calibración entre lo instituyente y lo instituido, lo molar y lo molecular, a partir del análisis del entorno territorial y cultural donde se inserta físicamente la institución. En el estudio de las entradas-y-salidas, las puertas y aberturas en general, podemos indagar la forma en que la institución "aterriza" en el lugar y se constituye como parte del mismo. El entorno urbano penetra las instalaciones, así como el funcionamiento del hospital impregna los alrededores. En este sentido hemos realizado un estudio de una suerte de micro-territorios que se generan en tales fronteras. Para el caso del hospital Maciel de Montevideo, su ubicación en la península de la Ciudad Vieja –casco fundacional de la ciudad toda–, y más en concreto en la punta de la misma, en el sub-barrio llamado

Guruyú, estos espacios de interacción son generadores de vínculos y componentes de la cotidianidad y las rutinas asumidas por quienes trabajan, viven y se asisten allí. Una puerta principal se abre hacia una calle transitada, donde hay un carro de comidas al paso (un *carrito de chorizos*), frente al cual se extienden varios negocios también de venta y algunos de procesamiento de productos alimenticios, así como de ventas de artículos de consumo transitorio, reforzado todo ello por la presencia de una parada de ómnibus urbano en una de las esquinas. Entre el pasaje y la estancia, estos territorios son de gran importancia para la comprensión del etnógrafo, en ellos interactúan médicos con pacientes, vendedores del barrio, vecinos..., allí se intercambian roles, se hibridan en mayor o menor medida las diferentes subjetividades involucradas. Al respecto es significativo el caso de los “cuida coches”, algunos de los cuales dormitan en los alrededores del hospital. Los médicos los ven como pacientes esporádicos, como quienes les ofrecen el servicio de cuidar de sus automóviles, y como parroquianos en los mismos bares donde ellos, los médicos, comen algo entre turno y turno de trabajo. Dos tipos de sujetos y tres relaciones diferentes: el campo hospitalario cobra consistencia, se pueden entrever las mallas que lo configuran, se experimenta en definitiva un “estar-ahí” móvil y transitorio, incorporado a otros *estares* en trayectorias efectivas, reales en tanto se participa en ellos, se experimenta y por tanto se produce subjetividad.

II. La experiencia hospitalaria: un viaje hacia el otro lado

128

“Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente.” (Goffman, 1984:13). Hay una variedad de instituciones de este tipo: hospitales, reformatorios, psiquiátricos, cárceles, monasterios, conventos religiosos, etc. Los primeros se caracterizan por estar determinados por las problemáticas de la salud y la enfermedad, así como por contar con cierta apertura relativa hacia el afuera, haciendo del encierro una experiencia no tan intensa como en las cárceles por ejemplo. Igualmente, el carácter totalitario de la institución está presente, y no sólo en el sentido de que la administración hegemoniza las prácticas, sino en que también entre los pacientes y allegados (quienes hacen de nexo con el exterior) se termina por generar un universo existencial singular. Residir o trabajar marca la primera diferencia radical en el campo, como hemos visto. Un etnógrafo se ubica entre ambas posiciones, en el intersticio, donde justamente se dan los procesos creativos y de reproducción de la cotidianidad institucional. Como lo recuerda Vidart, hacer una etnografía en el sentido clásico es asumir que existe un lugar propio del sujeto a investigar y el cual debe ser ocupado por el investigador, en este caso, internarse en una cama del hospital, para desde allí realizar el trabajo de campo. (Vidart, 2009:19). Muchas cosas han cambiado en la antropología y la etnografía en particular. Uno de los puntos centrales al respecto, es la comprensión de que dicho “*punto de vista del nativo*” (para nosotros el paciente internado) no existe en cuanto unicidad, y menos es posible su asunción, sino que más bien se trata de una *dialógica* entablada entre el etnógrafo y los sujetos posicionados desde allí (Geertz, 1994). En un mismo universo de existencia, siempre hay heterogeneidad y multiplicidad, con lo cual, se pueden establecer tendencias y tipos más o menos hegemónicos o extendidos, frecuencias de variación, pero no un solo punto de vista. Para el etnógrafo, a pesar de focalizarse en procesos que parecen tener a algunos de los tipos de sujetos existentes como los agentes efectivos de los mismos, jamás puede dejar de lado la diversidad de posiciones y perspectivas posibles, que hacen a lo holístico

del campo. En un espacio como el hospitalario, el etnógrafo debe moverse entre los escenarios y según momentos lo más diferencialmente posibles, para lo cual no le conviene adquirir ninguno de los roles o identidades asignadas en él. Para comprender los puntos de vista de los pacientes internados sobre su padecimiento y tratamiento, debe poder ingresar al campo en negociaciones que no lo adscriban a las posiciones



ya dadas en el mismo, como el vínculo con profesionales de la salud desde una misma condición de científico, con los allegados desde una misma actitud de acompañamiento y en muchos casos preocupación por el paciente, y todas las posiciones relativas que habilite el desplazamiento entre los escenarios.

Dado que un espacio institucional es por definición preponderantemente rígido y reproductivo, el campo de experiencias está fuertemente diagramado por las relaciones, estipulaciones y hábitos que sociológicamente consideramos como duros, lineales y arborescentes. A pesar de que se genere efectivamente un campo de experiencias inmanente, producto de la cotidianidad entre todos los involucrados, éste guarda la permanente sobre-codificación de las acciones provenientes de la operativa institucional. Los accesos a un hospital son problemáticos en sí mismos, en definitiva, toda investigación en un espacio de este tipo constituye el producto de las experiencias por sumergirse en el mismo. El medio de acceso es el trayecto investigativo. En primer lugar, salvo en los casos en que la propia institución hospitalaria habilite la realización de una investigación etnográfica como parte de sus funciones, la aparición e intervención del investigador de campo genera una alteración en las rutinas rápidamente detectada y tomada como objeto para ser re-codificado, insertado en la malla institucional. Esta tendencia, que el etnógrafo experimenta a lo largo del trabajo de campo, es hegemónica en la totalidad de los participantes. Aquí sí se evidencia un todo: tanto allegados como funcionarios, además de los pacientes, aceptan y exigen que las identidades de los sujetos presentes sea claramente establecida. El contexto lo demanda, son situaciones entre la vida y la muerte.

En nuestra investigación (Álvarez Pedrosian, 2009), se terminaron de definir tres tipos de acceso. Por un lado, el directamente institucional, en diálogo con las autoridades hospitalarias y universitarias que imparten la docencia y la investigación en el lugar. Por otro lado, en los pasillos y patios del hospital, generando encuentros con allegados principalmente (y con pacientes en un período en que les era permitido estar fuera de las salas). Y por último, el ingreso al interior de las salas de internación, lo que fue posible gracias a mi condición de sujeto social como cualquier otro, a los vínculos de amistad con quienes se convirtieron en pacientes internados y con los cuales, en tanto allegado, compartí horas en sus respectivas internaciones, o llevamos adelante entrevistas donde dichas experiencias eran relatadas en otros contextos, donde era posible explorar otras facetas y dimensiones desde la memoria y la narrativa del sujeto. Además de estas tres principales vías de acceso, la etnografía necesariamente se desborda hacia otros campos de experiencia relacionados en un mismo u otro nivel, como hemos planteado en la sección anterior. En este sentido, hemos realizado observaciones participantes y entrevistas más o menos estructuradas con funcionarios del sistema sanitario y pacientes

en otros centros hospitalarios pertenecientes a la misma malla institucional y en otros contextos no sanitarios.

“La institución total es un híbrido social, en parte comunidad residencial y en parte organización formal; de ahí su particular interés sociológico. Hay también otras razones para interesarse en estos establecimientos. En nuestra sociedad, son los internaderos donde se transforma a las personas; cada una es un experimento natural sobre lo que puede hacerse al yo.” (Goffman, 1984:25). La experiencia etnográfica, en tanto estares más o menos regulados entre idas y venidas en pluralidad de mundos, encuentra en el hospital uno de los espacios que más interpela al sujeto cognoscente. Siguiendo a Goffman, quien realizó su famosa investigación desde el rol de ayudante del profesor de gimnasia de un hospital psiquiátrico, es en estos contextos donde tienen lugar procesos transformadores radicalmente mayores que los presentes en escenarios socialmente más abiertos y menos administrados formalmente. Si bien son los pacientes internados los más afectados, los allegados a los mismos en segundo lugar, y los funcionarios médicos y no-médicos en tanto trabajadores y profesionales propios del campo, el etnógrafo en su inmersión a partir de su participación móvil y errática –pero no por ello menos intensiva (Clifford, 1999)–, también es afectado. Y es desde la reflexividad sobre dicha afectación que es posible establecer el fondo y los marcos para la descripción e interpretación de los acontecimientos y fenómenos estudiados. Por supuesto que el proceso de análisis contratransferencial (Devereux, 1996), la propia dinámica reflexiva, no garantiza un control total sobre el proceso de investigación, más aún implica tener presentes ciertos parámetros para vigilarla epistemológicamente y no caer en excesos textualistas e introspectivos (Ghasarian, 2004), pero es una condición necesaria para que la etnografía pueda ser esbozada y formulada desde un sujeto cognoscente que es instrumento de indagación y analista de los materiales generados (acontecimientos y discursos registrados, imágenes generadas, etc.) en y por su presencia.

130

III. Salud y subjetividad en la internación: la creación de estrategias

La investigación que hemos llevado adelante (Álvarez Pedrosian, 2009) se centra en los procesos de creación de estrategias por parte de pacientes internados y sus allegados en el hospital Maciel de Montevideo en el contexto de la crisis asistencial y sistémica en general, centrada en 2002. Nuestro objeto de estudio es un conjunto de fenómenos humanos caracterizados por conformar un campo de experiencias en común: un ámbito de interacciones humanas, de instituciones articuladas en él, de necesidades como la salud, articuladas de acuerdo con prácticas como la medicalización y la internación, de producción de sentido y de valor en acciones que se debaten en situaciones críticas llevadas a cabo por determinado sector de la población de nuestra sociedad. El propio proceso de salud-enfermedad-asistencia (S/E/A) es cultural en todos sus términos y relaciones (Romero Gorski, 1997:33), en tanto determina y es determinante para la configuración de formas de ser, cristalizadas en sistemas de significación, relaciones de poder y procesos de subjetivación. Antropológicamente, nuestras interrogantes deben llegar hasta las preguntas fundamentales: ¿qué es curarse para los pacientes?, ¿cómo conciben la salud, la vida, el padecimiento y la muerte? ¿Cuáles son las cualidades de estas configuraciones existentes, qué se puede llegar a hacer –y con ello ser– en esas condiciones, desde los diferentes puntos de vista y posiciones posibles en el campo hospitalario? A estas condiciones o coordenadas existenciales del fenómeno, se le sumó la coyuntura, producto de procesos mucho más vastos, que condujeron a una situación para la cual los propios pacientes y sus allegados, en conjugación con los funcionarios,

trabajadores periféricos, vecinos y todos aquellos involucrados al hospital, pasaron a poner la compartida actividad creativa (Castoriadis, 1997:136) de resolución de problemas sobre la mesa, generándose una suerte de cultura estratégica emergente en el interior de una institución agujereada por todos lados. La condición creativa de la subjetividad se nos muestra en toda su potencialidad, exigida por las circunstancias a elaborar todo tipo de acciones y herramientas para sobrellevar la internación.

Primeramente, como hemos planteado más arriba, se intenta determinar el universo de estudio en el contexto de la sociedad uruguaya, y en un momento en el cual el sistema sanitario existente no lograba sostenerse más, junto a una crisis más que local en todos los campos. De esta forma comenzamos a caracterizar a los *estrategas* del hospital haciéndonos una idea de qué tipo de subjetividades son las que pasan a través de la internación en salas públicas, en lo que constituye su interrelación con un tipo de diagrama institucional que planea y ejecuta la asistencia, aquél vigente hasta 2007. Hasta entonces, nos encontrábamos con un sistema dividido casi equitativamente en dos sub-sectores, siendo el público el que naturalmente tuvo que soportar la llegada de nuevos usuarios provenientes de los sectores medios que perdieron la capacidad de costearse una asistencia privada o en el sistema prepago. Con un promedio de camas diarias disponible de 318, y una estadía que también promediaba los 16,3 días, el hospital Maciel albergaba aproximadamente unos 7.000 pacientes al año en forma transitoria, mientras el 5% de los uruguayos pasaba por alguno de los 56 establecimientos de internación pública (incluyendo al Maciel), en un flujo de recambio que promediaba los 12 días (INE, 2001).

Aquello por lo cual me involucré en estos fenómenos terminó por hacerse oír. En 2002 por la radio se decía que la salud pública se encontraba *al borde de la omisión de asistencia*.² Un mes después veíamos a pacientes internados del entonces hospital-colonia Saint Bois denunciando la carencia de medicamentos para la epilepsia: en un hecho inusual, el paciente internado del hospital público apareció como un actor social legítimo, los medios pusieron allí la cámara y los pacientes comenzaron a referirse a cuestiones de la administración de los recursos, a la relación del ministerio con sus postergados proveedores del bien máspreciado, el medicamento.³ A finales de año la voz del sindicato de los galenos expresaba por televisión que estábamos viviendo el peor momento de la historia sanitaria del Uruguay: la gran huelga médica que allí se profundizaba. El ministro de Salud Pública manifestaba en un medio televisivo que “*el sistema se nos caía*”, que “*el corporativismo médico era un carnaval*” y que “*se había bajado el telón*.”⁴ En este mismo mes de junio de 2003 se conocían las únicas cifras sobre el pasaje de pacientes del sub-sector privado al público a causa del cierre de mutualistas y la casi desaparición del propio sub-sistema. Según lo anotado, un 15,2% de pico en 2000 y un 13% de promedio desde ese año al 2003 de los asistidos allí provenían de una cobertura privada.⁵

Ingresamos al hospital en este contexto de crisis institucional, sistémica. La investigación prosigue posicionándonos en los pasillos del hospital, en los patios y salas, en los espacios dedicados a la enseñanza universitaria, y en los otros que estrictamente son utilizados para la asistencia, al mismo tiempo que ello nos pone en sintonía para producir conocimiento de lo que allí se experimenta por parte del etnógrafo. Es así que el tratamiento de la problemática del acceso al campo de experiencias desde el oficio

2. Informativo central de la emisora 1410 AM Libre, 20 de septiembre de 2002.

3. Informativo de Canal 10 SAETA, 16 de octubre de 2002.

4. En entrevista con el periodista J. Traverso, Canal 10 SAETA, 23 de junio de 2003.

5. Informativo central de la emisora 1410 AM Libre, junio de 2003.

del trabajo de campo antropológico, constituye la materia prima para sentar las bases y trazar los trayectos de la investigación. La estrategia cognitiva que utilizamos fue la de componer dos textos montados: uno es la argumentación epistemológica que seguimos a lo largo de nuestra investigación, y el otro es material de campo, concretamente observaciones participantes descriptivas y entrevistas reconstruidas, a través de las cuales fuimos sumergiéndonos dentro del hospital, desde las percepciones y la participación en el campo a las conceptualizaciones y abstracciones requeridas para su estudio. De esta manera fuimos montando un mecanismo de reflexividad en conjugación con la dinámica de distanciamiento-inmersión.

Después de este acceso al hospital y a la problemática, nos sumergimos de lleno en los fenómenos aquí considerados. Un primer corte analítico-sintético o meseta, refiere a la cuestión de la inserción del hospital en el entorno urbano en el que se implanta, punto de vista que nos acerca a las experiencias de quienes utilizan el hospital en relación al barrio en el que se encuentra, lo que metodológicamente también es relevante para nuestro acceso al terreno en su globalidad, como hemos visto. Esto marca una fuerte diferenciación entre posibles internados a partir de las experiencias que cada uno posee en relación al lugar. Se observan procesos de apropiación identitaria de uno de los tipos de pacientes, aquellos que tienen su identidad anclada en el *topos*, la Ciudad Vieja de Montevideo. Este barrio, venía experimentando un proceso de transformación profundo, de recambio de su población y de la adopción de un “*nomadismo de circuito corto*” por parte de familias de bajos recursos que trataban de mantenerse allí (Romeo Gorski, 2003:22-23). El Guruyú, especie de sub-barrio dentro de la península, el extremo de la misma para ser precisos, constituye la zona de mayor tipo de viviendas semi-abandonadas y ocupaciones espontáneas. Allí se inserta el hospital. La territorialización de la institución puede analizarse en las entradas-y-salidas, donde efectivamente encontramos la generación de campos de experiencia variados en intensidad y consistencia, dentro de los cuales se desarrollan vínculos sociales, se intercambian conocimientos y otro tipo de bienes. Estos son los diferentes territorios que constituyen los vínculos reales entre la institución hospitalaria y su entorno, flujos de relaciones gracias a los cuales el afuera y el adentro del edificio se mezclan y se difuminan sus fronteras a la vez que se afianzan.

En lo que respecta específicamente a la condición por la que pasa el sujeto que es ingresado, así como los fines de la institución que lo inscribirá en su funcionamiento, el siguiente aspecto abordado es el de la significación y construcción de la vivencia y la representación de la enfermedad por quienes se internan en las camas del hospital. La cuestión planteada es conocer cómo se desarrolla el proceso de construcción de sentido en relación a enfermedades específicas y padecimientos en las circunstancias particulares del hospital, conjuntamente con las configuraciones culturales que portan quienes en concreto llegan allí y hacen uso del servicio. Como se afirma en la investigación, se trata de conocer *desde dónde* es que los sujetos realizan la ruptura con los límites de las condiciones establecidas y generan una estrategia; las imágenes y los procesos cognoscentes que pueden o no desencadenarse en la ambivalente relación médico-paciente. Se trata de la visibilidad que define los límites de lo posible de ser hecho y pensado en estas condiciones concretas. La asimetría entre el saber médico y los saberes tradicionales, religiosos, mágicos, laborales, étnicos, no permite la generación de procesos de comunicación que habiliten enriquecimientos mutuos. Más aún, en las circunstancias críticas en las que se ubica la investigación, la asimetría tendió a ser más pronunciada que antes y que en la actualidad. Los sujetos pacientes, estrategias en tanto internados o allegados de éstos, preocupados en conseguir los bienes y servicios indispensables para salir adelante según sus propios objetivos, en general no podían

hacer más que lo que hace cualquiera ante una situación crítica: ponerse a disposición de los expertos. A través de metáforas, hilando diferentes nociones, fragmentos de conceptos y de relatos de acontecimientos, se daba cabida a las experiencias en gran medida traumáticas. Esta suerte de *bricolage*, permitía a los sujetos posicionarse en medio de la nueva situación, como hemos dicho, traumática *a priori*, en tanto implicaba la ruptura de la cotidianidad, el pasar a habitar en otro campo de experiencias, una institución total en situación crítica. Las metáforas no ayudaban mucho a destrabar la incomunicabilidad, más bien afirmaban el desconocimiento por ocultamiento y falta de dialógica del conocimiento científico en tales circunstancias (Sontag, 1996).

Inmersos en el hospital, en tanto campo de experiencias, y ya comprendiendo la forma en que se establecen los puntos de vista variables de los pacientes internados y sus allegados, nos posicionamos directamente en límites de lo posible de dicho campo, límites que se definen como nuevos en cada acontecimiento, como la posibilidad misma de crear estrategias dentro del hospital. Se trata de los umbrales, las relaciones entre estrategias y necesidades concretas para el sujeto. En este nivel los propios valores del sí-mismo, la definición de lo que *se es*, es lo que se nos ofrece a la mirada. Allí es donde se manifiestan con violencia los conflictos entre la autoridad y la autonomía, la objetivación de la subjetividad asistida, y es ésta la que bajo estas circunstancias elabora estrategias de las más trascendentes, donde se pone todo en juego. Un *tire y afloje* mantiene la relación de un estallido que vuelve a contraerse: los pacientes o allegados rompen los estamentos como única manera posible de acceder como respuesta a una situación ya intolerable según sus propios valores: enfrentamientos con cirujanos, exigencias frente a funcionarios de todo tipo, etc. ¿Es la autonomía una condición absoluta, pura del sujeto, es un proceso libre de todo control? Éstas son las problemáticas centrales, las cuales, a su vez, nos derivan a la necesidad de plantearnos cuáles y cómo se establecen los límites existentes en las condiciones de internación entre la ausencia o no de autonomía, problemática central en el abordaje de creación de estrategias: el margen de acción que posee el sujeto internado dentro del hospital.

En nuestro campo, la posibilidad de realizar una narración que permita interpretar e incorporar una experiencia traumática es sustancial para el proceso de salud. Y ello es posible en función de una multiplicidad de componentes significativos: diferentes sentidos adosados a diferentes líneas de transmisión de experiencias que se combinan como en un juego de armar; rastros de conceptos de la disciplina médica alguna vez comprendidos bajo ciertas circunstancias mezclados con tradiciones de una medicina vernácula proveniente de prácticas milenarias, pre-modernas (del ámbito de la cultura rural, de diferentes procedencias étnico-religiosas, etc.). Pero en definitiva, el diagnóstico profesional es el discurso que no puede faltar, sea para agarrarse del mismo, para rechazarlo, para descomponerlo y combinarlo con otros conjuntos semánticos. “*Y no sé qué tengo*”: enunciado proferido por uno de los pacientes más ancianos y desvalidos que participaron en la investigación, internado por largo tiempo y adaptado a la vida dentro del hospital, sintetiza el rol del diagnóstico como faro que direcciona las acciones, como discurso que dona sentido al paciente para el cual la situación se torna inteligible. Cuando éste falta, más allá de la posibilidad de la existencia de varios y contradictorios, no se sabe qué esperar, saber y hacer; y si se está internado, y afuera no se tiene más que un capital social mínimo, el hospital se convierte en un lugar para quedarse a vivir.

Tras éste y otros casos, nos sumergimos posteriormente en el conocimiento de lo que es la situación de incertidumbre y pérdida de autonomía para el sujeto que se enfrenta a la eventualidad de la muerte en un medio que no puede proporcionarle lo que necesita. Esto nos lleva a detenernos en la problemática de la autonomía desde

el punto de vista de la llamada *carrera moral del paciente* (Goffman, 1984), posicionándonos en el sutil cambio de naturaleza entre lo que puede ser una estrategia y una acción producto de la institucionalización hospitalaria. Lo que aquí se pone en juego es la relación entre medios y fines en una misma acción, el interés siempre presente como motor de aquello que puede parecer producto de una obediencia incuestionable. Las estrategias que denominamos *cordiales*, son pues aquellas en las que se aceptan los estamentos de la institución hospitalaria, en su materialidad, en la vida cotidiana de la misma. La cordialidad responde a una disposición de los lugares en la cual se reconocen la asimetría y la autoridad de los representantes de la institución, pero no por ello se deja de negociar. Entre un sincero agradecimiento a un médico que le ha salvado la vida a uno, y una aturdida adulación constante a otro del que se depende para ser asistido: las estrategias cordiales son las más extendidas de todas.

El campo de experiencias en el que estamos sumergidos tiene a la sala de internación como territorio cotidiano más productivo, como espacio social de mayor densidad, originalidad y conflictividad, en relación a la producción de subjetividad. Es allí donde más densas y complejas son las interrelaciones que cada paciente construye en la cotidianidad administrada formalmente sobre todos sus pares, ya se encuentren en la cama de al lado, en otra sala, o en otro hospital bajo condicionantes similares. Sumergidos en una de ellas, exclusivamente para mujeres, pudimos explorar el territorio de mayor significado para la creación de estrategias. El encuentro entre vecinos implica la reafirmación de perfiles de pacientes a partir de su procedencia, complejos de identidades múltiples que conforman tipos, se condensan en identidades de referencia que se hacen particulares más allá de la residencia concreta. También fue posible constatar la generación múltiple y estratificada de estrategias adoptadas por pacientes y sus allegados: mientras una internada se preocupaba por mantener la higiene del baño de la sala, y para ello organizaba a todas las pacientes y suministraba artículos de limpieza, su marido operaba ubicado más en los bordes de lo posible, en los umbrales de tolerancia enfrentando en varias ocasiones a funcionarios médicos y de seguridad; mientras ella convocaba a todas al rezo junto a las Hermanas de la Caridad, él trataba de apaciguar los ánimos de la sala en general, asegurando un clima propicio para la sanación gracias a regalos y atenciones hacia la paciente más problemática.

En las salas de internación, y potenciada por las carencias y la disfuncionalidad de la institución asistencial en contextos críticos como los investigados aquí, los procesos de intercambio suponen involucramientos respecto a los cuales el paciente no puede mantenerse ajeno. Hay un plano de lo compartido que los agrupa a todos en relación a las dificultades y alternativas planteadas al respecto, una red de vínculos que le da consistencia a la cotidianidad allí vivida. En dicha red rizomática, se establecen determinados bienes que por su valor de uso son puestos en circulación sin ningún tipo de aspiración lucrativa, mientras están presentes a la vez otros bienes que no integran esta dimensión. La intimidad alcanza la última frontera de la piel, la ropa y aquellos objetos cargados de identidad provenientes del afuera, marcan la cota inferior de lo intercambiable y potencialmente colectivo, mientras el medicamento constituye el bien máspreciado, por su escasez y precio. Un saber que se transmite de cama en cama va elaborando un mundo hospitalario que está allí dispuesto, esperando al próximo paciente en su estadía, el cual será receptáculo, objeto de experimentación y productor de este saber nuevamente transmitido. Éste versa sobre cómo desenvolverse en las circunstancias, en un universo que cuenta con orientaciones, marcas y huellas de caminos ya trazados por otros, no sólo en este hospital en particular sino en el sistema sanitario en su globalidad, gracias a métodos comparativos a los que se apela desde cada experiencia.

La inmanencia y la trascendencia del campo de experiencias son los dos movimientos que le dan consistencia y existencia real, lo que incluye contradicciones y otras inconsistencias relativas. El territorio de la internación hospitalaria así se condensa, gracias a lo cotidiano de vínculos y redes de intercambio de diferentes valores, cobijados dentro de horizontes —que son también los horizontes de la reflexión estratégica— *sobre* la condición de internación. Asoma en el horizonte un mundo de hospitales públicos, y en menor medida privados, que sirven de galaxia para enmarcar las búsquedas en los recorridos posibles dentro del campo. Los pacientes fluyen de experiencia en experiencia dentro de este universo particular, encontrándose además con otros prójimos, según las cualidades subjetivas que los identifican y la contingencia que los reúne en una misma sala.

No podemos comprender y explicar los fenómenos antropológicos que se inscriben en el campo de experiencias del hospital si no es tomando en cuenta todas las dimensiones antes planteadas en una perspectiva genealógica, siguiendo las procedencias y emergencias de lo que constituye la medicalización y el disciplinamiento social (Barrán, 1992, 1993, 1995; Foucault, 1990, 2000) y la de este hospital en particular —que fue el primero con el que contó la sociedad uruguaya, antes *oriental*—.

En 1788 se funda el hospital de Caridad en el marco de lo que Barrán denomina la “*difusión del poder de curar*” (Barrán, 1992). La naciente sociedad montevideana trataba a la salud y la enfermedad de múltiples maneras, implementadas por curanderas o boticarios. Unos señores burgueses conforman la Comisión de la Caridad, —entre ellos Maciel—, a quienes pasa la administración de manos del Cabildo a los pocos años de su apertura. Maciel, comerciante de esclavos y otras mercancías, y figura influyente en esos momentos de *La Colonia*, muere en combate en las invasiones inglesas de principios del siglo XIX. En sus inicios se trataba de un rancho de dos salas, en las que se atendían solamente a hombres: “De acuerdo a las demandas sociales, el hospital fue albergando mujeres, niños, ancianos, dementes. Luego se crea un lugar de instrucción: una escuela donde se enseñaban oficios. Paralelamente se dictaba instrucción religiosa. Funcionaba también una imprenta, una panadería y una botica, la primera de Montevideo... el nacimiento de nuestro primer hospital público tiene lugar en un momento de difusión del poder de curar correspondiente a una hegemonía de la Iglesia Católica.” (Chavarría, V. et. alt., 1996:153).

Para principios del siglo XX, en plena emergencia del batllismo en tanto experiencia social generadora de una nueva matriz cultural, en el influjo de los ideales de la modernidad que se implantaba modélicamente en la cultura heterogénea y “*bárbara*” de aquél momento, emerge el médico como figura legal, formalizando el prestigio social que ya venía adquiriendo como grupo de interés desarrollado. Este es el segundo estrato genealógico, a partir de aquí las instituciones religiosas son apartadas del control del campo social a través del proceso de secularización que caracteriza a la sociedad uruguaya de allí en adelante. El hospital es re-bautizado con la designación que hoy conocemos, —por iniciativa del médico y político José Scoseria—, y con ese acto se estampa este segundo momento fundante: la instalación de la hegemonía del modelo médico, con su lenguaje propio, con su específica producción de subjetividad. Se pasa de la práctica religiosa de la caridad y la “*hospitalidad*” al ejercicio científico de la observación y la investigación, a la “*hospitalización*”.

Un último estrato claramente definido se constituye en las últimas décadas post-dictadura militar desde 1985 hasta las transformaciones del sistema en su conjunto en 2007. Previamente a este nuevo escenario en el que nos encontramos actualmente, la primera mitad de la década se caracterizó por un acelerado aumento de la pobreza y de los conflictos institucionales, situación que tuvo a los organismos estatales cerca



del colapso operacional. El cambio producido entre un estrato y el otro puede ser visto como la decadencia del Estado, así como del deterioro del estatus profesional del médico, es decir como la desintegración del estatus anterior. Pero en esencia se trató del destino de la política neoliberal que no logró sostenerse más frente a la crítica situación social a la que ella misma condujo. La figura del médico también

ha sufrido estas transformaciones, su hegemonía no es la misma, tampoco su carácter de trabajador. Hoy es un profesional que se encuentra identificado con sus pares no sólo según el grupo de prestigio social y cultural que más o menos mantiene, sino además, como miembros de un sindicato, en conflicto permanente, en estado de huelga recurrente, factor éste esencial para caracterizar al hospital público en la actualidad.

Por último, para terminar de comprender *quiénes son* los estrategias *macielenses* –para utilizar el gentilicio acuñado por el Dr. Tálice (Lockhart, 1982)–, de qué campos provienen más allá de la condición de la salud que los nuclea, podemos distinguir distintas formas culturales que han sido las de los usuarios típicos de este hospital hasta el momento, más allá del gran manto societario que los uniformiza a todos bajo el rótulo estigmatizador de *pobres*. De estas sub-culturas provienen históricamente los significados puestos en juego, los sentidos y los universos de valor que portan los sujetos internados que también son analizados caso por caso: los del “*interior del país*”, los “*del barrio y el Centro*”, y los del “*Oeste*” de Montevideo. Los segundos son tratados en especial por lo que respecta al entorno espacial y cultural de implantación de la institución. Los primeros y terceros son territorialmente contiguos, ya que en concreto la mayoría de los del “*interior*” del país proviene de las localidades más allá del límite departamental de Montevideo con San José. La accesibilidad y la distribución de la cobertura determinan que el oeste departamental, sea la procedencia de los usuarios efectivos, además de los próximos al hospital. Pero más allá de la residencia, como hemos dicho, se establecen tipos de pacientes según su imaginaria procedencia cultural, que es asociada por todos, incluidos los funcionarios, como de estas zonas. Las características más sobresalientes tipifican a estos pacientes como herederos de una clase obrera organizada, familiarizada con la confrontación y la lucha por la defensa de los derechos, y lo mismo para los pacientes provenientes de más allá del límite departamental. Pero en aquella zona también se han desarrollado enormemente los asentamientos irregulares, así como existen desde siempre zonas dedicadas a la horticultura y en un contexto semi-rural de pequeños productores, lo que ha complejizado dicho perfil, haciendo evidente el carácter múltiple de toda identidad.

136

IV. Etnografía conmutante y reflexividad en las instituciones

En cada hospital nos encontraremos con componentes que lo singularizan y otros que lo conectan a otros campos. Tomar en cuenta todas estas cualidades y procesos etnográficos

ficamente formulados, nos ofrece la oportunidad de conocer *desde dentro y fuera* los fenómenos en cuestión, en la manera en que se crean y recrean las formas identitarias, las relaciones entre las mismas y la forma en que construyen subjetividad en todos los involucrados. Cualquier intervención e innovación en un modelo asistencial puede contar con la antropología como insumo fundamental para la generación de procesos inclusivos y democráticos, donde los sujetos son parte del proceso y no meros espectadores pasivos de su destino. Es fundamental, creemos, tomar en cuenta la riqueza de sus puntos de vista, el valor de sus experiencias y creaciones, sus herramientas conceptuales y metafóricas, y más que nada, una *terapéutica colectiva* propiciada por los vínculos (Sluzki, 1995), la cual se sostiene en la reciprocidad de una existencia transitoria asistida y compartida por todos.

Según Oksenberg Rorty, la agenda contemporánea de los estudios en antropología de la salud da testimonio de la preocupación actual de la práctica médica. En primer lugar, el diagnóstico y las razones terapéuticas que garanticen una validación epistémica de las narrativas de los propios pacientes, aceptando la creciente dependencia de la configuración fenomenológica subjetiva en el éxito de la terapia; en segundo término, una sensibilidad sobre la experiencia de dolor y sufrimiento conjugados, esforzándose activamente para obtener una participación activa de los pacientes, buscando una asociación para la curación gracias a la comprensión del proceso científico-tecnológico en sus propios términos; y finalmente, una reedición de los debates y líneas de investigación referentes a la historia de la subjetividad, en torno a las nociones de autenticidad, reflexión introspectiva, impresiones sociales de la idea de sí-mismo, autonomía y derechos, estando todas estas versiones vivas y reapareciendo en un mismo contexto problemático (Oksenberg Rorty, 2007:47-48). Consideramos que nuestra investigación se encuentra enmarcada en dicho horizonte contemporáneo de problemáticas y abordajes. Como hemos visto, nos encontramos en un contexto donde conviven de forma más o menos dominante una variedad de modelos asistenciales. En el devenir del hospital Maciel, hemos podido apreciar la sucesión y el solapamiento de formas pre-modernas, modernas y neoliberales. En cada una de ellas, la noción de sujeto, los procesos de subjetivación, y los saberes y narrativas generadas, determinan de manera diferencial las necesidades, los marcos de posibilidad y los márgenes de creatividad para quienes son asistidos y tratados. Pero el hecho de que sea, desde algunas tendencias de las ciencias médicas, relevante y necesario plantearse explícitamente el análisis en estos términos, parece alentarnos a creer en una cooperación sostenida entre la antropología y la medicina en el propio campo hospitalario y en la asistencia en general.

Una propuesta muy ilustrativa es la llamada medicina familiar, donde se hace foco en el médico generalista integral. En el contexto colombiano, se ha insistido en la necesidad de considerar la perspectiva etnográfica en la práctica médica. Desde la atención, investigación y docencia de la medicina, la etnografía aparece como una metodología que permite cobrar las cualidades y las subjetividades implícitas en el proceso. Granada Echeverry nos plantea cuáles podrían ser algunas pistas para guiar la mirada del etnógrafo-médico en su práctica: “quejas que son vagas, oscuras o indiferentes; quejas que se originan en una enfermedad que amenaza la vida; quejas que parecen fuera de proporción con los hallazgos físicos o de laboratorio; quejas que son raras o muy extrañas, que no coinciden con lo esperado anatómica y fisiológicamente; quejas que son persistentes e incapacitantes; quejas asociadas con marcada ansiedad o cambio de talante; quejas que resultan de cambios de vida, conflictos o estrés; condiciones que tienen que ver con los hábitos y el estilo de vida del paciente; condiciones que requieren decisiones morales o éticas” (Granada Echeverry, 2000). Los distintos escenarios también son relevantes, y se plantea la necesidad de experimentar al hos-

pital como lugar para vivir, sensibilizando al médico en la búsqueda de la actitud de extrañamiento que caracteriza a la producción etnográfica.

Esto se hace más imperioso para el caso de territorios como los hospitales o los de cualquier institución moderna en tanto se puede estar cotidianamente pero donde: “el etnógrafo desarrolla su trabajo de campo, su interacción con los sujetos en un espacio y un tiempo claramente separados del espacio y el tiempo dedicados a su vida privada” (Velasco, Díaz de Rada, 1997:104-105). Queda claro que lo decisivo es la posibilidad de generar una práctica auto-reflexiva de *con-mutación* entre campos de experiencia en principio desconectados, algo que además de conmocionar las bases de la tradicional medicina occidental, también exige otro tipo de institución, en la cual sea factible y necesario actuar desde este punto de vista crítico, abierto y articulador.

El problema es político y gnoseológico a la vez, pues es necesario establecer las condiciones como para que una práctica asistencial pueda darse en condiciones de extrañamiento, desde *dentro y fuera* al mismo tiempo. Por supuesto que las distancias son relativas y es en la calibración entre los polos de la inmersión y el distanciamiento absolutos que varía la experiencia etnográfica. Pero ante las urgencias del trabajo médico: ¿es posible tomar distancia? Por supuesto que sí, y más aún, se han tomado diferentes tipos de distancias, y en muchos casos han sido absolutas, por lo menos así se han pretendido. Poder profundizar en la presencia de la etnografía en la propia práctica médica, conlleva una reformulación de la profesión y su oficio que ya se encuentran en marcha, para alcanzar a adoptar una dinámica de reflexividad y una dialógica productiva entre quienes asisten y son asistidos. La propia investigación biomédica se vería potenciada por el recurso cualitativo por excelencia, y la propia relación entre la ciencia, la tecnología, y los diversos públicos y sectores sociales se encontraría enriquecida por estar en la mejor de las condiciones para cualquier aprendizaje: entre los otros, explorando las diferencias, creando nuevas formas culturales y subjetivas, ampliando los horizontes por las interpelaciones de quienes sienten y piensan distinto.

Bibliografía

- ÁLVAREZ PEDROSIAN, Eduardo. (2009) *Los estrategas del Maciel. Etnografía de un hospital público*. CSIC-UdelaR, Montevideo.
- BARRÁN, José Pedro. (1992) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 1 El poder de curar*. Banda Oriental, Montevideo.
- (1993) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 2 La ortopedia de los pobres*. Banda Oriental, Montevideo.
- (1995) *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 3. La invención del cuerpo*. Banda Oriental, Montevideo.
- CASTORIADIS, Cornelius. (1997) *El avance de la insignificancia. Encrucijadas del laberinto IV*. Pre-textos, Barcelona.
- CHAVARRÍA, V. et. alt. (1996) “El hospital Maciel: reflexiones sobre el cambio de conciencia en la Atención Sanitaria”, en AA. VV., *Producciones en Salud. Selección de trabajos realizados en el marco del Curso Nivel de Atención en Salud (Área Salud) 1993-1994*. Facultad Psicología-UdelaR, Depto. de Publicaciones- CEUP, Montevideo.
- CLIFFORD, James. (1999) *Itinerarios transculturales [Routes: Travel and Transaltion in the Late Twentieth Century]*. Gedisa, Barcelona.
- DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. (1997) *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia II*. Pretextos, Barcelona.
- DEVEREUX, George. (1996) *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. Siglo XXI, México.
- EDWARDS, Jeanette; HARVEY, Penny; WADE, Peter. (edit.) (2007) *Anthropology and Science. Epistemologies in Practice*. Berg, Oxford.
- FOUCAULT, Michel. (1990) *La vida de los hombres infames*. La Piqueta, Madrid.
- (2000) *Los anormales*. FCE, Buenos Aires.
- GHASARIAN, Christian. (2004) “Sur les chemins de l’ethnographie réflexive”, en GHASARIAN, Christian (dir.), *De l’ethnographie à l’anthropologie réflexive. Nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Armand Colin, Paris, pp. 5-33.
- GEERTZ, Clifford. (1994) “Desde el punto de vista del nativo: sobre la naturaleza del conocimiento antropológico”, en *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Paidós, Barcelona, pp. 73-90.
- GOFFMAN, Ervin. (1984) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires.
- GRANADA ECHEVERRY, Patricia. (2000) “La etnografía en la práctica médica”, en *Ciencias Humanas*, N° 17, Universidad Tecnológica de Pereira - UTP, Pereira (Colombia). Ed. Electrónica: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev17>. Último acceso el 15 de julio de 2009.
- INE-ROU (2001). *Anuario Estadístico 2000*. Montevideo.
- LOCKHART, Jorge. (1982) *Historia del hospital Maciel*. Ed. de Revistas, Montevideo.
- MARCUS, George. (2001/1995) “Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal”, en *Alteridades*, Universidad Autónoma Metropolitana, Iztapalapa (México), julio-diciembre, Año 11, N° 22, pp. 111-127.
- (1998) *Ethnography through thick and thin*. Princeton University Press, New Jersey.
- OKSENBERG RORTY, Amélie (2007) “The Vanishing Subject. The Many Faces of Subjectivity”, en BIEHL, João. BYRON, Good. KLEINMAN, Arthur. (edit.) (2007) *Subjectivity: ethnographic investigations*. University of California Press, Berkeley - Los Angeles, pp. 34-51.

- ROMERO GORSKI, Sonia. (1997) “Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la salud”, en CHERONI, Alción. PORTILLO, José. ROMERO GORSKI, Sonia. *Salud, cultura y sociedad*. FHCE-UdelaR, Montevideo.
- (2003) *Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil*. CSIC-UdelaR- Nordan-Comunidad, Montevideo.
- SLUZKI, Carlos. (1995) “De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a la red social”, en DABAS, Elina, NAJMANOVICH, Denise. (coord.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós, Buenos Aires.
- Sontag, Susan. (1996) *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus, Madrid.
- VELASCO, Honorio. DÍAZ DE RADA, Ángel. (1997) *La lógica de la investigación etnográfica*. Trotta, Madrid.
- VIDART, Daniel. (2009) “Palabras introductorias de un antropólogo de la Guardia Vieja”, en ALVAREZ PEDROSIAN, Eduardo. *Op. cit.*, pp. 7-25.