cuadernos del CES

Editorial.....5
Cambios en la relación entre profesionales médicos y sociedad.....11
Medicina y sociedad.....23
Dossier: veinte años de estudios en antropología de la salud en Uruguay.....31
Cambios en la profesión médica.....35
Modelos culturales y sistemas de atención de la salud.....47
El caso estudiado.....57
Violencia y contexto sociocultural en el caso ocurrido en la ciudad de Salto.....67
Reflexiones sobre violencia y la profesión médica. Reeducación para la salud.....71
Rupturas sociopsicológicas causadas por la enfermedad en la vida de las personas.....81
Avances cientifico-técnicos y trabas culturales en pediatría crítica.....89
Zarpar abierto.....97
Profesion médica y equipos de salud en la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.....107
Informe preliminar sobre la violencia contra los médicos en Uruguay.....117
Los porqués de una encuesta.....127
Estudio sobre las condiciones de trabajo de los médicos psiquiatras en el Uruguay.....129
El *burnout* o síndrome de desgaste profesional entre los médicos uruguayos.....145
La colegiación médica (I).....171
La colegiación médica (II).....177

Publicación Oficial del Centro de Estudios de la Salud del Sindicato Médico del Uruguay. Bulevar Artigas 1515.
Tel.: 401 47 01. / Fax: 409 16 03. / Montevideo - Uruguay
Correo electrónico: ces@smu.org.uy

Miembros del CES: Dr. Jorge Lorenzo Otero (Miembro Responsable), Dr. Fernando Urruty (Miembro Responsable Alterno), Dr. Marcelo Avellanal, Dr. Osvaldo Barrios, Dr. Pedro Cladera, Dra. Graciela Fernández Fortete, Dr. Eduardo Figueredo, Dr. Álvaro Giordano, Dra. María José Guerra, Br. Daniela Raymundo, Dr. Enrique Soto, Dr. Antonio L. Turnes. **Asesores:** Ec. Luis Lazarov, Esc. Julio Lorente, Milton Fornaro. **Secretaria:** Virginia Velasco.

Cuadernos del CES. Responsables de esta edición: Dr. Jorge Lorenzo Otero (Redactor Responsable), Dr. Antonio L. Turnes, Milton Fornaro (Editor). Corrección: Héber Artigas. Carátula y diseño interior: Fidel Sclavo

Diciembre 2009

5

LOS LECTORES TIENEN LA PALABRA

Comuníquese mediante esta dirección: ces@smu.org.uy y háganos saber sus comentarios sobre el contenido de este número.
Asimismo le invitamos a proponer temas que considere deberían ser desarrollados en próximas entregas de **Cuadernos del CES**.
Tenga presente que esta publicación es una herramienta para ser utilizada por todos quienes se interesan en los asuntos de la salud que merecen análisis, discusión y difusión.

Cuadernos del CES 5
Montevideo, Uruguay.

Las opiniones o declaraciones publicadas en **Cuadernos del CES** expresan los puntos de vista de los autores. Ellas no representan, necesariamente, la opinión oficial del CES, al menos que ello esté explícitamente señalado. La propiedad de los archivos es de los autores. Para su reproducción en otros medios deberá solicitarse autorización al autor y a la dirección de la revista.

EDITORIAL

Dr. Jorge Lorenzo Otero*

Durante el 2009 el CES siguió activo pero sin la posibilidad de mantener la continuidad de los **Cuadernos**. Incidieron en esta resolución varias causas, fundamentalmente la realización de las elecciones del gremio con el consecuente descenso de las actividades de tipo "académicas". Sin embargo, el compromiso de publicar por lo menos un número en este año estuvo presente en el horizonte del Centro y de sus integrantes.

La preocupación del gremio con respecto a las relaciones de los médicos y personal de salud con la gente es permanente, y se vio incrementada por varios episodios dolorosos, y en alguna oportunidad trágicos, sensibilizando aun más a los médicos en torno a esta temática.

Por otra parte la dignidad de la profesión; la resonancia que tienen sus reclamos en el terreno laboral, encuentran su mejor ámbito de desarrollo en el seno de una comunidad que se sienta protegida en su salud por sus médicos. Este es un valor agregado que tienen los cambios que la sociedad experimenta acerca de sus derechos en salud, beneficiosos para nosotros en tanto nos considere como sus iguales, con sus mismos problemas y expectativas.

La respuesta a estos cambios sociales por parte de la profesión –a menudo sostenida en las malas condiciones de trabajo o en las escasas remuneraciones– es insuficiente, predominando un modo de ejercicio profesional que la antropóloga Sonnia Romero, basándose en modelos de la antropología social y en trabajos de campo, califica como "habitus asistencial autoritario, ejercido tanto por hombres como mujeres, profesionales de la salud; llegando un poco

DOSSIER: VEINTE AÑOS DE ESTUDIOS EN ANTROPOLOGÍA DE LA SALUD EN URUGUAY

Sonnia Romero Gorski*

Índice del dossier

Antecedentes de publicaciones; a) sobre relación médico-paciente, b) sobre análisis cultural de sistema de atención

- *Cambios en la profesión médica.* Extraído de artículo publicado en revista Salud Problema, Romero, S. 1999.
- *Modelos culturales y sistema de atención de la salud.* Extraído de capítulo de libro, publicado por el Instituto Goethe, 2006.

Investigaciones recientes y en curso, 2009

- *Estudio de caso.* Extraído de informe entregado a la Academia Nacional de Medicina. Romero, Sonnia, 2009.

Otros análisis en torno al mismo estudio de caso:

a) *Violencia y contexto sociocultural en caso ocurrido en Salto, 2008-2009.* Rodríguez, Eloísa.

b) *Reflexiones sobre violencia y la profesión médica. Reeducación para la salud.* Spatakis, Jorge, 2009.

c) *Rupturas sociopsicológicas causadas por irrupción de la enfermedad.* Vomero, Fabricio, 2009.

Interés antropológico de impactos de aplicación de tecnología médica en asistencia

- *Estudio en CTI de niños del Hospital Pereira Rossell.* Lores, Rosario, 2009.

Presentación general

Para comprender el alcance y los posibles impactos de las investigaciones antropológicas especializadas en temas de salud es importante tener presente el contexto sociocultural en que se inscriben dichos estudios. En ese sentido es pertinente aclarar que el país presenta condiciones particulares: trabajamos en un contexto de sociedad industrializada, de población mayoritariamente urbana y con un generalizado nivel de escolaridad. Por otra parte, otro dato ineludible es que en el país no existen comunidades indígenas originarias ni campesinado tradicional.

Las características objetivas señaladas siempre constituyen un marco en el que a priori no se visualiza el rol de la antropología; a las personas e incluso a profesionales de otras disciplinas les cuesta comprender el alcance del aporte antropológico en el campo de la salud. Una idea informal, muy difundida, le atribuye a la antropología prácticamente el único rol de mediación o traducción entre la medicina, el personal de salud y poblaciones "diferentes".

De acuerdo a este contexto en los comienzos de las actividades, como equipo de antropología y salud, la demanda o expectativa sobre nuestra contribución profesional estuvo motivada por dificultades de relacionamiento entre instituciones de salud y sectores urbanos de muy bajos ingresos y con población rural (refs. Romero, S. Investigación "Madres e hijos en la Ciudad Vieja", inicio 1989; subproyecto de antropología en "Programa multidisciplinario sobre prevalencia de la hidatidosis en el Dpto. de San José", Dr. Conti y colaboradores. Instituto de Higiene 1991/1993).

En años siguientes varios proyectos en los que participaron estudiantes y egresados de la Licenciatura de Ciencias Antropológicas fueron componiendo una *masa crítica* que se reconoció en un equipo de trabajo con firmes intereses intelectuales, formalizado en el Programa de Antropología y Salud del Instituto de Antropología (resolución del Consejo de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, FHCE, 2004). Desde esa fecha a la actualidad se multiplicaron actividades, consultorías, intervenciones en cursos, dictado de cursos para nivel de postgrado y fundamentalmente se implementaron investigaciones sobre temas muy diversos, así como participación en abordajes interdisciplinarios.

La formación de recursos humanos tiene un lugar importante dentro del Programa de Antropología y Salud, razón por la cual se mantiene una rutina de estudio, de actualización teórica, de discusión de resultados en estudios empíricos, de orientación de trabajos de grado y de postgrado.

En los últimos años destaco como un importante avance en este sentido la realización y tutoría de varias tesis de maestría, cuyos temas vienen a enriquecer la especialización con aportes originales e interdisciplinarios[1].

La propuesta de reunir en un solo dossier una selección de trabajos correspondientes a diferentes momentos de desarrollo de temáticas y modalidades de abordaje –incluyendo autorías de integrantes del Programa y de actuales maestrandos–, responde a la vez al interés que nos merece la invitación de **Cuadernos del CES** así como a la necesidad de dar visibilidad a una especialización que ya tiene su historia. Los textos que componen el índice son ilustrativos de la importancia de lo *sociocultural* en la *problemática global de la salud.* Confío en que la difusión de estos estudios, a través de los **Cuadernos del CES**, contribuya a la integración del conocimiento que produce la disciplina sobre tópicos de interés permanente y de actualidad; tal es el caso de las determinantes socioculturales de la relación médico-paciente, de la población de usuarios y las instituciones del sistema de salud.

Los factores macrosociales (socioeconómicos, políticos) e institucionales (políticas públicas de instituciones de salud, educación, otras), se consideran como marco de evolución de dinámicas cotidianas, conteniendo lo microsocial y según condiciones objetivas de cada contexto nacional-local.

En este plano el abordaje desde la antropología social es complementario de otros, aportando la observación de comportamientos sociales, construcciones culturales, posibles diferencias de actitudes y representaciones por género, etáreas, étnicas (ver en este dossier Rodríguez, Vomero, Spatakis). Actitudes y representaciones que inciden en la prevención, en los procesos de salud, enfermedad, tratamiento, en relaciones médico-paciente, en la relación de los usuarios y los profesionales de la salud con las instituciones, con la aceptación o resistencia al despliegue de tecnología, entre otros temas (ver Lores, Romero).

1 Actualmente en la Maestría en Antropología de la región de la Cuenca del Plata, FHCE desarrollan tesis vinculados a la salud: Marcelo Rossal, Fabricio Vomero, Virginia Rial, Eloísa Rodríguez, Laura Uturbey, Domingo Mederos, Rosario Lores.

***Especialista en Etnología en la Universidad René Descartes, Sorbonne V, París; DEA y Doctorado en Etnología de la EHESS de París. Directora del Departamento de Antropología Social-Instituto de Antropología, FHCE.**

CAMBIOS EN LA PROFESIÓN MÉDICA

Sonnia Romero Gorski

Versión sintetizada del artículo "Caracterización del campo de la salud en Uruguay". Romero Gorski, S. 25-35. En: Salud Problema, Nº 6 año 4, 1999 - Universidad UAM-XOCHIMILCO, México.

"A partir de 1900 la sociedad uruguaya convirtió a la salud en valor supremo. De él derivó un poder opaco pero absoluto, el del médico, y un sometimiento inconfesado pero total, el del paciente". (J. P. Barrán, 1992)

El campo de la salud tenía en nuestro país una estructura definidamente hegemonizada por el saber y la institución médica, el poder médico que se afianzó en el siglo pasado, según lo demuestra la reconstrucción histórica (J. P. Barrán, 1992). Pero nos interesa subrayar que el poder médico, de cada médico, estuvo y está todavía en parte muy ligado al modelo patriarcal, a la organización jerárquica desde el Estado, a las instituciones, a la familia, respetando la autoridad y las funciones diferenciadas de cada sexo y grupo generacional.

Así fue posible para los varones/médicos, no sólo la acumulación de bienestar material sino también de prestigio social.

Los médicos han constituido hasta ahora un grupo de estatus en sentido weberiano "generalmente y contrariamente a las clases, los grupos de estatus son comunidades (...). Si bien la propiedad como tal no es siempre reconocida como un factor de estatus, sin embargo, a la larga resulta serlo y con significativa regularidad.

Desde el punto de vista de su contenido, el honor de un estatus implica un estilo de vida por parte de quienes quieren formar parte del círculo" (Max Weber, 1977).

Aunque hoy están relativamente disminuidas las ventajas económicas de la profesión, se puede identificar una síntesis, un conjunto de posiciones, de actitudes, de discursos que circulando dentro de la profesión conformaron un modelo al que trataron de acomodarse sus integrantes y que hacia afuera alimentó una imagen social del médico.

Imagen de autoridad, de éxito socioeconómico y profesional (performances más bien ligadas a una figura masculina) que provocó "el deseo" por esa profesión, tanto en sectores sociales en busca de movilidad social, como en las mujeres en procura de una realización profesional.

Así, la profesión no sólo se "masificó", sino que también se "feminizó" acentuadamente en los últimos años. Al respecto, las cifras son elocuentes: los estudiantes matriculados en 1960 eran 2.763, mientras que en 1988 llegaban a 6.834.

Ese mismo año las mujeres representaron el 58% de la matrícula, mientras que en otras carreras los porcentajes son mucho más bajos. Por ejemplo, en ingeniería las mujeres sólo llegaban al 22% del total (esta es una de las carreras que aventaja a medicina en la preferencia de varones y principalmente aquellos de familias acomodadas). En el año 1997 la matrícula femenina en la Facultad de Medicina representó el 67,6%; el proceso de feminización no deja de acentuarse...

La integración más democrática, la feminización creciente y médicos cada vez más jóvenes, son algunos de los cambios que "trabajan" desde adentro y desde afuera desestabilizando la base de la autoridad de la profesión, poniendo en cuestión su tradicional poder y carisma (sin olvidar las dificultades para mantener el nivel de las remuneraciones).[1]

En cuanto a la inserción institucional, se registra una fuerte presencia de médicos varones en el sector de la salud privada, no sólo en el sistema mutual sino también en otros sectores que requieren importantes inversiones tecnológicas y económicas: Emergencia Móvil, Unidad Coronaria Móvil, Chequeo Médico, Medicina Personalizada y otros. Paradójicamente también se encuentra a los médicos varones al frente de consultorios de medicinas alternativas (acupuntura, homeopatía, otros). Por el contrario, observamos gran concentración de profesionales mujeres en el sector de la Salud Pública y particularmente en los servicios materno-infantiles.

1. Aunque para el caso uruguayo no se puede generalizar muy rápido y asociarse a la tesis de la "proletarización" de los médicos, como sostienen algunos analistas brasileños, ya que los médicos en general siguen objetivamente accediendo a la compra de vivienda, auto, segunda residencia, viajes, etc. Las dificultades laborales hay que relacionarlas también con la concentración de médicos en Montevideo y en capitales de departamentos del resto del país.

El avance inédito de las mujeres en la carrera médica tiene, sin embargo, una resolución previsible a su término pues en el momento de elegir especialización las mujeres-médicas prefieren mayoritariamente la pediatría, especialización que parece a priori compatibilizarse bien con funciones femeninas, mientras que prácticamente no aspiran a ser cirujanas, ni anestesistas, ni siquiera ginecólogas. Es decir que aunque formadas como profesionales, las mujeres tienden a mantenerse dentro del modelo "madre-ante-todo"[2].

Este aspecto es doblemente de interés porque dicho modelo ejerce mayor o menor presión a nivel social e individual según sectores sociales y profesionales. Y es en las carreras relacionadas con la salud donde se pueden observar claramente las opciones discriminadas según determinaciones de género. Las cifras de la matrícula femenina son sensiblemente más altas cuanto mayor es la "adaptación" de la profesión a la imagen tradicional de la mujer como madre, cuidadora, nutricia.

Interpretamos estos perfiles profesionales como fenómeno de reproducción de modelos culturales: aun cuando se aprestan a ser profesionales, las mujeres refuerzan la semantización de lugares socialmente aceptables para mujeres.

La sensibilización bastante amplia que existe en nuestra sociedad en torno a la problemática de la mujer, la difusión del discurso feminista denunciando la dominación masculina, etcétera, han generalizado una expectativa de desempeño diferente por parte de las mujeres en funciones anteriormente ocupadas exclusivamente por hombres. (Los desarrollos siguientes sobre estos aspectos surgen de investigaciones empíricas en servicios de Salud Pública, 1989/1993.)

Cambios en los pacientes

En la consulta médica ha habido tradicionalmente una tríada presente o potencial: el médico, la enfermera, el paciente, donde los dos primeros tienen una función instrumental de asistencia pero también una función latente de tipo simbólico que los enmarca en un modelo parental en el cual el médico ocupa el lugar del padre, revistiendo la autoridad correspondiente.

2. Dicho modelo "madre-ante-todo" formulado por Camille Lacoste-Dujardin (especialista del Maghreb y del área mediterránea), tiene vigencia en nuestra sociedad; nosotros ya definimos en otro trabajo que "en un primer nivel la cultura uruguaya se ubica en el área occidental-judeo-cristiana", con fuerte presencia de elementos culturales de las llamadas "culturas mediterráneas" cuyo modelo básico es de tipo patriarcal-autoritario, con marcada dominación de los varones en las instancias y puestos claves de la sociedad". (Romero, S. y B. Emeric: "Aspectos antropológicos". En *Guía del maltrato y abandono infantil*. Ed. D. Maltzman, Montevideo, 1989).

No es casual entonces que el paciente o consultante sufra/acepte un proceso de infantilización, así como que la enfermera sea casi invariablemente la figura femenina de la pareja.

Cuando es una mujer la que ocupa el lugar del médico, el modelo parental se mantiene, sustituyendo una figura materna a una paterna, dominando entonces figuras femeninas en la relación terapéutica o asistencial, igualmente desigual la relación.

Sin embargo, los cambios apuntados en el médico-padre van acompañados de una "rebelión" de los pacientes-hijos/as que no parecen más dispuestos a reconocerle una autoridad incuestionable que justifique sumisión o intimidación total[3].

Así, podemos registrar dentro de las consultas diálogos que marcan una nueva tendencia contestataria en los pacientes, que a veces no vacilan en defender sus posiciones frente al conocimiento médico.

Es frecuente también que la juventud del médico/a no plantee la distancia generacional en el sentido previsto, por lo menos en el imaginario social. En ese caso, la relación se percibe como poco apta para imponer la mencionada infantilización, como para que el paciente soporte un trato autoritario desde una voz o figura no legitimada plenamente por experiencia, conocimientos, en resumen, performances prestigiantes.

Demás está decir que la transformación que fue sufriendo la profesión y el perfil de los profesionales, fueron más rápidos que el cambio de la imagen social de la misma; en otras palabras, el habitus del paciente no ha integrado totalmente esas novedades. Es muy probable que su actitud sea de mayor resistencia o reticencia cuando su "expectativa de médico" no coincida con la persona del profesional, hombre o mujer que lo atiende.

En otro sentido, la divulgación masiva de temas de salud influyen también en la composición de actitudes menos sumisas en pacientes más informados. Informados también de las variantes que ofrecen las nuevas terapias y sistemas asistenciales; en esos casos hacen jugar la posibilidad de alejarse del tipo de asistencia que no les satisface y recurren a otros cuidados, ya sea afiliándose a otro servicio médico pero con una propuesta diferente, o bien cambiándose a otros sistemas de atención fuera de la institución médica. [4]

3. A nivel social general el cuestionamiento de la autoridad dentro de la familia, el fin anunciado del modelo patriarcal, marcaría también nuevos modos de relacionamiento que repercuten en el modelo asistencial de tipo parental.

4. Al respecto es importante tener en cuenta que "los medios construyen los hechos", es decir que si los medios no los mencionaran, simplemente no "existirían" un conjunto de hechos (Eliseo Verón, 1986). Veamos un ejemplo, primer Informativo de radio Sarandí de Montevideo, mes de setiembre de 1993: "En EEUU se difundió la noticia por parte de los investigadores X y C de que varias personas, por lo menos siete, ya contrajeron el sida por trasplante de piel de donantes portadores del virus". Otra noticia: "de los 8 millones de enfermos

En relación con el señalado debilitamiento del carisma de la profesión, y "rebeldías" de los pacientes, habrá también que redimensionar la creciente denuncia de los errores médicos, de la iatrogenia, que siempre existió pero que no tomaba estado público con la fuerza que lo hace ahora. Interpretamos que no fue la crítica o la denuncia de errores lo que debilitó la imagen del médico, sino que la crítica avanzó junto con, y gracias a, la disminución del estatus de la profesión. A su vez, la crítica y la denuncia van agudizando esa tendencia, cerrando el ciclo.

En realidad, sería la forma más clásica de ejercer la profesión la que perdió y pierde estatus ya que, paradójicamente y en extremos opuestos, los médicos iniciados en tecnologías sofisticadas, tratamientos computarizados u otros, o aquellos reconvertidos en técnicas alternativas, acupuntura, tratamientos florales, etcétera, parecen ganar prestigios y recuperar niveles económicos significativos. Pero en ambos casos se trata de un número limitado dentro de la generalidad que responde al creciente cuestionamiento del modelo médico hegemónico, del poder ejercido por la profesión médica.

Los médicos, que dictaron normas de vida para el cuerpo social, y los cuerpos de todos y cada uno, no sólo deben ahora compartir espacios y pacientes, sino también adaptar conocimientos y discurso, en definitiva, cambiar para poder permanecer. Porque ya registramos adhesiones crecientes a un nuevo ideal como expresión de máxima rebeldía: *la salud sin médicos ni medicamentos.*

El uso del tiempo: las alternativas dentro del sistema médico asistencial

El uso abusivo del tiempo de los consultantes es significativo en cuanto a la resistencia que genera y porque desalienta sobre todo las consultas de control y preventivas. Pero además es un elemento común a servicios de asistencia pública y privada, y constituyen un punto fundamental en la constatación por parte de los usuarios de disfunciones de dichos servicios. Y aun aquellos que no pretenden cambiar de "medicina" buscan alternativas.

La asistencia en el servicio mutual (sector privado) se revela insuficiente por un conjunto de disfunciones de las instituciones y sobre todo por la manipulación del tiempo del paciente, por no contemplar el tiempo de la propia patología y que no parece perturbar el ritmo burocrático de las instituciones, de los que allí prestan

de cáncer el 70% debe su enfermedad a malas condiciones ambientales"... No es de extrañarse entonces que haya sido el sentido común el que haya emprendido el retorno a lo natural y se haya desarrollado el temor a la medicina "dura". Ver el escándalo en Francia por la sangre contaminada con VIH que fue administrada y afectó a 3.500 personas.

funciones. Este es un factor más de desencanto.

Dentro del sistema asistencial privado, con modelo similar de prepago, se ha instalado un número importante de servicios privados que no desplazan ni sustituyen al servicio mutual existente. Simplemente se agregan como necesarios en caso de "una emergencia" (Unidad Coronaria Móvil, Servicio de Emergencia Médica Móvil, Servicio de Urgencia, Atención y Traslado). Los usuarios pretenden trasladar consultas y salud preventiva hacia estos servicios más ágiles.

Precisamente, su mejor argumento promocional es la promesa, y el cumplimiento, de una atención rápida, eficaz; estamos observando una consecuente preferencia por las consultas a los servicios de emergencia basada, no en la gravedad del problema, sino en la posibilidad de una inmediata solución. Este tipo de uso de los nuevos sistemas los llevaría a desvirtuar su meta original. Este hecho responde a un efecto de estructura del campo de la salud, pues ningún servicio que entra en él puede guardar total independencia con respecto a los demás.

Por agregación también actúan nuevos servicios privados con propuestas cada vez más adaptadas al cambio de expectativas instrumentales y simbólicas: son las unidades de chequeo médico, espacios sacralizados por una tecnología médica compleja, tanto más esotérica que sólo iniciados pueden manipular y decodificar, y medicina personalizada que se coloca en el otro extremo de la masificación de los servicios mutuales con cientos de miles de afiliados.

En busca de un *plus de significación*

Además de sus reales posibilidades de diagnósticos precoces y ajustados, de tratamientos de avanzada, etcétera, estos últimos servicios ofrecen un *plus de significación,* que indudablemente impacta a nivel consciente e inconsciente a los consultantes.

En otro plano, y ya completamente fuera del sistema médico, se pueden consultar a reconocidos mediums-curanderos que atienden en el marco de las llamadas religiones afrobrasileñas difundidas en Uruguay.[5]

Pero entre unos y otros, entre la más avanzada técnica médica y la más mágica de las curas tenemos la generalidad de la salud atendida en hospitales de Salud Pública y clínicas del sistema mutual.

En la consulta en hospitales o mutualistas el paciente se enfrenta a la sobriedad de los consultorios, dos sillas y una camilla y el estetoscopio

5. Ver al respecto "La salud como uno de los aspectos de la identidad cultural en la frontera uruguayo-brasilera: una lectura posible de los materiales etnográficos recogidos en la misión a Rivera, en diciembre de 1986", y "Lugares de producción de sentido en la frontera Rivera-Livramento", 1992.

del médico conforman a veces todo el instrumental visible. Esa escasez de elementos se agrava cuando la relación con el médico no cumple expectativas dialógicas, su discurso es poco explícito, cuando el tiempo que dedica a "tocar" la dolencia parece desmesuradamente breve en comparación con lo que se esperó para la consulta.

Quizá la desacralización máxima de espacios, la secularización de nuestro ethos social, el positivismo y racionalismo, el economicismo a ultranza de posiciones centradas en lo macrosocial por oposición a lo microsocial como características dominantes de la reflexión y la práctica profesional (por cierto no sólo de los médicos), contribuyeron también a banalizar la relación terapéutica, a despojarla de significación simbólica.

No es por casualidad que los pacientes están hoy a la búsqueda, no sólo de cura, sino también de relaciones más satisfactorias en ese plano, a la búsqueda de "rituales" curativos, de consultorios más cargados de mensajes, de "íconos", que le signifiquen al paciente que su problema está siendo contemplado por instancias idóneas que tomarán seriamente a cargo su individualidad única e irrepetible, que apreciarán que más allá de ser portador de una dolencia u órgano enfermo es *una persona* y necesita atención apropiada para esa totalidad.

En esta lógica se explica tanto la proliferación de "medicinas alternativas" (fuera del sistema médico) como de alternativas dentro del propio sistema médico con un común denominador: la demanda de atención cualitativamente diferente por parte de los sujetos.

Algunas permanencias: lugares donde resiste el modelo médico hegemónico

Sin embargo, como ya lo adelantamos, estos procesos no son uniformes en el conjunto de la sociedad, ya que las posibilidades de ejercer mayor libertad para elegir sistemas asistenciales más satisfactorios depende de la capacidad económica de cada uno.

Así, los sectores de bajos recursos son los que se encuentran estructuralmente constreñidos a contar sólo con los servicios de Salud Pública.

A su vez, las condiciones de subalternidad socioeconómica y cultural de dichos sectores sociales conforman un factor decisivo para que en los servicios de Salud Pública *resista* el modelo médico hegemónico como relación desigual marcada por la *autoridad* del médico y la *subalternidad* del paciente.

A pesar de que los cambios posibles en las actitudes de los pacientes han permeado en el conjunto de la sociedad, y éstos parecen cada vez menos orientados a la sumisión indiscutida ante la autoridad del médico, ya sea ejercida por un hombre

o una mujer, es real que las opciones son más reducidas para aquellos con menos recursos: en caso de disconformidad sólo pueden dirigirse a otro servicio de Salud Pública o simplemente desistir de la atención médica hasta que no se presenten situaciones de extrema urgencia o gravedad.

El principio de autoridad en la relación médico-paciente: el *habitus* asistencial

> *"El habitus toma la forma de un conjunto de relaciones históricas 'depositadas' en el seno de los cuerpos individuales bajo la forma de esquemas mentales y corporales de percepción, de apreciación y de acción" (P. Bourdieu y L. Wacquant, 1992)*

Desde nuestra perspectiva es relevante el hecho de que no sólo la población tiene una forma cultural de abordar las acciones y las relaciones, sino que en su práctica profesional los miembros del equipo de salud no pueden obviar sus identidades respectivas (de clase social, de género), ni los modelos de comportamiento interiorizados "por fuera" de su función y formación profesional.

El habitus asistencial, de hombres y mujeres médicos, manifiesta en general vocación autoritaria, cuyo origen se remonta tal vez a su reconocido "poder de curar", pero que se expresa más rotundamente en los servicios gratuitos de Salud Pública. Como hecho social concreto, no responde a una única razón; una vez más intervienen en la construcción del mismo un conjunto de factores.

Entre ellos destacamos la inserción socioeconómica de los actores que se encuentran frente a frente en la relación médico-paciente; su proximidad en esa circunstancia puede acompañarse de un alejamiento estructural y objetivo dentro de la sociedad global.

En este sentido, interpretamos la recurrencia de un tipo de relación médico-paciente, desigual y autoritaria, en servicios gratuitos donde se atiende población de bajos y muy bajos recursos, como la expresión de una dominación y una subalternidad exteriores a profesiones o funciones en la salud. Esta sería una ilustración de una de las características ya mencionadas de todo *campo*: refracta relaciones o principios de jerarquización ya existentes en el contexto exterior al campo, y que definen en este caso las desigualdades en origen.

Por ello parece indispensable "repensar las prácticas sociales a partir de las posiciones de clase y de los habitus en un campo social dado y las prácticas de los agentes en tanto que portadores de sus habitus de clase". (P. Bourdieu, citado por P. Ansart, 1990: 102)

Tampoco las mujeres médicas evitan el ejercicio autoritario de su función. Si bien no se ajustan a un modelo asistencial único, tampoco parecen haber encontrado un modelo propio, una forma de actuar profesionalmente. Este hecho cobra sentido dentro de los reacomodamientos de la propia posición de la mujer en el conjunto de las relaciones sociales, laborales, profesionales, domésticas y finalmente de las relaciones hombre/mujer[6].

Manteniendo un lugar de autoridad, las médicas-mujeres tienen necesariamente el "físico del rol" materno y ellas mismas con frecuencia actualizan enérgicamente esa función, provocando el conflicto con sus pacientes/hijas. En la situación asistencial se mantiene entonces el esquema parental en el que van a dominar figuras femeninas, maternas.

El "rezongo" puede instalarse como forma recurrente de comunicación en la consulta, marcando el lugar de una autoridad no sólo médica y que puede provocar respuestas desde prioridades ajenas a la salud misma.

En la observación sistemática dentro de consultas a cargo de mujeres médicas captamos también otras expresiones de relaciones desiguales, principalmente aquellas que surgen de la confusión de lugares: el del saber con el del deber ser general, y se asumen competencias que no están formalmente incluidas en el acto médico, pero que responden a los modelos inconscientes y conscientes, así como al ejercicio de un rol que se piensa a sí mismo como socialmente valorizado, necesariamente normativo.

Podríamos multiplicar los ejemplos, pero todos ellos tenderían a demostrar cómo varía la relación médico-paciente entre mujeres: desde la dureza autoritaria al intercambio placentero en el plano humano. Pero si bien en esta última modalidad podemos sostener que mejora la relación humana, también podemos argumentar que no mejora en forma estable el modelo asistencial en sí, ni tampoco es una modalidad que se adopta uniformemente como norma de trabajo.

El trato más íntimo, más personalizado que proponían algunas médicas, resultaba en definitiva una posibilidad que quedaba librada a los efectos aleatorios de las circunstancias, del humor y de las personalidades de las personas involucradas, médicas y consultantes.

Observaciones. Hegemonía y género

El trato autoritario general observado en nuestro estudio sería nada más –y nada menos– que la expresión de una dominación y una sub-

6. "Hubo que esperar al siglo XX para que la igualdad de sexos fuese realmente puesta en el orden del día. Dos decenios fueron suficientes para poner término al sistema de representaciones que permitían a los hombres ejercer sobre las mujeres un poder varias veces milenario: el patriarcado. Con esto (...) se cuestionó el modelo arcaico de su complementariedad y se confundieron las reglas de la identidad". (E. Badinter, 1986: 12)

alternidad "exteriores" a profesiones y/o funciones.

Nos parece entonces de la mayor relevancia profundizar en el análisis del habitus asistencial, sobre sus posibles transformaciones y modos de relacionamiento con el conjunto de las relaciones sociales. Vimos fragmentos de situaciones que ilustran cómo el modelo asistencial autoritario no puede relacionarse exclusivamente y mecánicamente con una construcción de género (masculina) de la profesión médica. Tal vez podamos concordar en que sería una construcción de tipo machista, asumida por hombres y mujeres indistintamente dentro de la profesión.

El riesgo del autoritarismo implícito de las relaciones desiguales, también reafirmado por mujeres que trabajan en el sector salud y que a veces tienen la responsabilidad absoluta de los servicios, no parece un problema menor. Mucho menos si tomamos en cuenta que los pacientes toman decisiones también en función del trato que reciben, del tiempo que deben invertir.

La burocratización del sector salud como parte de una cultura nacional, tiene que ver con el Estado benefactor y cuestiones ya específicamente políticas.

Planteamos una vez más la preocupación porque es en el sector Salud Pública donde se observa la vigencia del modelo hegemonía-subalternidad en las relaciones. De esta manera, los consultantes entran en el servicio de salud y salen sin conocimientos como para autogestionar su salud, tal como debería haberlos asimilado en una relación dialógica con aquellos que lo atienden.

Me pregunto también cuánto incide en la conformación de estas relaciones desiguales las características de la propia asistencia cuando se brinda gratuitamente en términos materiales, pero a un muy alto costo en términos de tiempo, de cosas que se tienen que soportar, sufrir como "subalterno".

Bibliografía

Ansart, Pierre (1990). *Les sociologies contemporaines.* París, Ed. du Seuil.

Augé, Marc (1995): *Antropología de los mundos contemporáneos*, Barcelona, Gedisa.

Badinter, Elizabeth (1986). *L'un est l'autre. Des relations entre hommes et femmes.* París, Ed. Odile Jacob.

Barrán, José Pedro (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. El poder de curar.* Montevideo, Ed. de la Banda Oriental.

Bourdieu, Pierre y Loïc Wacquant (1992). *Responses. Pour une anthropologie refléxive.* París, Ed. du Seuil.

IV Censo General de Estudiantes Universitarios (1988), Montevideo, Universidad de la República.

Deleuze, Gilles (1990). *Pourparlers.* París, Ed. de Minuit.

García Canclini, Néstor (1987). *¿De qué estamos hablando cuando hablamos de lo popular?* Montevideo, Cuadernos del CLAEH.

García Canclini, Néstor (1991). *Culturas híbridas.* México, Ed. Grijalbo.

Hall, Edward T. (1984). *La danse de la vie. Temps culturel, temps vécu.* París, Ed. du Seuil.

Menéndez, Eduardo (1990). *Sistemas locales de salud, aproximación teórico-metodológica.* México, informe O.P.S.

Ribeiro, Darcy (1969). *Las Américas y la civilización.* Buenos Aires, Centro Editor de América Latina.

Romero Gorski, Sonnia y Blanca Emeric (1989): "Aspectos antropológicos", en *Guía del maltrato y abandono infantil, Montevideo, Ed. Maltzman.*

Romero Gorski, Sonnia y cols. Fabiana Davyt y Wanda Cabella (1992). "Lugares de producción de sentido en la frontera Rivera-Livramento", en *Ediciones del Quinto Centenario*, Tomo I, Montevideo, Universidad de la República.

Romero Gorski, Sonnia (1999): "La salud como uno de los aspectos de la identidad cultural en la frontera uruguayo-brasilera: una lectura posible de los materiales etnográficos recogidos en la misión a Rivera, en diciembre de 1986", en *Ficha Taller I de Antropología Social*, Montevideo, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

Verón, Eliseo (1983): *Construir el acontecimiento*, Bs. As., Gedisa.

Verón, Eliseo (1984): "Papiers de travail", en *Langage et société*, París, Edición M.S.H.

Weber, Max (1977). *Estructuras de poder.* Buenos Aires, Ed. de la Pléyade.