

Caracterización del campo de la salud en Uruguay¹

Sonia Romero Gorski

RESUMEN

Voy a referirme en primer lugar al contexto general de ciertos cambios en el campo de la salud, luego hablaré de ciertas permanencias: me interesa delimitar lugares donde se puede observar la resistencia del modelo médico hegemónico caracterizado, entre otros aspectos, por el ejercicio de un "principio de autoridad" que se impone o pretende imponer desde la evidencia biológica, la razón institucional, profesional, etc. Prescindiendo de la situación de la opinión, del paciente como persona. También voy a presentar una dificultad adicional para la interpretación: en ciertos servicios de salud las mujeres, funcionarias y profesionales, adoptan actitudes autoritarias en su función, lo que pone en cuestión asociaciones mecanicistas (el modelo hegemónico se asocia con varones-médicos). En nuestra perspectiva no resulta esclarecedor analizar el problema en términos de actores femeninos *versus* actores masculinos, sino de la función en sí.

Palabras claves: salud, Uruguay, actores femeninos, actores masculinos.

ABSTRACT

First of all I will like to refer to certain changes in the area of health. Later I will talk about certain "permanencies". I'm interested in pointing out places where we can observe the resistance of the hegemony medical model characterized, among other aspects, by exercising a "Principle of authority", that is imposed, or pretend to be imposed from the biological aspects and the institutional and professional reason, prescinding of the opinion of the situation of a patient as a person. And also present an additional problem for the interpretation. In certain public health services, the women employees and professional, adopted authoritative attitudes in their functions which causes doubts about the mechanistic association, the hegemonic model is associated with male doctors. In our perspective, we think it is not enlightening to analyze the problem in terms of female versus male actors, but of the function in itself.

Key words: health, Uruguay, feminine actors, masculine actors.

Fecha de recepción: enero 1999
Fecha de aprobación: mayo 1999

Correspondencia: Dra. Sonia Romero Gorski. Departamento de Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Magallanes 1577, CP 11200; Montevideo, Uruguay, Tel. 5982 4089247, 5982 408434303. e-mail: sonia@etnocs.edu.uy

¹ Este trabajo es una versión revisada y actualizada de mi artículo: "Transformaciones en el campo de la salud en el Uruguay: ¿una revolución cultural?", en: *La medicalización de la sociedad*, Montevideo, Nordan/Goethe-Institut, 1993.

La antropología y la salud

En las dos últimas décadas, y acompañando el movimiento “de retorno” de la antropología al mundo occidental e industrializado, ha crecido el interés (y la demanda) de lecturas culturales de todo lo referente al área de la salud. La complejización y segmentación de la producción antropológica en esta temática responde, a nuestro entender, a ese interés y a la propia amplitud del campo que se abrió a la investigación, a las exigencias de comprensión teórica de la complejidad subyacente a los hechos de la salud/la enfermedad en las sociedades de clases, industrializadas, demográficamente densas, multiétnicas e intercomunicadas por tecnologías y consumos.

En un plano general y planetario, la antropología pretende demostrar que la salud física y mental no puede ser abarcable o previsible desde un único ángulo (léase biomedicina). Consecuentemente, los aportes antropológicos referidos a la salud/la enfermedad se componen en forma dinámica, cada vez más de acuerdo al contexto histórico, respondiendo a las exigencias de comprensión general y de estudios particulares.

Por ello las diferentes urgencias e intereses intelectuales y metodológicos fueron transformando los programas y las denominaciones: Etnomedicina, Antropología Médica, Antropología Clínica, Antropología Médica Crítica, Antropología del Cuerpo y la Salud, Antropología de la Enfermedad, Antropología de la Medicina... hasta llegar tal vez a algo más general/abarcativo como Antropología y Salud.

Lo más destacable para los efectos de esta presentación, porque circunscribe el marco en el que hemos trabajado, es señalar que para nosotros el interés antropológico aplicado en Uruguay al campo de la salud (tomando campo en sentido bourdiano) no puede auto-limitarse desde denominaciones y definiciones inflexibles. Más bien concordamos en que:

Si la antropología como ciencia social del presente debe seguir trabajando, tal vez sólo pueda hacerlo profundizando una doble complejidad: la complejidad que corresponde a la acumulación de conocimientos, de experiencias y de revisiones —la complejidad de su propia historia— y la complejidad del objeto, del cual los cambios más o menos acelerados de la historia pueden parecer una expresión y un componente (Augé, 1995: 75).

El desafío del trabajo antropológico en Uruguay y particularmente en el campo de la salud, se encuentra en la heterogeneidad más o menos real del paisaje social y cultural.

Por cierto que nuestra sociedad se ajusta bastante bien a la definición provocativa del antropólogo brasileño Darcy Ribeiro cuando se refería a la conformación de las naciones modernas del Río de la Plata como “pueblos transplantados, pueblos que descienden... de los barcos”.²

Al respecto basta recordar que nuestra población proviene, en su mayoría, de la inmigración europea, con un bajo porcentaje de descendientes de africanos y que no contamos con sociedad *folk* propiamente dicha, ya que la población indígena fue eliminada en episodios históricos de triste memoria.³

Si además consideramos que, según datos del censo nacional de 1996, la población urbana representa el 90% del total y que la tasa de alfabetización es superior a 95%, reunimos un conjunto de factores que nos permiten sostener que *a priori*, y más allá de distancias económicas objetivas entre sectores de la población, en nuestro país hay pocas condiciones socio-culturales e históricas como para producir modelos culturales muy diferenciados o por lo menos no es fácil percibir su incidencia en tanto que componentes de las relaciones sociales.

Homogeneidades y diferencias

Una vez constatadas las homogeneidades reales y relativas, debemos luego señalar que en el interior de ellas, los individuos y los grupos, al relacionarse cotidianamente en múltiples espacios, han ido produciendo diferencias significativas en comportamientos, discursos y representaciones.

También aquí encontramos el problema de la Cultura y las culturas, de la Identidad y las identidades (del Yo y del otro, del Nosotros y los otros), aunque ya estamos advertidos en este fin de siglo de que ni unas ni otras se construyen más en territorios delimitados, ni fijos de una vez y para siempre. Fronteras terrestres y sociales ya no marcan el lugar de la separación cultural absoluta, sino más bien del intercambio, de la “hibridación” como sostiene Nestor García Canclini (1991).

² Ver al respecto Darcy Ribeiro, *Las Américas y la Civilización*, Centro Editor de América Latina, 3 tomos, Bs. As., 1967.

³ Aunque después de batallas y matanzas, entre ellas la más conocida, la de Salsipuedes en 1831, sobrevivieron algunos indígenas pero ya no pudieron recrear ningún tipo de unidad étnica.

La mayor movilidad de los escenarios y, en su interior, de los actores, roles y funciones es una tendencia que toca diferentes instituciones y campos, entre ellos el de la salud: las “reterritorializaciones” se producen tanto del lado de la cultura informal como en las ciencias médicas. Para dar cuenta de la complejidad de tales procesos partimos del concepto de *campo*, definido por P. Bourdieu, adaptándolo al análisis de los fenómenos y relaciones comprendidos en el tema de la salud. En ese sentido, estudiamos el *campo de la salud* como un sistema estructurado en el cual importa la posición que ocupan los agentes en ese espacio, que como configuración relacional se encuentra dotado de una gravedad específica capaz de imponerse a todos los objetos y agentes que penetren en él.

Por otra parte, la dinámica social define desde adentro y desde afuera las propias transformaciones, pues “todo campo, como un prisma, refracta las fuerzas externas en función de su estructura interna” (Bourdieu y Wacquant, 1992).

Consideramos entonces el campo de la salud como un lugar estratégico para observar allí la lógica de producciones culturales colectivas, individuales y profesionales.

¿Una “revolución cultural” en el campo de la salud?

Mientras que las ciencias médicas prosiguen una evolución irresistiblemente lineal, con acumulación de técnicas y conocimientos científicos, así como homologación de procedimientos, los actores sociales, los individuos concretos introducen alteraciones, modificaciones *a priori* imprevistas.

Es precisamente desde la cultura informal y desde las expectativas individuales (hoy por hoy, principalmente construidas por los medios de comunicación) que se están impulsando importantes cambios en las reglas de juego en el campo de la salud.⁴

No dudamos en caracterizar esos cambios que estamos observando como una “revolución cultural”. Es indudable que en su complejidad como hecho social, se entretejen transformaciones que trascienden no sólo la salud, sino la esfera económica y el ámbito nacional, ya que quizás nunca antes las sociedades y los individuos hayan estado tan interrelacionados en empresas y en fenómenos extraterritoriales.

El material que hemos recogido en diversas investigaciones en nuestro país nos indica en primer lugar una tendencia creciente a pensar la salud y la enfermedad desde un “pensamiento nómada”, es decir informal y no normativizado que va incesantemente cuestionando, resistiendo la dominación del “pensamiento de estado”, éste sí codificado, normativo, hegemónico.

Estos “tipos” de pensamiento, descritos por G. Deleuze (1992), se adaptan a nuestro propósito, pues evocan más ajustadamente fenómenos de semantización social que no responden puntualmente a la sola referencia de clase social. En otras palabras, el “pensamiento de estado” en materia de salud siempre representado por conocimiento, práctica y discurso médico oficial, es decir por la institución médica, debe ahora coexistir con el “pensamiento nómada”, representado por variados agentes, tratamientos, sistemas asistenciales, incluso algunos de ellos ligados a religiones, a filosofías hinduístas y orientales o a la práctica naturista y ecologista (conjunto variado de terapias *light*: aromaterapia, gemoterapia y otros).⁵

Generalmente se los designa a todos ellos con un mismo término: “medicinas alternativas”, aunque muchos no sean propiamente sistemas médicos, sólo algunos forman parte de *corpus* de conocimientos más vastos que en sus contextos de origen integran “medicinas tradicionales”, producidas por las culturas tradicionales, como el Ayurveda de la India o la acupuntura en la medicina china.

Las terapias *light* como las flores de Bach, que no cuentan con ese respaldo milenario, ganan adhesiones (hay médicos

⁴ “Un elemento distingue lo informal: contrariamente a otras formas de comunicación, no existen en este nivel ni emisores, ni receptores, ni mensajes fácilmente identificables. Todo reside en el proceso mismo que desencadena en los individuos las respuestas apropiadas (...) La mayoría de la gente no puede describir las reglas informales, pero reaccionan cuando son violadas” (E.T. Hall, 1984: 227).

⁵ En este avance del “pensamiento nómada”, las curas mágico-religiosas comprendidas en las llamadas religiones afro-brasileras fueron las primeras en irrumpir en escena.

generalistas y psiquiatras que están ya ofreciendo terapias combinadas con flores de Bach) y responden a concepciones más afines con un "pensamiento nómada" que de "estado", tanto por parte de los técnicos como de los pacientes.

Los cambios a los que nos referimos se producen en tres componentes básicos necesariamente interrelacionados: en los pacientes, en la sociedad y en la profesión, afectan tanto a la demanda como a la oferta. La acción de los medios de comunicación atraviesa todo el proceso promoviendo o desactivando adhesiones, difundiendo logros de la ciencia y la tecnología, pero también informando ampliamente sobre la iatrogenia o errores médicos en la práctica concreta.

También informan sobre las ventajas de regímenes varios, sobre tratamientos naturales, etcétera. Todo este conjunto de elementos también contribuye a la transformación de las ofertas y de las demandas en salud; los pacientes ya no se entregan sumisos de cuerpo y alma en manos de los médicos. Pero médicos y pacientes ya no son los mismos.

Cambios en la profesión médica

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 inconcesado pero total, el del paciente (J.P. Barrán, 1992).

El campo de la salud tenía en nuestro país una estructura definitivamente hegemonizada por el saber y la institución médica, el poder médico que se afianzó en el siglo pasado, según lo demuestra la reconstrucción histórica (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 *status* en sentido weberiano:

generalmente y contrariamente a las clases, los grupos de *status* son comunidades (...) Si bien la propiedad como tal no es siempre reconocida como un factor de *status*, sin embargo, a la larga resulta serlo y con significativa regularidad. Desde el punto de vista de su contenido, el honor de un *status* implica un estilo de vida por parte de quienes quieren formar parte del círculo (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 socio-económico 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 eran 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, aquéllos 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).⁶

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

⁶ 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.

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.

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".⁷

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: aún 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, etc., han generalizado una expectativa de desempeño diferente por parte de las mujeres en funciones

⁷ 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).

Tabla 1

Profesión	1988	1997
Enfermería	93.5%	85.5% *
Parteras	100.0%	100.0%
Nutricionistas	98.0%	93.0% *
Psicología	81.0%	82.1%
Tecnología Médica	82.0%	78.0%
Odontología	68.5%	-
Servicio Social	91.0%	-
Medicina	58.0%	67.6%

(*) Habrá que seguir la evolución de este incipiente interés masculino por estas profesiones.

Fuente: IV Censo General de Estudiantes Universitarios de 1988. Datos del Servicio de Estadísticas de la UDELAR, 1997.

anteriormente ocupadas exclusivamente por hombres (los desarrollos siguientes sobre estos aspectos surgen de investigaciones empíricas en servicios de salud pública, 1989/93.)

Cambios en los pacientes

En la consulta médica ha habido tradicionalmente una triada 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.

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 incontestable que justifique sumisión o intimidación total.⁸

⁸ 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.

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:

Madre con un bebé: "... para la tos le hago vahos de tilo".

Doctora: "Las mamás creen que el tilo es indispensable, lo que importa es el vapor del agua caliente. No hace falta que le ponga tilo".

Madre: "Todo el mundo dice que el tilo es bueno. Yo se lo compro, no me importa".

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 y/o figura no legitimada plenamente por experiencia, conocimientos, en resumen, performances prestigiantes.

De más 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 y/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.⁹

⁹ 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, 1er. 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 ocho millones de enfermos 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.

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 de *status* 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 *status* ya que, paradójicamente y en extremos opuestos, los médicos iniciados en tecnologías sofisticadas, tratamientos computarizados u otros, o aquéllos 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 aún aquéllos 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 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 de 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, etc., 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 afro-brasileñas difundidas en Uruguay.¹⁰

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 (gráfica 1).

En la consulta en hospitales y/o mutualistas el paciente se enfrenta a la sobriedad de los consultorios, dos sillas y una camilla y el estetoscopio 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 macro-social por oposición a lo micro-social 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

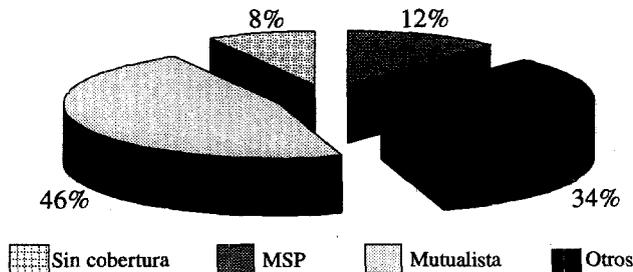
Sin embargo, como ya lo adelantamos, estos procesos no son uniformes en el conjunto de la sociedad, ya que las posibilidades de ejercer mayor libertad para elegir sistemas asistenciales más satisfactorios depende de la capacidad económica de cada uno.

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

¹⁰ 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.

Gráfica

Población por tipo de asistencia de la salud



El Sistema Mutual y los otros sistemas (privados, 8%), representan en conjunto el 54% del total.

Al 34% del Ministerio de Salud Pública debería agregarse el 12% que se declara sin cobertura, ya que en casos de urgencia siempre, en última instancia, se llega al servicio gratuito del MSP, y esto representaría el 46% del total.

Fuente: Censo 1985-1996. Población, Hogares, Viviendas. Presidencia de la República, Montevideo, Uruguay.

A su vez, las condiciones de subalternidad socio-económica 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 aquéllos 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 socio-económica 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 y/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" (Bourdieu, citado por 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 reajustes de la propia posición de la mujer en el conjunto de las relaciones sociales, laborales, profesionales, domésticas y finalmente de las relaciones hombre/mujer.¹¹

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

¹¹ "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).

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.

Veamos una situación registrada en el curso de una investigación dentro de consultas pediátricas de un servicio materno infantil de salud pública, que vale como "caso posible de lo real".¹²

"Atenderme bien me atienden, pero hoy, por ejemplo, ya me asusté. Por ejemplo, la doctora X, hoy, hasta llorar me hizo, me tocó tan profundo, me hizo acordar a mi madre. Yo no soporto que me griten, me duele... si me hablan bien yo acepto cualquier cosa, si me gritan, no".

"¿Te molestó?"

"Me molestó porque mi madre era así, severa; si no hacíamos las cosas correctas ya agarraba el cinto y nos daba, si veníamos de la escuela con una moña desarmada ya nos daba, ... y todo así. Entonces, el reto que ella me pegó me tocó profundamente, me dolió horrible. Yo soy una persona que no me desahogo en el momento, me desahogo después".

"¿Y te retó con respecto a qué?"

"Al bebé, lo que pasó que... lo atendía la otra doctora y me había dicho que no le diera de comer porque era un niño que estaba con muy bajo peso, y con la leche que yo le daba le alcanzaba. Yo había comenzado a darle licuados y esas cosas, entonces la otra doctora me había dicho 'no, eso suspéndelo, porque un niño chico, delicado, si tú empezás a darle cosas va a llegar un momento que va a ser más barriga que cabeza'; entonces después fui con la doctora X y ella me dijo 'este niño no ha comido', la verdad que no, le dije, porque la otra doctora no me deja".

"Dijo, '¿cómo?', no puede ser que no coma, un niño de cinco meses tiene que comer', y ahí empezó a recriminarme, a decirme cosas, y me dolió".

"Me las aguanté, me callé, pero me dolió; además, ella no entendía, él está con un tratamiento especial (...) ella no sabía nada de eso (...), al final me dijo 'vamos a dejar de discutir, yo te lo atiendo ahora, pero vos después hacé lo que quieras con tu hijo'".

"Digo, no es eso, lo que pasa que si una me dice una cosa, otra me dice otra, yo no sé qué hacer... Ella pensó que yo estaba discutiendo con ella, pero yo estaba preguntando qué era lo que pasaba, y no me quiso escuchar, empezó a rezongarme".

"¿Y saliste con alguna solución para el chico?"

"Salfé decidida a no llevarlo más".

En la observación sistemática dentro de consultas a cargo de mujeres médicas captamos también otras expresiones de relaciones desiguales, principalmente aquéllas 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.

Doctora: "No tenés que ceder. Es bueno que ella sepa cuando la madre dice sí, cuando la madre dice no. Nunca amenaces con algo que no vas a cumplir, nunca digas: no vas al cumpleaños de fulanita, y después van... A mí me costó mucho, me cuesta mucho más que a mis hijos, pero hay que ser fuertes, no hay más remedio..."

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 *subalternidad* "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.

¹² Gastón Bachelard, citado por P. Bourdieu, 1992

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.

Como ya destacamos los sectores de bajos recursos están estructuralmente constreñidos a contar sólo con la asistencia que les brindan los servicios de salud pública, no pueden acceder a alternativas más satisfactorias del sector mutual y/o privado (ni siquiera los tratamientos simbólicos de los agentes de culto y de curas mágico-religiosas, se obtienen gratuitamente hoy en el Uruguay). En la capital aproximadamente un 16.4% de la población que se encuentra bajo la línea de pobreza tiene un comportamiento reproductivo diferenciado y registra una tasa de natalidad superior, 2.5 contra 1.2 de los sectores medios y acomodados. Finalmente, un 40% de los niños nacen en hogares de bajos ingresos y son por lo tanto potencialmente demandantes de asistencia en servicios gratuitos de salud pública.

Por ello, tiene una relevancia estratégica aportar esclarecimiento sobre aspectos comportamentales que no son atendidos por enfoques biológicos, materiales, administrativos.

No se cumplió entonces nuestra expectativa de probar un desempeño diferenciado de mujeres y de hombres, por el contrario, observamos que las mujeres frecuentemente adoptan un modelo asistencial que parece “pegado” a la profesión y a los lugares que le corresponde a la profesión en el campo de la salud. Este modelo autoritario parece concebido como parte de la asistencia misma (asistir, prevenir, curar) y participan de él también enfermeras y funcionarias/os.

Entonces, las mujeres en el sector salud, aunque no objetiven necesariamente modelos autoritarios en otros lugares sociales, en su función, sí tienden a hacerlo.

Este punto es interesante para tener en cuenta, ya que sugiere una resistencia del modelo médico hegemónico más allá de las determinaciones de género; habría que preguntarse entonces si la razón de la autoridad no está colocada “por fuera” de los sujetos, es decir en la profesión misma y en la imagen social en la que se mira. Entendemos que las mujeres no han encontrado una forma profesional fuera del modelo profesional hegemónico heredado necesariamente de los varones que ejercieron en forma exclusiva esta profesión hasta hace algunas décadas. Es quizá un arquetipo demasiado instalado en el imaginario colectivo y de la profesión, el del médico serio, cortante, autoritario (“haga esto”, “no haga lo

otro”...) que habla sin esperar respuesta y al que se le agradece cualquier gesto o palabra más “humana”.

Insistiría, por último, en que hoy no podríamos hablar de las instituciones de salud globalmente en su conjunto; para el caso uruguayo hay que hacer la distinción en los diferentes tipos de instituciones pues varían dentro de ellas las prácticas y las relaciones, la “cultura institucional”. En lo que nosotros podemos analizar como antropólogos hay diferencias claras en el sector mutual y privado, con diferentes graduaciones en los modelos de relacionamiento y en el sector público y, por lo tanto, la cultura institucional es diferente.

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 aquéllos que lo atienden.

Me pregunto también cuánto incide en la conformación de estas relaciones desiguales las características de la propia asistencia que 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”.

Es en ese sentido que sostengo que la conciencia de la posición socio-económica subalterna genera de una parte y otra las condiciones para el ejercicio del *habitus* autoritario dentro del modelo asistencial. Y esta conciencia, ¿no crearía una situación de obligación permanente de los pacientes frente a los médicos, al servicio, a la institución?

A su vez, la institución trata a los pacientes como “obligados” por servicios que siempre deben agradecer. Si bien los consultantes protestan porque son mal atendidos, no pueden operativizar sus reclamos, tal vez por no conocer sus derechos como usuarios de servicios gratuitos.

Por una parte, habría que profundizar el concepto del derecho a la salud y por otra, valorizar el hecho de que los usuarios de salud pública son atendidos en un marco de *asistencia y docencia* que es indispensable para la formación de médicos, especialistas, enfermeras y técnicos de la salud en general.

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 réflexive*, 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, 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 OPS.
- 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, 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 MSH.
- WEBER, MAX (1977). *Estructuras de poder*, Buenos Aires, Ed. de la Pléyade.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN SALUD EN EL TRABAJO

El **plan de estudios** tiene una duración de 20 meses, dividido en cinco módulos de un trimestre cada uno. Las unidades de enseñanza aprendizaje son las siguientes:

- I. Epidemiología Laboral
- II. Higiene y Fisiología del Trabajo
- III. Patología y Legislación Laboral
- IV. Estadística e Informática Aplicada a Salud Laboral
- V. Análisis e Integración de Contenidos en Salud Laboral

Para mayor información dirigirse a:

Maestría en Ciencias en Salud en el Trabajo
Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud,
Del. Coyoacán, C. P. 04960, México, D. F.
Edificio central, 2° piso, ala sur, posgrados CBS
Teléfono: (52) 5483-7205
Fax: (52) 5483-7537
E-mail: mcst@cueyatl.uam.mx