© Por el texto: Eduardo Álvarez Pedrosian, 2009.

© Por la edición: Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República: CSIC-UdelaR, Montevideo (Uruguay), 2009.

ISBN 978-9974-0-0525-9

Diseño y Fotografías: E. Á. P., 2003-09.
Imágenes Satelitales de Google Earth, 2007.

Impreso y Encuadernado en
Mastergraf srl
Gral. Pagola 1727 - CP 11800 - Tel.: 203 4760*
Montevideo - Uruguay
E-mail: mastergraf@netgate.com.uy

Depósito Legal 349.507 - Comisión del Papel
Edición Amparada al Decreto 218/96

Impreso en Uruguay
Printed in Uruguay

Los estrategas del Maciel

Etnografía de un hospital público

Eduardo Álvarez Pedrosian

Prólogo de Daniel Vidart

Quiero agradecer a todos los involucrados en esta etnografía, a aquellos colegas y amigos que me han aconsejado y han discrepado conmigo en fructíferos diálogos, en especial al Lic. Nelson de León y al Dr. Carlos Guida, por haber oficiado de informantes más que calificados en el campo de la salud. Y más que nada, quiero agradecer a los estrategas del Maciel, a aquellos conocidos y a los desconocidos, aquellos que han pasado y los que pasarán por una de sus camas.

La investigación contó con el apoyo del Programa de Iniciación a la Investigación de la CSIC, Universidad de la República, 2001, con la tutoría de la Dra. Ana María Araújo entre 2002 y 2004 en la Facultad de Psicología. En una etapa previa estuvo enmarcada en la tesis de grado en Ciencias Antropológicas (Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación), en el marco de los Talleres I y II, entonces a cargo de la Dra. Sonnia Romero Gorski y el Dr. (c) Álvaro Di Giorgi entre 1999 y 2001. A todos ellos, también, gracias.

Esta edición contó con el apoyo del Programa de Publicaciones de la CSIC, Universidad de la República, 2008. El Comité de Arbitraje en Ciencias de la Comunicación que avaló la presente publicación, estuvo integrado por los Doctores L. Nicolás Guigou, Gabriel Kaplún, y Carlos Pellegrino.

E. Á. P.

ÍNDICE

PRÓLOGO

Palabras introductorias de un antropólogo
de la Guardia Vieja, *p. 7*
Daniel Vidart

PRESENTACIÓN, *p. 27*

I ACCESO: HOSPITAL Y PROBLEMÁTICA

1 Antropología y salud: el uso del conocimiento, *p. 31*
2 La salud pública uruguaya entre 2001-2003, *p. 51*
3 Extrañamiento y graduación de la creencia, *p. 65*
Crónica de una búsqueda

II INDAGACIONES

4 Un hospital en *la capital de la capital*, *p. 115*
5 Vivencia y representación de la enfermedad, *p. 139*
6 Umbral de tolerancia y cuidado de sí:
estrategia y necesidad, *p. 175*
7 *Y no sé que tengo*, incertidumbre
y pérdida de autonomía, *p. 195*
8 Sobre «la carrera moral del paciente»:
estrategias cordiales, *p. 217*
9 Territorios de la internación, *p. 225*
10 Intercambios y redes de reciprocidad:
bases de toda estrategia, *p. 259*

III METODOLÓGICAS

11 La visión estratégica en los intersticios hospitalarios, *p. 289*

IV CONCLUSIONES

12 La salud de una sociedad en Estado de indigencia, *p. 299*

Bibliografía, *p. 325*

PRÓLOGO

PALABRAS INTRODUCTORIAS DE UN ANTROPÓLOGO DE LA GUARDIA VIEJA

El hospital Maciel constituye, obviamente, una organización sanitaria cuyo cometido es proporcionar atención a los enfermos, ya los internados, ya los concurrentes a sus policlínicas, los cuales reciben distintos tratamientos tendientes a lograr su curación o, por lo menos, el alivio de sus dolencias. Cumple con los objetivos que, a partir de la Edad Media, si no antes, tuvieron las casas de salud, los hospicios de pobres, los locales para los sucios y hambrientos peregrinos que se dirigían hacia Roma o Santiago de Compostela, y los manicomios, o pre-manicomios, si se prefiere, dada la precariedad de aquellos locales. Como nos cuenta la historia, las instituciones caritativas estaban a cargo de las órdenes religiosas y las monjas eran, generalmente, quienes cuidaban a los enfermos, los desvalidos y los peregrinos. Dichas instituciones se ordenaban en cuatro categorías dotadas, aunque muy deficientemente, de personal y dispositivos para cumplir con las siguientes tareas humanitarias: a) cuidar, devolver la salud o ayudar a bien morir a los enfermos; b) amparar a los menesterosos; c) proporcionar cama, comida e higiene a los peregrinos, y d) recoger a los orates marginalizados por la sociedad. Y a propósito de estos descarriados mentales, en el mejor de los casos se les confinaba en edificios más semejantes a prisiones que a hospitales. Y digo así ya que muchos de estos infelices residentes en

la cercanía de los puertos eran embarcados en las Naves de los Locos y abandonados a su suerte, mar adentro.

Dicho lo anterior, no cabe esbozar aquí, siquiera someramente, una antropología y una sociología de los hospitales a lo largo de su historia. Otros autores lo han hecho con erudición y amplitud. Debo, sí, circunscribirme a presentar y comentar la investigación efectuada por un científico social en un hospital montevideano a comienzos de nuestro siglo. Y por cierto que en este emprendimiento hay temas lo suficientemente intensos y atractivos como para dar vida a un trabajo de campo y justificar su realización, cumplida en el fértil terreno de la etnografía.

Dicha disciplina constituye, si cabe el símil, una rama del gran árbol antropológico que ha sido descuidada por los representantes de la "nueva" antropología. A dichos estudiosos, cuyas producciones han sido examinadas por C. Geertz, J.Clifford y otros colegas (*El surgimiento de la antropología posmoderna*, 1991), no les interesa el cuerpo sino su sombra, sea el texto que lo describe, sea el texto tomado como pretexto. De tal modo se inaugura una "antropología simbólica" que prefiere el vuelo de la flecha al elusivo blanco de lo que se denomina realidad. Se trabaja mas sobre las imágenes reflejadas en el espejo que sobre las sociedades tangibles y la inmediatez espaciotemporal de las culturas que constituyen nuestra "circunstancia" y nuestra "circundancia", aquella advertida por Ortega y Gasset ("soy yo y mi circunstancia") y ésta un neologismo que yo he inventado y utilizado en mis escritos sobre temas ambientales. Líneas arriba me refería a la realidad, a la realidad somática del hombre, a la realidad visible de sus obras. Dejo de lado la discusión metafísica acerca de lo que es o no es la realidad. No conviene entrar a discutir la naturaleza de ese imán y a la vez percusor de los sentidos que los filósofos idealistas niegan y los materialistas afirman en tanto que modo de ser de las cosas existentes fuera de la mente humana o en for-

ma independiente de ella. Estamos arando el campo de la antropología cultural y no atravesando el matorral de la ontología. Pero es bueno decir que en el presente libro, si bien la teoría a veces precede a la praxis, contrariando el "estado inicial de perdición" que exige la investigación participante, la realidad social siempre está *in status nascens*, reapareciendo capítulo tras capítulo, aunque todavía húmeda, a fuerza de zambullirse una y otra vez en las aguas no siempre transparentes de la *theoría*, término griego que significa en su originario sentido, el acto de contemplar la ordenada fila de una procesión religiosa. En la voz teoría se integran en un todo la visión de quien mira y la real existencia de lo mirado, que en definitiva, se trata de una alineación, de una solemne sucesión de seres vivientes quienes, por una escalera simbólica, ascienden al espacio abstracto donde las ideas se suceden, coherente y verosímilmente, una tras de otra. Esta es una sutileza semántica del pensamiento griego. Y conviene recordarla.

De la lectura de la monografía que nos ocupa, surgen varios nódulos significativos, dignos de ser examinados, glosados, discutidos y sistematizados. El hospital Maciel, organización sanitaria que a lo largo del período que va desde el año 1788 hasta nuestros días creció madrepóricamente, sumando nuevos espacios y servicios a las antiguas obras edilicias y al primitivo ejercicio de la medicina, hoy presenta un cuerpo interrelacionado de estructuras y funciones cuyos subsistemas son detectados y explicados, y más aun, *vistos* por el autor en el sentido prístino que tiene el verbo *ver*. Esta voz, como la ha entendido un tipo de epistemología que a mi me place denominar semiótica, no remite al superficial "mirar" sino al hondo "comprender". Dicho tipo de visión atraviesa, como los rayos X, la opacidad de lo fenoménico. El *phainomenon*, término que proviene de *phos, photós*, luz, luminoso en griego, encandila con la apariencia, con la epidermis in-mediata de la realidad, y no deja percibir la esencia, la escondida mediatez de la ecceidad señalada por Duns Scoto. Como decía ya hace

mucho tiempo William James, un olvidado psicólogo, la mirada profunda transforma la familiaridad *con* las cosas en el conocimiento *de* las mismas.

Antes de entrar en el comentario crítico de la monografía, invito a realizar un corto paseo histórico. Aclaro, previamente, que al decir crítico no me refiero a aquel fracasado humánido y frustrado creador que, según apunta socarronamente Robert Frost, "mea en un río y dice: miren la gran corriente que he generado". Criticar no es reprobar o ningunear. Ni descalificar, como acostumbran a hacerlo algunos leones sin melena de nuestra fauna intelectual. Criticar es practicar un corte en la pared del pensamiento-otro. Es introducirse por ese intersticio para enjuiciar, que al cabo se trata de separar la paja del grano, de poner en marcha el cri-terio, en definitiva, dis-criminar.

Y vamos ya a la breve historia prometida. El hospital Maciel no fue fundado por Antonio Maciel, quien por su anverso moral fuera un benemérito protector de los pobres y por el reverso, el lado de "la sombra" —recordemos por un instante al ya lejano Jung—, un negrero, un traficante de esclavos africanos. En la Colonia la atención hospitalaria puede decirse que no existía. Para ampliar los servicios del Hospital de la Marina, que solo recibía a los viajeros y tripulantes enfermos que arribaban al puerto de Montevideo allá por los últimos decenios del siglo XVIII, se instala el Hospital de Caridad el 17 de junio de 1788. Del Asilo de la Hermandad se trasladaron al novel edificio los ocho enfermos allí alojados. Vale advertir que el peligro que representaban los barcos llegados al puerto con epidemias fue conjurado algunos años mas tarde, en el 1805, cuando se creó el Lazareto de la Isla de Flores, donde iban a parar los "peligrosos para el orden natural", es decir aquellos portadores de enfermedades que, de contagiar a los habitantes de Montevideo, podrían desencadenar verdaderas catástrofes sanitarias. En el Lazareto se inaugura esa sombría temporada para el que espera, llamada cuarentena.

La población de la joven ciudad crecía y parejamente lo hacían las patologías perniciosas. El primitivo Hospital de Caridad es demolido en el bienio 1824-1825 y se funda un nuevo Hospital de Caridad, más amplio, mejor dotado, que sigue creciendo tras sucesivas ampliaciones: una en 1859 y dos consecutivas en 1875. Desde entonces el edificio ha mantenido su aspecto exterior, de estilo neoclásico italiano, trasplantado por el arquitecto Tomás Toribio.

Según su etimología la voz hospital deriva de *hospis*, voz latina que designaba al huésped, al visitante, a quien se albergaba en una vivienda ajena a la de su residencia habitual. La deriva semántica inauguró mas tarde el término *hospitalia,* o sea un local para acoger forasteros. Y a partir de este nombre, el progreso de las disciplinas sanitarias, la necesidad de atender y, en lo posible, curar a los enfermos, hechos a los que se sumó el aumento de la población y la creciente complejidad de los roles sociales, abrieron el paso a la aparición de los hospitales, instituciones donde se proporcionaba alojamiento y asistencia a todas aquellas personas enfermas que carecían de medios económicos para pagar la medicina privada.

La evolución histórica de estos centros de atención reviste un extraordinario interés para los estudiosos del pasado y los científicos sociales, y ni que decir para los médicos que investigan el diálogo milenario entre la salud y la enfermedad, o entre "lo normal y lo patológico" según la expresión que titula un famoso libro de Georges Canguilhem. Solo interesa señalar este aspecto del mundo hospitalario como antecedente lejano de realidades actuales. Y es al estudio de dichas realidades que se aplica el autor de esta investigación de campo.

Y bien. De inmediato voy a referirme —luego de haber leído con la atención que merece el estudio realizado por un joven antropólogo acerca de un hospital público montevideano— a los objetivos, desarrollos y resultados de dicho emprendimiento. Ésta, a menudo, se desvía hacia un relato, por momentos coloquial, de una experiencia etnográfica en la que la intensi-

dad requerida por la encuesta cubrió un universo no representativo, dado el escaso número de informantes, pero que, en compensación, dio vida a una serie de imágenes válidas para comprender la interrelación existente entre las estructura y funciones de un establecimiento de salud pública atendido por la medicina estatal uruguaya.

El hecho de adoptar el punto de vista de la antropología limita, y a la vez ahonda, la intención y el contenido de esta investigación. El trabajo versa sobre *Los estrategas del Maciel*. Y su subtítulo, que da cuenta del enfoque adoptado, nos remite a una *Etnografía de un hospital público*. Quienes transitan el campo de la antropología, o lo contemplan por encima del alambrado, saben qué significa esta voz fabricada con dos palabras griegas: *ethnos*, nación, y *graphó*, yo describo, es decir, la descripción de una nación. Proyectando el alcance del término a una acepción más restringida, la etnografía denomina un quehacer antropológico que describe los usos y costumbres, los artefactos y mentefactos de una determinada comunidad que posee una semejante visión del mundo y de la vida al par que actúa según determinadas pautas compartidas de conducta.

En este caso la voz etnografía se aplica a la descripción de las "estrategias" de pervivencia y convivencia de los enfermos internados en un hospital montevideano. El término "estrategas", utilizado por el autor, nos remite al *strategós*, que en griego significa general, y a *strategía*, dirección de la guerra a cargo de los generales. En su acepción originaria acá no funciona el término, pero sí por el lado de estratagema, que de ardid de guerra se transforma en engaño artificioso. Los internados en las salas del Maciel, sin generales, pero "todos a una", como en Fuenteovejuna, se han ingeniado para crear vínculos de ayuda mutua y transacciones con el Otro: el médico, el enfermero, el familiar, el visitante. Estas estrategias se manifiestan en la invención de subterfugios para seguir durmiendo en camas limpias y comiendo diariamente, artimañas

personales y colectivas para subsanar carencias, para enjugar soledades, para crear el sentimiento de un nosotros solidario que, por encima de las diferentes personalidades psíquicas y dolencias individuales, habilita mecanismos de afirmación del yo, abre horizontes de esperanza, permite acceder a la dignidad de una condición humana trampeada por la rutina deshumanizante y la cotidianeidad que deprime y avasalla.

Antes de proseguir quiero señalar que la cáscara y el grano de este libro, o sea el continente formal y el contenido conceptual han constituido para mí, en el mejor sentido de la palabra, toda una pro-vocación (*provocare* en latín, significa llamar fuera y, por extensión, llamar a alguien ante sí, como lo especifica Heidegger), lo que, al cabo, constituye un desafío.
¿Por qué provocación? ¿Por qué desafío? Porque, sin que se lo proponga, el ejercicio sistemático y sistematizador practicado por Eduardo Álvarez Pedrosian pone en juego, a veces dialéctico, otras dialógico, las respectivas cargas depositadas en los dos platillos de la balanza intelectual. En uno de esos platillos gravita la formación del prologuista, que organizó su conocimiento y ejercicio de la antropología a partir del léxico y la concepción de esta disciplina que tenían los clásicos franceses, ingleses, alemanes y estadounidenses que la fundaron científicamente al finalizar el primer tercio del siglo XX, y al decir así no quiero ser injusto con sus ilustres precursores. En el otro platillo se estiban las modalidades estilísticas y los conceptos por ellas vestidos de un asiduo lector de aquella generación de pensadores que volaron desde la jaula de Lévi-Strauss. En esta cohorte militan los postestructuralistas, posmodernistas e hipermodernistas (según los califica el último Lipovetsky), amén de los corifeos de otros ismos que invaden esta opaca contemporaneidad, sin que necesariamente sean de acento antropológico. Entre los autores consultados y citados por Eduardo, figuran Bourdieu, Castoriadis, Deleuze, Guattari, Foucault y otros monstruos sagrados. A estos habría que agregar las figuras de Derrida, Lacan, Barthes, Kristeva y demás catecúmenos

cuyo revoloteo en derredor de la llama encendida por el pasajero espíritu del tiempo nos recuerda el celebrado dicho de Coco Chanel: "moda es lo que pasa de moda". Estos nuevos imagineros son los portadores de la globalizada pancarta de la deconstrucción. Y de tal modo, apuntalados por los arbotantes de la palabra —y no por el Verbo creador, según el evangelista San Juan— marchan en compacto grupo por las avenidas de la intertextualidad hacia los espejismos que reverberan en un horizonte virtual.

Con lo expresado no quiero poner en la picota el trabajo meritorio y por momentos sacrificado de este antropólogo que realizó durante los primeros años del recién amanecido siglo XXI (2001- 2003) una investigación prolija, exhaustiva, inteligente, sobre una colectividad de internados en un hospital del sur montevideano, sin descuidar las relaciones, a menudo osmóticas, que los enfermos y el personal de aquel mantenían con el ambiente físico y humano del barrio circundante. Mi querella tiene que ver con la orientación heurística, la lexicografía hermética y la pantalla teórica con que se vela la realidad. No cabe duda que quienes asumen esta posición ante el mundo circundante han desoído el llamamiento de Husserl dirigido a sus discípulos: "muchachos, a las cosas".

Confieso que el platonismo encubierto, el retorcimiento del lenguaje utilizado para denotar o calificar lo obvio , el *revival* del culteranismo de Gracián, la subjetivización de la coactividad externa de la cultura y otros rasgos ya denunciados por Alain Finkielkraut (*La derrota del pensamiento*, 1987) me han provocado verdadero pánico: o soy un mentecato —al *mente captus* se le ha sustraído la mente, convirtiéndolo en un tonto, cuando no en un loco— o quienes proceden como el autor de lo que a continuación transcribo son unos virtuosos juglares que arman sus antigramáticas y "asaltos a la razón" (Lukáks) al margen del entendimiento del lector común: "El discurso racional se apoya menos en la geometría de la luz que en la densidad insistente, imposible de rebasar del objeto: en su

presencia oscura, pero previa a todo saber, se dan el origen, el dominio y el límite de la experiencia."(Michel Foucault, *El nacimiento de la clínica*, 1966).

Todo cuanto llevo dicho aprovecha algunos aspectos puramente formales del texto que prologo para enjuiciar, según mi leal saber y entender, que no es el cancerbero de la verdad por cierto, un modo de tratar lo "real", que, en vez de aprehenderlo tal como aparece ante nuestros sentidos, se complace en hacer juegos malabares con palabras y frases, a veces abstrusas, y prestidigita los conceptos. Al expresar lo anterior no intento, alevosamente, descalificar los resultados de un esfuerzo loable como el presente, sino manifestar mi extrañeza ante el espíritu del tiempo desde el cual brota el discurso cognitivo de un promisorio investigador. Lo que sucede, y lo comprendo, es que los pensadores de cada época construyen una particular cosmovisión, un repertorio lingüístico diferente, un modo nuevo o novedoso de enfrentarse con las cosas y traducirlo en palabras. No se bebe dos veces las aguas de un mismo río, como ya lo dijo un madrugador presocrático, Heráclito el Oscuro, bisabuelo de los foucaultianos.

Y vamos ya —metáforas aparte— al cuerpo y al alma del libro para analizar su estructura, sus intenciones y sus logros.

Me gustó, de entrada, la siguiente reflexión: "…antes que nada todo conocimiento es interesado, no existe ciencia si no hay conciencia de ello […] sin algo que lo motive". Yo haría caer el punto antes de la terminación de la frase: "no hay ciencia sin conciencia", ya que el científico verdadero debe considerar al hombre, al igual que Protágoras, como la medida de todas las cosas. Pasteur, al descubrir y socializar la vacuna antivariólica, fue un benefactor de la humanidad. No podría decir lo mismo acerca de los inventores de la bomba atómica y de los que la hicieron explotar en Hiroshima. En dicho sentido

alguien ironizó que la ciencia nos cura al detalle y nos mata al por mayor.

Estamos ya, junto con el investigador que iniciará sus trabajos de campo, planteándonos una angustiosa interrogante: ¿Cómo hacen las personas que no tienen los medicamentos, ni la alimentación necesaria, para poder curarse lejos de una planificada atención médica? Esta pregunta inicial suscita otra, pero no desde el afuera sino desde el adentro: "¿Quieren los sujetos internados curarse; qué es curarse para ellos? Salud y enfermedad se nos aparecen así como una pareja de nociones que debemos pensarlas desde el punto de vista de los sujetos en cuestión, y no desde categorías abstractas…". […] "La salud y la enfermedad, el propio proceso S/E/A (salud – enfermedad – asistencia) son construcciones culturales; tienen valor significativo; varían en cada contexto" […] puesto que "cada internado tendrá una construcción propia de lo que es su propia enfermedad, una noción de salud propia, y buscará curarse o no…"

Por otra parte "sobran los casos de internados que no quieren abandonar el hospital, que se encuentran atados al nosocomio y no pueden desenvolverse nuevamente en una vida activa y autónoma. La *iatrogenia* es una de las enfermedades colectivas [etimológicamente significa alteración en el estado del paciente generada por el propio médico, *iatros* en griego] más comunes de los centros hospitalarios occidentales". Afirma luego que quienes pueden comprar —el término me pertenece, pues él dice "pagar"— una asistencia privada, como sucede con las mutualistas, hoy en crisis, tienen, relativamente, "una mayor tranquilidad sobre su destino" pero quienes ocupan las camas del Maciel se las "arreglan" para vivir en precarias condiciones, mediante maniobras creativas, gracias a resistencias organizadas, a pesar de las condiciones imperantes de orfandad espiritual y escasez económica. Y sobre estas estratagemas, estas asociaciones para sobrevivir, trata la investigación cuyos capítulos examinaré paso a paso, con-

frontando puntos de vista, evaluando metodologías, analizando los resultados obtenidos por la "observación participante" tal cual la entiende el autor.

Esto nos conduce a un primer deslinde: ¿Cómo actúan, al estudiar un fenómeno sociocultural en el campo, es decir, en forma directa, en contacto con la organización de la sociedad y las pautas de la cultura, el observador en sentido estricto, el observador participante y el participante observador?

Transcribo lo que dice el autor acerca del procedimiento escogido —el del observador participante— con un doble propósito. El primero está enderezado a lo expresivo, a la trama gramatical de la escritura, aunque sin hacer pie en lo que nos dice Jacques Derrida (*De la Gramatología*, 1971) acerca de esta "ciencia positiva". El segundo analiza y discute el quehacer del observador participante que explora una determinada comunidad según los preceptos metodológicos de la etnografía.

Discípulo de los representantes del postestructuralismo francés, Eduardo escribe lo que sigue en la versión primaria, cruda, de su investigación, sobre la que he redactado este prólogo[1]: "Trabajando en base a mucha observación participante, a la elaboración de entrevistas con pacientes y allegados en diversas circunstancias, así como a médicos y profesionales en general dentro del hospital, contando también con una visión genealógica, volcada hacia el pasado que configura el presente, la mirada antropológica se plantea conocer la forma en que los sujetos dentro de ese campo de experiencias no solo lo viven, sino que en sí mismos, le dan existencia real, la dimensión social y abarcativa que posee, que parece contenerlos a todos, autonomizarse como ente social, como sucede con todo proceso institucional sea del campo que sea." Este tipo de escritura, a la que debemos acostumbrarnos para no recaer en arcaísmos

[1] Dicha versión ha sido corregida y ampliada en ocasión de su actual publicación (N. del A.).

verboideológicos, campea en todo el libro. Y se acentúa, aunque derivando hacia lo coloquial, lo familiar, en las disquisiciones laterales a la investigación propiamente dicha, como lo demuestra la titulada *En búsqueda de vínculos II: haciéndonos de una manera de territorrializar.*

No obstante, mi tarea no debe demorarse en el examen del asa que sostiene el recipiente sino ir al análisis de lo conceptual, al contenido del recipiente mismo.

Y bien, ahora podemos preguntarnos qué es y cómo procede la observación participante utilizada por el investigador en las largas jornadas vividas en el carozo humano de un nosocomio puesto al servicio de la salud pública. Digamos primero que la observación en sentido estricto es la practicada por un antropólogo que, al analizar las características somáticas, sociales y culturales de un determinado grupo humano recurre, como dice Lévi-Strauss, a un "microscopio" etnográfico, a una detallada descripción efectuada desde el exterior del colectivo investigado. La compilación de los datos registrados por el observador es complementada por los testimonios, más o menos veraces, de los informantes, calificados o no, que pertenecen a la comunidad y, naturalmente, viven en ella. Esta debe contar con un reducido número de personas, pues de ser numerosa resultaría inabarcable para un solo investigador.

Una intrusión mas profunda en el grupo estudiado es operada por la tarea del observador participante. Este modo de investigar responde a la definición propuesta por David Hunter y Phillip Whitten, quienes explicitan el deber ser de este tipo de técnica exploratoria, "[La observación participante] también llamada observación activa, es el método de campo ideado por Bronislaw Malinowski que requiere la participación plena del etnógrafo en las actividades cotidianas de la comunidad estudiada. Se considera que el etnógrafo agudiza su poder de observación si asimila el lenguaje y la rutina del grupo residente. El método tiene por objeto minimizar en lo

posible el factor de riesgo introducido en las respuestas de los encuestados por la presencia del investigador y así registrar la conducta observada bajo diferentes condiciones". El observador participante debe incorporase al grupo, convivir con él, transitar del estado *etic* del que contempla desde afuera, dominado por su cosmovisión cultural, al estado *emic* de quien experimenta desde adentro las vivencias de la colectividad estudiada. William Cecil Headrick ha sido más explícito al decir que es un observador participante quien "estudia los problemas del trabajo alistándose como obrero en las minas, fábricas y campos" o "el criminólogo que vive en las cárceles y prisiones", ocupando una celda y asumiendo en su totalidad la condición de preso, agrego yo.

Finalmente resta decir que el participante observador es el integrante de una comunidad, ya ágrafa, ya campesina, ya urbana, que, utilizando los instrumentos intelectuales que proporciona la academia, describe e interpreta los sistemas adaptativos, asociativos e ideativos del grupo humano al que pertenece. Señalo, en tal sentido, *Sun Chief*, 1942, la notable monografía sobre su grupo tribal escrita por Talayesva, un indio hopi de los EE.UU., bajo la dirección del antropólogo Leo W. Simmons.

Esta digresión pedagógica, al cabo producto de la deformación profesional de un viejo docente que algo conoce de la materia, viene a cuento para refutar amablemente el papel de observador participante que se atribuye Eduardo. Vivió largas horas en el Maciel y con-vivió con enfermos, enfermeros y médicos, pero para convertirse en observador participante -al estilo clásico, agrego, y luego veremos por qué-, hubiera sido preciso que fingiera una dolencia, o que de verdad la padeciera, y se internara en una de las salas donde se alojaban los internados, y que desde su lecho de enfermo realizara su encuesta, a partir de un aparato teórico no preestablecido, sino brotado de la coyuntura específica.

Lo anterior concuerda con una concepción extrema de este método cualitativo de investigación. Era aplicado por el etnógrafo viajero, aquel que se instalaba en medio de un grupo para escudriñar la entraña de su cultura, y que, sobre todo, actuaba como un miembro más de aquel. Era imprescindible aprender su lengua, vestir las mismas prendas —o desvestirse si se trataba de una tribu residente en un clima muy cálido—, realizar idénticas tareas, participar en las actividades tribales —ya las del tiempo profano, ya las del tiempo sagrado—, ingerir los alimentos preparados por la cocina aborigen y dormir en las habitaciones colectivas de la comunidad estudiada. Un antropólogo uruguayo realizó esa experiencia entre los indios jíbaros, y relató en un libro cautivante las distintas fases de su integración a la tribu que culminó con su unión con una muchacha indígena, previas las ceremonias correspondientes. (José María Montero, *Marañón*, 2003). Del mismo modo señalo el extraordinario relato de Claude Sirois *(En el susurro del silencio,* 2008*)* quien compartió la vida de los inuit (esquimales) de la isla de Baffin, durante siete años. Ambos libros han sido publicados en Montevideo.

Pero en la actualidad se ha atenuado aquel primitivo rigor, y la otra biblioteca, como suele decirse, aprueba la modalidad cognitiva adoptada por Eduardo Álvarez Pedrosian. En efecto, hoy el antropólogo investigador no debe, necesariamente, trasladarse a comarcas remotas, a las que iba atraído por lo "extraño" o enviado por orden de los gobiernos colonialistas, interesados en deculturar "científicamente" a los nativos. En nuestros días —como también lo ha sido siempre— es factible emprender trabajos de campo en la propia localidad de residencia, esta urbe montevideana por ejemplo, como lo ha efectuado el autor del libro que prologo.

Corroborando tal tipo de *research*, dos especialistas en el tema afirman lo siguiente: "La expresión *observación participante* es empleada aquí para designar *la investigación que involucre la interacción social entre el investigador y los informantes en*

el milieu de los últimos y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo" (S.J. Taylor. R. Bogdan. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*, 1987).

Hasta ahora hemos tendido puentes sobre los ríos que separan la mismidad del sujeto cognoscente de la otredad del objeto a conocer. Penetremos ahora en la entraña del libro, en los *dramatis personae* de un teatro sociocultural en el que el espectador interroga al actor, dialoga con las presencias y ausencias de sus pensamientos y sentimientos, describe los paisajes humanos que circundan los escenarios, es decir, las salas del hospital, y relaciona las "subjetividades" de los internados con los dispositivos materiales y el personal idóneo destinados a la atención de los enfermos. De tal modo ofrece un panorama antropológico de una humanidad doliente que, mediante estratagemas, complicidades con el interior o el exterior del edificio y mutuas prestaciones de servicios, se las ingenia para subsistir lejos de sus nichos familiares, de sus rutinas domésticas, del mundo del trabajo, de la sociabilidad afectuosa con el amigo y el vecino del barrio o del pago.

A partir de un enjuiciamiento de las carencias y las lástimas existentes en la salud pública uruguaya en el año 2000, ya en el extremo de la "omisión de asistencia", el investigador realiza una serie de reflexiones acerca del "campo de la salud" en el país. Y apunta que, ante ese estado calamitoso, el paciente, para sobrevivir, se convierte en un agente "cuya creatividad y resistencia" le permiten, si no afrontar de lleno, al menos soslayar las deficiencias creando, a partir de la necesidad, los mecanismos de una solidaridad que convierte la condición de "muchedumbre solitaria" (Riesman) que pulula en los ambientes exteriores —la calle, el paseo público, el ómnibus colmado de pasajeros— en una comunidad en el sentido con que Tönnies consideraba a la *Gemeinschaft*, a la voluntad de vivir juntos y juntos tejer una trama de ayuda mutua.

Leamos lo que expresa el autor: "Nuestro objeto de estudio es un conjunto de fenómenos humanos caracterizados por conformar un campo de experiencias en común, un ámbito de interacciones humanas, instituciones articuladas en él, necesidades como la salud según prácticas como la medicalización y la internación, 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". Cito, como antes dije, leyendo la versión "cruda" del manuscrito, redactado a vueladedo en el ordenador.

Y como deseo apegarme al texto original sigo transcribiendo lo expresado por el autor al referirse a los propósitos y las realizaciones. "En el capítulo 2 ubicamos nuestro universo de estudio en el contexto de la sociedad uruguaya y en un momento en el cual el sistema sanitario existente no logra mantenerse más […] 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 integración con un tipo de diagrama institucional que planea y ejecuta la asistencia".

Posteriormente, el capítulo 3 "nos posiciona en los pasillos del hospital al mismo tiempo que nos pone en sintonía para producir conocimiento de lo que allí se experimenta".

Aquí discurren "dos textos montados". Uno se orienta hacia la "argumentación epistemológica que seguimos a lo largo de nuestra investigación" y en el otro se detalla el material de campo: "observaciones participantes descritas y entrevistas reconstruidas".

El capítulo 4 "trata sobre la inserción del hospital en el entorno urbano en el que se implanta".

En el capítulo 5 "se aborda directamente lo que significa y cómo se construye la vivencia y representación de la enfermedad de quienes se internan en sus camas y mantienen un vínculo directo con éstos", a lo que se suman "las configura-

ciones culturales que portan quienes en concreto llegan allí y hacen uso históricamente del servicio". Fiel al lenguaje inculcado por sus maestros, prosigue el autor con sus disquisiciones. En tal sentido sería bueno trascribir un fragmento de los escritos de Lacan o Deleuze para advertir las esquirlas "gramatológicas" que impactan en la sintaxis, el léxico y la secuencia conceptual de un estilo arborescente, y esto no va como reprobación al abnegado esfuerzo de Eduardo sino como comprobación del enfrentamiento puesto en marcha por los posestructuralistas franceses y sus seguidores entre el pensamiento y su expresión, entre el rostro de las cosas y su imagen en el espejo de las palabras.

Nuestro investigador prosigue: "El capítulo 6 se concentra en una dinámica de nuestro campo de experiencias que nos posiciona directamente en dichos límites de lo posible, límites que se definen como nuevos en cada acontecimiento, la posibilidad misma de crear estrategias dentro del hospital; se trata de los umbrales, las relaciones entre estrategias y necesidades concretas". Los conflictos entre la autoridad y la autonomía, "la objetivación de la subjetividad asistida" crean un cuadrado de fuerzas, un "tire y afloje" entre los pacientes y el personal hospitalario, donde al enfermero permanente se suma el médico itinerante, siempre al borde de "un estallido que vuelve a contraerse" una y otra vez, para restablecer un delicado equilibrio, pese a la "rotura de los estamentos" por parte de los enfermos.

En el capítulo 7 "se plantean los límites existentes en las condiciones de internación entre la ausencia o no de autonomía". En la pulseada dialéctica entre la medicina académica (tesis) y el curanderismo tradicional (antítesis) propio de las culturas campesinas y populares apegadas a una "medicina vernácula" que merece su plena aceptación, ya que proviene de "prácticas milenarias", el investigador descubre una rica veta que trata de explotar al máximo. "Pero el diagnóstico es el discurso que no puede faltar, sea para agarrarse del mismo,

para rechazarlo, para descomponerlo y combinarlo con otros conjuntos semánticos".

Ahondando en la geología institucional de este yacimiento donde se superponen y mezclan las subculturas, en el capítulo 8 el investigador se ve obligado a detenerse "en la problemática de la autonomía desde el punto de vista de la llamada *carrera moral del paciente"* para posicionarse "en el sutil cambio de naturaleza entre lo que puede ser una estrategia y una acción producto de la institucionalización hospitalaria". Aparece aquí el recurrente tema de las "estrategias cordiales", que va y viene como una lanzadera a lo largo del consenso/disenso entre el paciente y los guardianes de la salud, es decir, el médico, los enfermeros y su séquito de auxiliares, encargados de la limpieza, la nutrición, etc.

Al llegar al capítulo 9 se efectúa una detención, para examinar "aquellas características que definen a las salas en la actualidad, tomando en cuenta su pasado reciente para ver los cambios en las mismas y todo aquello que compone un territorio de existencia".

Al fin se desemboca en el capítulo 10, denominado *Intercambios y redes de reciprocidad: bases de toda estrategia.* En dicho capítulo, remate conceptual y a la vez metodológico de la investigación, se expone "la creación de estrategias en la internación hospitalaria tomando en cuenta los procesos de intercambio en un involucramiento del cual todo paciente internado no puede mantenerse ajeno, el plano de lo compartido que los agrupa a todos en relación a las dificultades y alternativas planteadas al respecto, red de vínculos que le da consistencia a la cotidianidad allí vivida". Existe un saber que se trasmite "de cama a cama" y es en esta caja acústica donde el investigador aplica su oído, afina su escucha y desenvuelve todo lo que en este prólogo se silencia: cómo piensan y se expresan los pacientes, qué dicen y qué (presumiblemente) callan, cómo se las ingenian para montar una central de informaciones, una mensajería clandestina que a medida que se da de

alta a unos pacientes e ingresan otros, mantiene todas sus redes activas y todos sus semantemas vigentes. Y si bien si existe un recambio de protagonistas, persisten los sistemas de símbolos, los códigos secretos de comunicaciones, las máquinas de rebeldía silenciosamente activas, los disimulos y mimetismos en constante circulación. Todo lo que en este prólogo falta se encuentra en el libro: los interrogatorios del investigador por un lado y por el otro las revelaciones, las reticencias, las "agachadas" de un criollismo terruñero. Pero detrás de estas valerosas estrategias se esconden los temores, los silencios de los que ya escuchan el toque de difuntos, los rostros camuflados de la Muerte.

Un prólogo es un umbral, una invitación para entrar en la casa del pensamiento y encaminarse hacia los patios luminosos o sombríos de la condición humana que el autor mide con pasos lentos y mente despierta. Y ello adquiere eminente importancia si se trata de temas como los abordados en este laborioso y significativo trabajo, ahora condensado en un libro. No habrá mejor ejercicio que leerlo, que descifrar sus claves lingüísticas, que seguir los razonamientos multívocos del autor, que buscar la fuente de lo doloroso y auténticamente humano que se investiga en estas páginas.

Un arqueólogo británico, Mortimer Wheeler, al recordar una frase de Marco Aurelio en el mercado —"No sois palos, no sois piedras, sois hombres" — escribió que "el arqueólogo excavador no debe desenterrar cosas, debe exhumar gentes". Del mismo modo el investigador etnográfico, antropólogo al fin, debe afirmar sin ambages ni concesiones: "A mi no me tientan los espejismos de las intertextualidades ni me detengo largamente en la antesala de la teoría: solamente busco y descifro en el ser y el quehacer de los portadores de cultura, las claves simbólicas de la humanidad".

Daniel Vidart

PRESENTACIÓN

El trabajo de campo de esta investigación se ha realizado a lo largo de un período de cinco años, entre 1999 y 2004, teniendo como central el período 2001-2003, que coincidió con una importante crisis social y política en la región. Su publicación a cinco años de concluida la etapa de campo, responde a varias cuestiones. En primer lugar, a los derroteros de la financiación para la investigación científica y filosófica, pero antes que nada a un cambio de contexto fundamental, donde es posible enunciar y aprovechar el conocimiento, colocándolo a disposición de todos.

La transformación del sistema sanitario del Uruguay se ha emprendido a partir del 2007 con la puesta en funcionamiento del llamado Sistema Nacional Integrado de Salud, con el cual se están llevando a cabo una serie de procesos novedosos, y otros no tanto. Esta etnografía es, en este sentido, una investigación que da cuenta del estado de la cuestión hasta dicho cambio institucional, testimonio a la vez de un conjunto de experiencias del período más duro de la crisis. Desde ciertos puntos de vista, puede pensarse que el conocimiento aquí planteado ya está perimido, dado el cambio contextual, principalmente en las políticas administrativas del centro hospitalario. Pensar de esta forma es despreciar la historicidad y toda noción de procesualismo en la concepción de lo humano, por lo menos. Los fenómenos aquí analizados tienen sus fuentes en dinámicas mucho más vastas que las surgidas de un cambio tan reciente, a pesar de lo revolucionario que este pueda ser. Las tendencias, las determinaciones y los marcos de crea-

ción subjetiva son fenómenos que poseen diferentes ritmos de transformación, a veces imperceptibles a simple vista. Como se verá, toda etnografía está construida a partir de experiencias, y por tanto, de circunstancias y acontecimientos específicos. El trabajo de generalización opera desde lo particular adentrándose en diferentes niveles y direcciones, articulando otros tiempos y espacios en diversos grados. Más bien habría que plantearse lo positivo del paso del tiempo, al poder contar con un horizonte de explicación e interpretación mucho más vasto, un proceso reciente en el cual puede apreciarse la dinámica de los fenómenos, y no una fotografía congelada típica de una mirada enfocada en la inmediatez.

Dicha dinámica que envuelve a esta etnografía es, a grandes rasgos, la de la implantación, crisis y caída del modelo neoliberal aplicado al campo de la salud específicamente, y las resistencias y creaciones desde y contra el mismo a partir de los procesos de subjetivación que se dieron lugar. Nuestro actual presente posee como pasado reciente a este período que nos ocupa, de él derivan las mayores determinaciones existentes, tanto en lo cultural como en lo social y lo económico. Como es bien sabido, los cambios subjetivos poseen un tiempo mucho más lento y discontinuo que los cambios de normas y reglas de funcionamiento a nivel institucional. Por ello, creemos que esta etnografía es un aporte para repensar estos fenómenos en plena transformación del sistema. Los procesos experimentados hasta antes de la reforma del sistema sanitario, siguen, en una multiplicidad de formas, con intensidades y efectos variados, definiendo nuestro actual presente, las experiencias contemporáneas y próximas, en tanto se trata nada más ni nada menos que de su más reciente *a priori histórico*.

Montevideo, diciembre de 2008

I ACCESO: HOSPITAL Y PROBLEMÁTICA

«Los esquemas científicos deben decantar las vivencias de lo cotidiano. Y así surgirá la rumorosa, colorida y por momentos desamparada colmena de nuestro "color local", que siempre es el color de la pobreza, el trasunto de la cultura de los humildes, la estrategia para estibarse en las bodegas de la pirámide clasista. Los tipos populares son pintorescos exteriormente y dramáticos en su esencia… Desde ya prevenimos que éste no es un inventario de viejas o nuevas felicidades folklóricas, sino… un ejercicio de desencanto, una denuncia que las ciencias sociales, por el propio hecho de serlo, no pueden silenciar».

Vidart, D. *Tipos humanos del campo y la ciudad*. Nuestra Tierra, Montevideo, 1969, p. 9.

1
ANTROPOLOGÍA Y SALUD: EL USO DEL CONOCIMIENTO[2]

I

Frente al resto de la sociedad, lo que pueda decir un cientista humano sobre la salud sigue siendo poco relevante. Es mucho más entendible en la opinión pública lo que pueda hacer un asistente social o un médico por la salud que lo que pueda hacer un antropólogo. Evidentemente lo que me impulsa es la creencia opuesta: que las ciencias humanas no sólo tienen mucho que aportar a estos problemas sino que necesariamente deben hacerlo, de lo contrario no tendría ningún sentido que existieran.

Los límites disciplinarios que separan la antropología social de la psicología, la sociología, la historia y la propia reflexión filosófica, despiertan la necesidad de franquearlos, por los motivos que se expondrán a continuación. Antes que nada las ciencias humanas necesitan ser ciencias de la humanidad, tener como objeto al ser humano en cuanto ser complejo, atravesado por procesos de múltiples dimensiones, y reconocer que nosotros, los investigadores, somos antes que nada suje-

[2] Versiones parciales fueron presentadas en las *Jornadas para la Medicina Social del Cono Sur*, organizado por ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social), 10 de octubre de 2000, IMM, Montevideo; y en el *Encuentro con la antropología social y cultural*, noviembre de 2000, actual MUNHINA (Museo Nacional de Historia Natural y Antropología), Montevideo.

tos, seres humanos; esto significa anteponer el sujeto al conocimiento, que es siempre conocimiento de determinada forma subjetiva.

Objeto y sujeto entonces conviven en nosotros, en lo que somos, en una relación donde nos objetivamos a nosotros mismos en una multiplicidad de formas. Por lo tanto, hacer ciencias humanas siempre es una cuestión que pone en crisis el lugar desde donde nos posicionamos como seres vivos. Un antropólogo, un sociólogo, un psicólogo, siempre tiene que enfrentarse al problema de que aquello que estudia es, en primera y última instancia, a sí mismo y a la vez a la totalidad de la especie, ubicarse frente a *lo* general, que es siempre particular para *el* caso del ser humano.

Las ciencias humanas son diversas pero todas se hallan profundamente articuladas, ya que los sujetos y los objetos que aquellas puedan construir son en sí la compleja entidad del ser humano, ser viviente bio-psico-social. Si enfocamos a la salud como objeto de las ciencias humanas, la vemos como un problema de relaciones entre seres humanos y de éstos con la naturaleza; la comprendemos como un problema donde mente, cuerpo y alma están articulados. Ésta investigación está planteada en torno a las actividades de los pacientes internados y sus allegados en las salas del hospital Maciel del Ministerio de Salud Pública[3] en la Ciudad Vieja de Montevideo. Poder conocer cómo sobreviven las personas internadas, y en especial, cómo lo han hecho en el período más crítico de la crisis del 2002, me exige el esfuerzo de tratar de comprender a éstos seres humanos en su totalidad compleja e integral.

¿Cómo analizar por separado, como si se pudiera cortar al ser humano en pedazos, lo que son sus relaciones sociales, sus construcciones culturales de significados, sus devenires históricos y sus procesos psíquicos? En este sentido, si la problemática de la salud es tan compleja, lo es antes que nada

[3] En adelante MSP.

porque todo lo que tiene que ver con el ser humano es siempre un problema complejo. Luego de siglos de ciencias compartimentadas y aisladas es muy difícil sentarse a intercambiar opiniones con gente formada en otras disciplinas como puede ser la medicina, a pesar de que a todos nos preocupa una misma constelación de problemas. Como consecuencia, reducimos la profundidad y el alcance de lo que podríamos lograr en conjunto, al trabajar todos por separado como si el ser humano fuera una entidad hecha de capas aislables y donde cada investigador se llevara a casa un piso distinto de la torta. Un elemento central entonces para las ciencias humanas en la actualidad es recobrar la densidad de la experiencia humana, en este caso en torno a la salud a los efectos de trabajar evitando los problemas derivados de un juego al solitario. Por el contrario, debemos articular y cruzar las distintas herencias recibidas de disciplinas diferentes apuntando al mayor grado de complejidad posible. No con disciplinas unas al lado de las otras, sino cruzándolas.

Otro punto central para todas las ciencias humanas es el estudio de la actividad humana como actividad creadora. Mi interés por los pacientes internados en el hospital Maciel, tiene que ver con la capacidad de inventar de los sujetos, de crear acciones que les permitan sobrevivir en dicho medio y a la vez acceder a lo que no tienen y necesitan. Pero lo interesante en la investigación no son las condicionantes, las carencias que históricamente han determinado a la asistencia pública sanitaria de nuestro país y la región, sino la acción humana en dichas condiciones, la transformación de las determinaciones y no éstas en sí mismas.

> «La naturaleza, o la esencia del hombre, es precisamente esta 'capacidad', esta 'posibilidad' en el sentido activo, positivo, no predeterminado, de *hacer ser formas diferentes* de existencia social e individual...
>
> Esto quiere decir que hay, aunque parezca imposible, una naturaleza del hombre o una esencia del hombre, definida por esta especificidad central —la creación—, a la manera y el mo-

> do según los cuales el hombre crea y se autocrea. Y esta creación... no está determinada en ningún sentido de la palabra.»[4]

Lo importante entonces es el ser humano en tanto creador de cultura y por tanto creador de sí mismo. Es el único ser viviente que construye el mundo en el cual habita, se inventa a sí mismo, y no a pesar de las condiciones que lo limitan sino gracias a ellas, desde ellas, a partir de ellas, produciendo con ellas. En este sentido, lo que sucede dentro de un hospital público es importantísimo; se trata de cómo la sociedad uruguaya concibe y trata la vida y la muerte de los seres humanos que la componen, de la forma que la sociedad se da a sí misma según el modo en que valore y conciba su vida y su muerte, como cuerpo intersubjetivo.

¿Cómo hacen las personas que no tienen los medicamentos, ni la alimentación necesaria, para poder curarse? Y esta pregunta nos lleva a otras: ¿Quieren los sujetos internados curarse; qué es curarse para ellos? Salud y enfermedad, se nos aparecen de esta forma como una pareja de nociones que debemos pensar desde el punto de vista de los sujetos en cuestión, y no desde categorías abstractas, esta es otra de las pautas que definen al quehacer antropológico. Todos los conceptos que utilizamos en ciencias humanas para poder comprender un fenómeno son necesariamente construcciones especulativas de los investigadores, pero sólo son útiles si surgen del intercambio dialógico, de ida y vuelta, con los sujetos de estudio en la propia experiencia antropológica, en las vivencias humanas desde donde intentamos acceder al *otro*, en este caso el internado en el Maciel, que potencialmente también puede ser uno *mismo*.

> «Ésta es, también, la lección de la antropología. Los grupos humanos que estudiamos son quienes ensanchan nuestro cono-

[4] Castoriadis, C. *El avance de la insignificancia. Encrucijadas del laberinto IV*. Pre-textos, Barcelona, 1997, p. 136.

> cimiento. Son nuestros propios maestros. Para el antropólogo, el sujeto de estudio se convierte en sujeto docente.»[5]

La salud, la enfermedad, el propio proceso S/E/A (salud ↔ enfermedad ↔ asistencia), son construcciones culturales, tienen un valor significativo, varían en cada contexto; pues más allá de las condiciones objetivas, por ejemplo de falta de alimentación y de asistencia en un hospital, cada internado tendrá una construcción propia de lo que es su propia enfermedad, una noción singular de salud, y buscará curarse o no, eso debemos estudiarlo nosotros y no darlo por sentado.

> «... definimos salud como un constructo producido según condiciones materiales/ biológicas, históricas y socioculturales de la sociedad en su conjunto y de los individuos en particular. En ese sentido, tanto la salud como su atención son productos culturales que se ordenan en instituciones, en conocimientos científicos, en saberes populares, en prácticas y discursos de actores sociales muy concretos, insertos en realidades específicas... en el área de la salud se producen conflictos de tipo cultural, pues más allá del sistema único propuesto por la Medicina, coexisten las diferencias de lenguaje, significaciones, actitudes y representaciones que ponen en juego los actores sociales. Los propios integrantes de la institución médica están incluidos en esta apreciación ya que a la práctica profesional siempre hay que superponer las identidades individuales respectivas, modelos de comportamiento interiorizados... el proceso Salud / Enfermedad / Asistencia (S/E/A) se inscribe en un sistema ideológico-cultural que define roles y posiciones en cada circunstancia.»[6]

Sobran los ejemplos de internados que no quieren abandonar el hospital, que se encuentran atados al nosocomio y no pueden desenvolverse nuevamente en una vida activa y autónoma. La «iatrogenia» es una de las enfermedades colectivas más comunes de los centros hospitalarios occidentales.

---

[5] Velasco, H. - Díaz de Rada, A. *La lógica de la investigación etnográfica.* Trotta, Madrid, 1997, p. 72.

[6] Romero Gorski, S. «Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la salud», en Cheroni, A. Portillo, A. Romero Gorski, S., *Salud, cultura y sociedad.* FHCE-UdelaR, Montevideo, 1997, p. 33.

Pero para la gran mayoría de los casos, y de esto no cabe la menor duda, la situación de todos nosotros frente al tratamiento de nuestras aflicciones —es decir la asistencia sanitaria— es de una enorme incertidumbre.

Los que pueden pagar por una asistencia privada aparentemente tienen una mayor tranquilidad sobre su destino, pero esto es relativo, cada vez más relativo dada la crisis de todo el sistema sanitario y no sólo el de la asistencia pública, teniendo en cuenta que el campo de la salud representa hoy el mayor interés del neoliberalismo en su búsqueda por convertirlo en un gran mercado de especulaciones. Frente a toda la violencia desatada en relación a la mercantilización de la vida y la muerte, siguen existiendo resistencias, siguen emergiendo acciones humanas particulares que se desenvuelven en medio de tantas carencias, incertidumbres y desprecios por el valor de la vida.

Y para concluir vuelvo a la pregunta inicial, qué puede aportar entonces una ciencia humana integral, qué podemos aportar los antropólogos, sociólogos, historiadores, lingüistas y semiotistas a todos estos problemas. Es que, en primer término, todo conocimiento es interesado, no existe ciencia si no hay conciencia de ello, de que cuando se busca conocer un fenómeno siempre estamos movidos por intereses particulares. En teoría el problema es que no existe conocimiento posible sin algo que lo motive, sin una pasión que lo impulse a conocer tal o cual fenómeno, sin una necesidad vital que lo empuje hacia un verdadero cambio. Volviendo al caso de los internados en el hospital Maciel, si nos interesan las acciones de los pacientes, la creación de acciones estratégicas de sobrevivencia, es porque nos interesa el ser humano como sujeto, porque nos interesa ante todo la dignidad de toda forma de vida y la humana, la nuestra, en particular. Las ciencias humanas están preparadas para poder crear conocimiento a partir de estas experiencias, para poder aprender de los suje-

tos, pues los investigadores somos en cierta forma aprendices de nuestros sujetos de estudio.

Yo aprendo de los pacientes del Maciel, de cómo se las arreglan para sobrevivir en tales condiciones, de la creatividad y resistencia en sus luchas por la vida. Y lo que puedo aportarles, lo que pueden aportar las ciencias humanas a la sociedad que les da cabida, es justamente un saber que efectivice los cambios, que aporte dirección a las transformaciones, que articule los procesos aparentemente aislados que se suscitan a partir de cada experiencia humana.

Volviendo a los internados en la salud pública; quizás muchos de ellos, entre sí, jamás lleguen a conocerse, a compartir la misma estadía en una sala, pero cada uno porta un saber subjetivo que el antropólogo puede procesar desde una óptica integradora, pudiendo aprender de lo que parecen experiencias aisladas y hacer de ese saber un conocimiento transferible a otros contextos, aplicable a problemas semejantes aunque siempre distintos. Un cientista humano no busca reparar algo dañado y restituir un orden social dominante, no es tampoco un analista ni un experto ubicado por encima de los sujetos, ni un ingenuo participante que quiere aprender por el simple hecho de hacerlo. El cientista humano es un interviniente, es un compañero de lucha —lucha no partidaria sino aquella encaminada a superar las parálisis autodestructivas del ser humano hacia sí mismo y su entorno—. Es un sujeto que pone en uso las herramientas teóricas que cree que sirven para acceder a una visión de la realidad —de sus límites, aperturas, posibilidades, virtualidades— que nos permita entre todos transformarla en un sentido positivo. Ese 'entre todos' trae implícito un problema, pero uno orientado siempre hacia la reafirmación de la subjetividad humana como subjetividad autonómica a la vez que comprometida con su propia acción, buscando siempre una alternativa posible frente aquello que atenta contra nuestra vida y contra todo lo viviente.

La posición de los cientistas humanos en la propia sociedad siempre será conflictiva, pues siempre partimos de la necesidad de romper con lo que se considera socialmente como invariable, dado, imposible de cambiar y aceptado desde imposiciones diversas. En este sentido, los primeros accesos al hospital necesariamente se realizaron al margen de la mirada oficial, yendo directamente a los internados, evitando aparecer con el estigma propio que se le atribuye a cualquier funcionario de una organización oficial. Las ciencias humanas no sirven como elemento reparador, y mucho menos para decirle a la gente lo que es correcto hacer.

Sencillamente, un antropólogo es aquél que es capaz de aprender de la creatividad, la invención, la propia acción que hace emerger cualquier sujeto y de la que no es consciente por vivirla desde la cotidianidad de su propia existencia particular. Asimismo puede captar cómo, debido a los entramados intersubjetivos que nos mantienen a todos ligados, éstas creaciones singulares se ponen en movimiento hacia otras experiencias de vida en otros espacios y tiempos, gracias a la capacidad de significar que hace posible la comunicación y la memoria; es decir, la transmisión. Lo que intentamos hacer es una «crítica de la vida cotidiana», para maximizar los cambios, para encontrar más claramente vías de transformación que nos ayuden a todos a vivir mejor, más dignamente, como sujetos que hacemos nuestra propia historia en libertad.

Ante la pregunta de cómo generar un conocimiento de este tipo, la respuesta es que no existen ni modelos ni una metodología estándar. Justamente, lo interesante de una investigación se pone en evidencia cuando las herramientas y los procedimientos hacen emerger un abordaje novedoso, un intento por crear conocimiento nuevo cada vez.

¿Qué hacer cuando un enfermo cardiovascular que acabamos de conocer, nos pide que le compremos tabaco en el bar de la esquina del hospital, como me sucedió? Frente a este hecho se pueden hacer muchas cosas. Se puede decir que no y

perder toda relación futura posible; se puede ignorar que este hecho tuvo lugar; o se puede comprar el tabaco y crear un vínculo y a la vez captar desde ese momento la vía de conocimiento que tenemos ante nosotros: entré así en contacto con Correa, y por lo que me pidió que le comprara de buenas a primeras, pude orientarme hacia algunas características de la vida cotidiana de los enfermos, y en el caso específico de este paciente, por el hecho de que fumara, a sus hábitos así como a sus valores en torno a cómo pensaba su propia salud.

Pero la decisión de qué hacer no es sencilla desde un punto de vista ético, el método no está programado de antemano, hay que asumir las angustias que nos provoca el trabajo de campo derivadas de la dificultad de elegir en la propia acción, planteándonos constantemente una reformulación perpetua, ante la cual los resultados de una investigación deben mantener la fidelidad a las búsquedas planteadas en la misma. La fidelidad ética, en tanto se que tome al otro de acuerdo a cómo uno se valora a sí mismo, que potencie la singularidad humana, que contribuya a la construcción de autonomías en la búsqueda de un horizonte de salud efectiva, es aquella que trata de sustentar al ser humano en su totalidad holística y múltiple.

BAR EL SI
CAFE
MENU DEL DIA

II

De esta forma nos introducimos en esta investigación en torno a la creación de estrategias por parte de pacientes internados y sus allegados en el hospital Maciel. 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.

A lo largo de esta I parte se trata dicho campo de experiencias de una manera aproximativa. En el capítulo 2 ubicamos nuestro universo de estudio en el contexto de la sociedad uruguaya, en un momento en el cual el sistema sanitario existente no logra sostenerse más, junto a una crisis mucho 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. Posteriormente, el capítulo 3 nos posiciona en los pasillos del hospital al mismo tiempo que nos pone en sintonía para producir conocimiento de lo que allí se experimenta: refiere a la problemática del acceso al campo de experiencias desde el oficio del trabajo de campo antropológico sentando las bases y trazando los trayectos de la investigación. Está compuesto de 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 descritas 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.

En la parte II nos sumergimos de lleno en los fenómenos aquí considerados. El capítulo 4 trata sobre 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. Esto marca una fuerte diferenciación entre posibles internados a partir de las experiencias que cada 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. Conoceremos 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 las fronteras. En el capítulo 5 se aborda directamente lo que significa y cómo se construyen la vivencia y la representación de la enfermedad de quienes se internan en sus camas; cómo se desarrolla el proceso de construcción de sentido en relación a enfermedades específicas y padecimientos en las circunstancias particulares del hospital Maciel conjuntamente con las configuraciones culturales que portan quienes en concreto llegan allí y hacen uso del servicio hasta el momento. Como se afirma, 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 gracias 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. El capítulo 6 se concentra en una dinámica de nuestro campo de experiencias que nos posiciona directamente en dichos límites de lo posible, 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. 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 rompen los estamentos como única manera posible de accionar como respuesta a una situación ya intolerable según sus propios valores. ¿Es la autonomía una condición absoluta, pura del sujeto, es un proceso libre de todo control?

En el capítulo 7 se plantean 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. Nuevamente la particularidad de los fenómenos de padecimiento y dolencia asistidos por un sistema sanitario como el de la sociedad uruguaya plenamente vigente hasta el cambio de políticas puesto en marcha en estos últimos años –sistema de matriz higienista, que pretendió posteriormente adoptar los modelos empresariales y que ahora se encuentra en plena reformulación- nos coloca en una posición extrema para trabajar en esta problemática de investigación de la subjetividad.

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 una colcha de retazos; 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 étnicas, etc.). Pero en definitiva el diagnóstico es el discurso que no puede faltar, sea para agarrarse del mismo, para rechazarlo, para descomponerlo y combinarlo con otros conjuntos semánticos.

Tras el caso de un paciente sin diagnóstico, nos sumergimos en el conocimiento de lo que es la situación de incertidumbre y pérdida de autonomía para el sujeto que se enfrenta ante la muerte en un medio que no puede proporcionarle lo que necesita. Esto nos lleva, en el capítulo 8 a detenernos en la problemática de la autonomía desde el punto de vista de la llamada «carrera moral del paciente», 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 *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 salva la vida y una aturdida adulación constante a otro del que se depende para ser asistido, las estrategias cordiales son las más extendidas de todas.

Luego de establecer los marcos del campo de experiencias que representa el Maciel como hospital de internación para pacientes y allegados, nos detenemos en el capítulo 9 en aquellas características que definían a las salas entonces y en gran medida en la actualidad, tomando en cuenta su pasado reciente y no tan reciente, para ver los cambios en las mismas y todo aquello que compone un territorio de existencia.

Por último, terminamos de exponer las características de la creación de estrategias en la internación hospitalaria to-

mando en cuenta los procesos de intercambio que suponen involucramientos respecto a los cuales el paciente internado 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 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. Un saber que se transmite de cama en cama va elaborando un mundo hospitalario que está ahí 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 solo en este hospital en particular sino en el sistema sanitario en su globalidad.

En la parte III se presentan brevemente consideraciones metodológicas que a lo largo de toda esta investigación la han guiado y han sido producto de la misma.

Y por último, en el capítulo 13 concluimos tomando en cuenta todas las dimensiones antes planteadas, junto a un breve bosquejo de la genealogía de la medicalización social y la de este hospital en particular —que fue el primero con el que contó nuestra sociedad—, y contextualizando estas consideraciones en el marco de la atención sanitaria anterior a 2007, en relación a tipos específicos de usuarios, quienes concretamente hacen uso del Maciel. Éstos poseen cualidades culturales que los identifican y diferencian del resto de la población del país y la ciudad, y configuran, junto a funcionarios de toda índole, la realidad cotidiana del hospital Maciel desde el complejo juego de construcción de identidades múltiples en torno a la salud y la internación.

III

Tener la mirada capturada en la generación de estrategias de subjetivación hace que la investigación empírica más que reposar en una superficie penda de un hilo filosófico. Parece que no hay salida ante el problema de la voluntad y la experiencia, de una «teoría crítica del sujeto».[7] Nuestra labor no cesa de requerir diferentes fuerzas y direcciones para mantenerse erguida. En definitiva, nuestro método, como se expondrá, conlleva esta finalidad, la de experimentar fenómenos humanos y poner a prueba nuestros supuestos para comprenderlos, provocando, con la mayor rigurosidad posible, el desarrollo de la creación de conceptos.

Una vez puestos sobre la mesa algunos avances de esta investigación, una joven psicóloga cuestionó algunas apreciaciones mías sobre las estrategias. Ella objetaba el hecho de que aquello a lo que yo me refería como estrategia, era algo establecido *a posteriori* de lo acontecido. ¡Vaya problema kantiano! No pude ahondar y alcanzar a compartir con ella el hilo filosófico del que pende esta investigación empírica, la indagación filosófica que me conduce. Hablamos de memoria, de experiencia generada y transmitida, pero el problema del sentido siguió latiendo. Y es que para ella, quizás lo consciente y lo inconsciente se excluyen. Quizás todavía sigue viva la falta de diálogo, lo inconmensurable entre la fenomenología y el psicoanálisis, entre Husserl y Freud. Intención, y deseo; finalidad y medios; racionalidad y sentimientos; evaluación y espontaneidad en la acción, como falsas oposiciones, como conjuntos binarios. Lo humano no conoce estos divorcios. Si se crea es porque todo esto opera de otro modo no binario; lo interesante parece ser poder conocer y alcanzar a pensar el proceso integral en el que formas de ser humano existen, se dan una reali-

[7] López Petit, S. «El sujeto imposible», en Cruz, M. (comp.), *Tiempo de subjetividad*. Paidós, Barcelona, 1997.

dad y son en ellas. Lo que resulta intensamente llamativo es cómo se tienen deseos y reflexiones derivadas de estos primeros y de otros, y cómo todo ello coagula en un acontecimiento concreto en el cual la existencia es generada y puesta a prueba, ella misma pende de un hilo, y se muestra, se presenta naturalizada, esencializada.

Distinguir qué es una estrategia por el grado de concienciación, es limitarla a uno de sus componentes y es un gravísimo error no considerar siquiera la graduación e intensidades de la creencia, pensarla como algo estático y considerar a la conciencia como una sola y estándar. No hay proceso creativo que no conlleve una búsqueda direccionada, un deseo interesado *para* algo y una apertura hacia lo caótico en una combinación siempre particular. Si esto no ocurre no hay creación, no hay emergencia de lo nuevo en el marco de lo ya dado. Lo interesante es cómo se compone, cómo se dispone o cómo se construye una manera de ser y proceder en condiciones que exigen esta actividad en sí misma, vividas como necesidad; lo interesante en definitiva es cómo *se* es estratega del Maciel. O haciendo uso ya de un gentilicio utilizado por el propio Dr. Tálice, *cómo se es estratega 'macielense'*.[8]

Para sobrevivir en un hospital público en momentos de crisis estructural, es necesario crear nuevas maneras de hacer, para ello hay que abrirse a la experiencia y jugarse todo en ella, y eso es lo que hace la gente que día a día se las ve con el sistema sanitario, siendo el caso extremo el de la internación. Quizás esto no pueda concebirse si no se trata de acceder a quiénes viven todo esto, si no se hace el intento por extrañarse con y vincularse a sujetos desde sus vivencias poniendo a prueba nuestros supuestos, sin buscar un piso fuerte, transitando por un hilo.

---

[8] Tálice, R. Prólogo a Lockhart, J. *Historia del hospital Maciel*. Ed. de Revistas, Montevideo, 1982.

> «Y creo que no se ganaría nada con querer dotar a todas estas disposiciones de una misma esencia conciencial, siempre idéntica a sí misma. Poco a poco, se llega a "conciencias-límite", con las experiencias de trance, de ruptura mística con el mundo, con la catatonia, o incluso, de modo adyacente, a tensiones orgánicas ilocalizables o estados de coma más o menos profundos. Así pues, todas las instancias de la enunciación pueden ser conjuntamente conscientes e inconscientes. Es una cuestión de intensidad, de proporción, de alcance. No hay conciencia e inconciencia sino relativas a disposiciones que autorizan sus ensamblajes compuestos, superposiciones, deslizamientos y disyunciones. Y presentimos que en su tangente se instaura una conciencia absoluta que coincide con el Inconsciente absoluto de una presencia de sí no-tética, que escapa a cualquier referencia de alteridad o de mundanidad.
>
> Me parece pues esencial no reinstaurar una oposición de tipo: proceso primario-elaboración secundaria. Sobre todo si debe fundarse, como en la segunda tópica freudiana (Ello, Yo, Superyo), en la idea de que el paso de uno a otro correspondería a una ruptura de nivel de los modos de diferenciación: el caos del lado de lo primario y la estructuración del lado de lo secundario. No es porque un acceso digitalizado, binarizado, al inconsciente molecular nos esté prohibido que estamos condenados, por lo tanto, a hundirnos en un abismo entrópico de desorden.»[9]

Si queremos conocer la invención de estrategias siempre nos encontraremos ante productos humanos portadores de novedad, por lo cual la estrategia acontecida por supuesto que no existía previamente. ¿Por qué ello significaría que no hay una intención; por qué la intención tiene que ser algo previo ya dado, *a priori* en sus propios términos? Indagar sobre el tiempo, el proceso, el devenir, es aquí donde el malabarista trata de avanzar. Apelar a la inmanencia parece ser una buena jugada inicial, apelar a la «potencia de actuar» que cada estrategia posibilita, según cuáles intensidades es puesta en acto. Pero con ello no alcanza, no puede explicarse una actividad tan solo por una disposición dada, tampoco se trata simplemente de un fluir de novedades sin procedencias determinables. En el fondo estudiar los procesos de subjetivación es una cuestión de

[9] Guattari, F. *Cartografías esquizoanalíticas*. Manantial, Buenos Aires, 2000, p. 38.

ética y estética: nuestro objeto es la creatividad. Al respecto, frente a esto, los artistas nos dicen que no se trata de búsquedas frente al azar y las contingencias, sino que lo que se dan son *encuentros* de sentidos, valores y afecciones, que pueden ser intuidos, insospechados, y producirse en todas las combinaciones imaginables e inimaginables que tienen lugar en la experiencia. Si la estrategia es verdadera, se habrá encontrado en la experiencia con lo nuevo, habrá aprendido a sacarle partido al azar. Las estrategias, en definitiva, crean sentido, allí radica el desafío de la mirada que las investiga, que las rastrea, las descompone, las trata de interpretar y explicar sin reducirlas tan solo a manifestaciones preexistentes.

2
LA SALUD PÚBLICA URUGUAYA ENTRE 2001-2003

El período a lo largo del cual se desarrolló esta investigación coincidió en gran medida con la crisis estructural, no solo de la sociedad uruguaya, sino de toda región -principalmente latinoamericana-, donde las políticas neoliberales gestionaron los recursos en los últimos años. El 2002 marcó la bisagra en estas tierras; el modelo amortiguador trató de hacer frente a los cataclismos que igualmente se hicieron presentes.[10] Un solo dato, difundido ampliamente en la opinión pública: en el Uruguay de principios del siglo XXI un 63% de los niños de 0 a 5 años nace en hogares pobres, según los indicadores de las necesidades básicas definidos por la OMS. La crisis de un modelo de política económica fue y es evaluado de múltiples formas, según distintos criterios. La cuestión es que la sociedad uruguaya, más específicamente la montevideana, caracterizada por la homogeneización de las diferencias, la proximidad de los escenarios, la medianía de sus vínculos, se enfrentó a una realidad cuya obscenidad no podía esconderse más: llegamos a vivir una realidad crítica de tal magnitud, que el subdesarrollo soportado casi sin pausas

[10] Remitimos a la gran obra de Carlos Real de Azua, entre la que se destacan al respecto estudios como *El impulso y su freno.* Banda Oriental, Montevideo, 1966; y *Uruguay, ¿una sociedad amortiguadora?* CIESU, Montevideo, 1984.

desde la génesis misma –de paso, débil en su implantación, siguiendo los análisis de Real de Azua- no se sostuvo más, las condiciones de vida en dependencia ya no podían soportar la reproducción del propio proceso. Frente a ello se suscitan diferentes fenómenos en los cuales estamos inmersos actualmente. Con los años lo podremos visualizar, estos tiempos han sido los que experimentaron cambios más notorios en relación a esta sociedad uruguaya que vivió su primera mitad de siglo XX de forma dinámica, proyectando y ejecutando, y que a partir de los ´50 comenzó a declinar, a estancarse en sus capacidades de producción y creación de formas sustentables de existencia. Luego de una dictadura militar, la democracia tan valorada en la cultura nacional pudo reconquistarse con derecho aunque de hecho se pasó a una dominación, esta vez definida estrictamente en términos económicos. El modelo neoliberal en su forma local diseñada para el Cono Sur termina por disponer de un territorio devastado, de una humanidad de sobrevivientes en un E(e)stado de indigencia. ¿Será posible esconder bajo otras formas la falta de autonomía, la dependencia congénita, el freno siempre aplicado al impulso?

La realidad, como ha sucedido siempre, se terminó de reconocer como uno de los principales agentes patógenos. Las subjetividades se encuentran enfermas más que nunca por las propias características de lo social; el malestar en la cultura no se manifiesta tan solo en la represión de ciertos impulsos para la conservación de un organismo: reprimiéndonos no logramos dicha conservación, por el contrario, nos alejamos de la posibilidad de asegurarla. Max-Neef ha sido claro al respecto cuando se refiere a las «nuevas patologías de la frustración» desencadenadas en un mundo que se devora a sí mismo.[11] Es patente el efecto que provoca todo esto en un sistema sanita-

[11] Max-Neef, M. «Economía, política y salud, una síntesis ineludible», en Revista *Comunidad*, Nº 50, Estocolmo, 1985.

rio, en las formas culturales que una sociedad ha configurado para hacer frente a las enfermedades.

En primer término, el propio sistema opera según la misma política económica en crisis, y en segundo lugar, la realidad lo desborda superándolo ampliamente. La institución de la salud pública eclosiona, los hospitales se convierten en escenarios trascendentes, lugares de la mayor conflictividad social existente, donde se dan cita acontecimientos de inusitada crudeza. Son espacios de relacionamiento, de generación de acciones nuevas, de producción de subjetividad. Y una sociedad que se fragmenta -en una primera instancia-, encuentra en estos lugares y en otros los focos de generación de vínculos.

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*.[12] Un mes después veíamos a pacientes internados del 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 más preciado, el medicamento.[13] 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*.[14] 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 las mutualistas y la casi desaparición del propio sub-sistema. Y no

[12] Informativo central de la emisora 1410 AM Libre, 20 de septiembre de 2002.
[13] Informativo de Canal 10 SAETA, 16 de octubre de 2002.
[14] En entrevista con el periodista J. Traverso, Canal 10 SAETA, 23 de junio de 2003.

por casualidad se trataba del CTI del hospital Maciel. 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.[15]

Indicadores Socio-Demográficos año 2000
(total de población uruguaya 3.300.000)

Establecimientos de Salud Pública con internación		56
Camas disponibles en Est. de Salud Pública (prom. diario anual)		6.331
	Montevideo	3.103
	Resto del País	3.228
Médicos dedicados a la Salud		12.362
Ingresos en Establecimientos de Salud Pública		151.532
Instituciones particulares de Asistencia Médica Colectivizada		50
Afiliados a Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada		1.498.557

INE.
Fuentes:
Ministerio de Salud Pública, y Caja de Jubilaciones de Profesionales Universitarios.

Este era el panorama en 2000, es la última fotografía que tenemos, la situación actual no ha sido cuantificada aún, y nos encontramos, a nueve años, en plena transformación de la estructura sanitaria, en el diseño y ejecución del Sistema Nacional Integrado de Salud, que conlleva grandes transformaciones a todos los niveles. Tomando a la totalidad de los ciudadanos del Estado uruguayo y siguiendo estos indicadores podemos establecer que los pacientes internados anualmente en alguno de los 56 establecimientos de Salud Pública conformaban un 5% del total —población total, sobre promedio diario-anual de camas disponibles—. Es decir, que un 5% de suje-

[15] Informativo central de la emisora 1410 AM Libre, junio de 2003.

tos pasaban anualmente por las instituciones de internación, se trata de sujetos sociales a partir de los cuales se desprenden como racimos familias y relaciones de toda índole, ramificaciones que convierten a ese 5% de sujetos internados en un conjunto mucho mayor de uruguayos involucrados directamente en el fenómeno hospitalario de la internación. Y es justamente el punto de vista del paciente, el que intentamos conocer. Podemos establecer tentativamente un promedio de 3 allegados por paciente. La variación de allegados por paciente no la hemos podido medir estadísticamente, y no es la finalidad de nuestra investigación, pero es posible acercarnos a una cuantificación de este tipo a través de las observaciones participantes en los pasillos hospitalarios —no sólo del Maciel, sino del Pasteur, y del Clínicas, además de algunos centros del entonces sub-sector privado también considerados en la indagación—. Como veremos a lo largo de la investigación nos hemos encontrado con casos de sujetos solitarios, así como con internados que poseen una red de allegados más que considerable, desbordando la familia nuclear, mezclando vecinos con parientes, configurándose una trama según distintos tipos de marcos de referencia subjetiva que signa el destino del sujeto en su instancia de internación en una de las camas del hospital. Entonces, alrededor de un 15% de los uruguayos convive cotidianamente con el campo de experiencias de la internación hospitalaria pública, ya sean internados o allegados a alguno de estos.

Importa en este punto retener la imagen de que a partir de un flujo seguro mayor al 5% de los sujetos de nuestra sociedad, que va circulando, que va pasando anualmente por alguno de los 56 establecimientos de internación hospitalaria pública, se va conformando y se ha conformado a lo largo de los años un campo de experiencias, institucionalmente regulado, en el cual se dan los fenómenos humanos que aquí nos interesan.

En esta dinámica de los flujos de población podemos, de esta manera, concebir la dimensión que tiene el campo de experiencias que representa la internación en la Salud Pública el relación al resto de la sociedad, y ubicarlo conjuntamente, desde el punto de vista de la organización social, en lo que hace a su formalización desde las prácticas estatales tal como eran ejercidas hasta el período estudiado. Como hemos dicho, las prácticas estatales sobre la salud, previas a 2007, se llevaban a cabo según la división en dos sectores –uno público y otro liberado a la especulación-, en un contexto de crisis en el que el propio sistema sanitario parecía, congénitamente, no poder sostenerse por mucho tiempo más.

> «En nuestro país, el sector salud (definido como 'aquel sector que se ocupa en forma explícita del proceso salud-enfermedad y que busca ofrecer a la población en su conjunto la satisfacción de esta necesidad') se ha organizado históricamente en dos sub-sectores que se diferencian por la propiedad de los medios que permitan tal satisfacción. Ellos son: sub-sector público y sub-sector privado. A su vez, se organiza en distintos niveles de atención de complejidad creciente: un nivel primario o comunitario, constituido por ejemplo por policlínicas barriales, un nivel secundario formado por hospitales generales y un nivel terciario por hospitales monovalentes y servicios especializados. Ubicamos al hospital Maciel dentro del sector salud, sub-sector público, ya que sus medios pertenecen al Estado. [...] Pertenece al nivel secundario de atención y posee acciones de prevención de nivel secundario y terciario, ya que el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación son las principales acciones a las que se dedica el hospital.»[16]

Como podemos ver también desde este punto de vista, mucho más de la mitad de la población uruguaya no posee una cobertura de salud privada, esto es, recurren a Salud Pública, o directamente no poseen ni siquiera dicha cobertura,

[16] Chavarría, V. - Eiraldi, I. - Toyos, M. – Wolf, G. «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, 1996, pp. 149-150.

garantizada por el tradicional '*Carnet de Pobre*', tramitado con la exhibición de documentación probatoria sobre la condición económica individual ante las autoridades estatales, haciendo valer así un derecho constitucional.

La Encuesta Familiar de Salud realizada en 1982 puso en evidencia, que un 25% de la población recibía entonces atención médica a través de servicios públicos, mientras que el 42% lo hacía a través de las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC).[17] Pero se toma en cuenta, que a ambos límites de la franja, ya se colaban más cantidad de usuarios para la salud pública. Por un lado desde el sector que a pesar de contar con cobertura privada, hace uso de la salud pública como estrategia económica, y por el otro, quienes no poseen ninguna cobertura, terminan siendo asistidos por la salud pública. De esta manera, el sector público y el privado compartían más o menos la mitad de la prestación y cobertura sanitaria de la sociedad.[18]

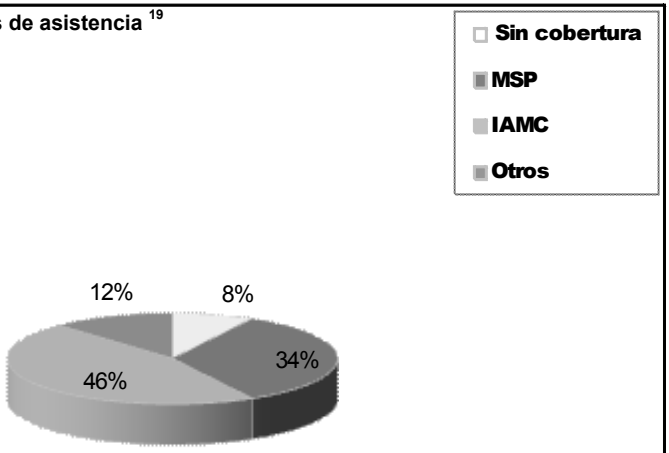
Si a esto tenemos que sumarle el flujo de aquellos que se han visto obligados a abandonar el sub-sector privado por el cierre de las mutualistas, decididamente nos encontramos con que el sub-sector público, habiendo además perdido en recursos de todo tipo, debió entonces hacerse cargo de la gran mayoría de la sociedad en los peores momentos. Como planteamos, en tanto no hay datos al respecto todavía, no es conveniente proyectar el 13% de los pacientes del CTI del Maciel al total del sistema, menos aún en medio de las grandes trasformaciones en las que estamos inmersos, pero es lícito afirmar que lo que fue hasta entonces el sub-sector público se encontraba, y se encuentra aún en gran medida, desbordado durante la crisis por los usuarios que eran entonces mucho más de la mitad de la población.

---

[17] MSP/PNUD/OPS/OMS. *Estudio del sistema de Servicios de Salud: Encuesta familiar de Salud*. MSP/PNUD, Montevideo, 1984.

[18] Veronelli, A. et. alt. *La salud de los uruguayos. Cambios y perspectivas*. Nordan-Comunidad, Montevideo, 1994, pp. 83-84.

Tipos de asistencia [19]



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

Para el período que nos ocupa, entre 2001-2003, esa mitad o más de la población podía ser, potencialmente, uno de los pacientes internado en algún establecimiento del llamado sub-sector público de la salud, es decir, pudo ser uno de los sujetos que pasaron anualmente por las camas de internación. Ese flujo cercano al 5% poseía un ritmo de recambio cercano a los 12 días promedio de internación en las salas públicas de todo el país. Justamente allí es donde en la actualidad se esta planteando el cambio institucional en el Maciel y, de a poco, también en el resto de los hospitales. La plena transformación del modelo asistencial implica una reducción de este período,

[19] «Caracterización del campo de la salud en Uruguay», en Revista *Salud Problema*, Año 4, Nº 6, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1999. Junto al gráfico: «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 del MSP, y esto representaría el 46% del total», p. 32.

en lo posible, a un tercio de su actual duración. Durante este tiempo en que la crisis tocó fondo, las propias autoridades del hospital manifestaron en una entrevista que la idea directriz entonces era la de convertir al hospital público en una *empresa*. Pero esta intención contrastaba fuertemente con la realidad de una institución que no hubiera podido siquiera funcionar sostenidamente en su forma tradicional, sino hubiera sido por todo lo que los propios usuarios y los funcionarios –léase trabajadores asalariados- ponían de sí para que ello fuera posible.

Tenemos ahora una visión más clara del campo de experiencias que hemos tomado, en la dimensión de la sociedad uruguaya contemporánea y su organización, por parte de la institución más abarcativa, la estatal-capitalista. Dimensión tanto de la población asistida como de los marcos instituidos que la administran formalmente. Este campo de experiencias a nivel «molar», que incluye a todos, es el mismo en el que a nivel «molecular» –ante y dentro de las condiciones molares así planteadas– los sujetos pueden potencialmente desarrollar estrategias creadas allí mismo para llevar adelante el proceso de medicalización y de internación.[20] El sistema se encontraba ya de por sí agrietado por las dificultades cada día crecientes para proveer la asistencia debido a la falta de recursos y a conflictos laborales característicos de este campo. Sin embargo, los sujetos que necesitan ser asistidos, no podían ni pueden prescindir de dicho sistema.

---

[20] «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. 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, G. – Guattari, F. *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia II.* Pretextos, Barcelona, 1997, pp. 217-218.

El punto de vista antropológico al respecto se caracteriza por tomar un campo de experiencias como este y tratar de conocerlo desde el modo como lo viven sus participantes, desde dentro.

Es indudable que a pesar de que todo ciudadano dentro del territorio estatal es un sujeto potencialmente asistido por derecho, en los hechos quienes hacen uso del hospital poseen sus características culturales que los identifican y diferencian del resto, en un proceso genealógico de más de 200 años. Esas particularidades culturales son las que constituyen a los sujetos usuarios concretos del hospital Maciel, y esos procesos genealógicos son los devenires a través de los cuales este campo de experiencias se fue conformando en su propia dinámica de transformación. En los hechos, como veremos, podemos llegar a distinguir ciertos tipos de pacientes según su procedencia definida tanto desde el punto de vista del propio paciente y el allegado, como de médicos y enfermeras, en el plano compartido del juego de las identidades múltiples que configuran el campo de experiencia aquí estudiado.[21]

Creemos que esta es la única manera de conocer cómo se vive la salud, cómo se la practica y cómo se la construye: trabajando en base a mucha observación participante, a la elaboración y realización de entrevistas a pacientes y allegados en diversas circunstancias, así como a médicos y profesionales en general dentro del hospital, contando también con una visión genealógica volcada hacia el pasado que configura el presente. La mirada antropológica se plantea conocer la forma en que los sujetos dentro de este campo de experiencias no solo lo viven, sino que en sí mismo le dan existencia real, la dimensión social y abarcativa que posee, que parece contenerlos a todos, autonomizarse como ente social, como sucede con todo proceso institucional sea del campo que sea.

[21] Ver capítulo 13: La salud de una sociedad en Estado de indigencia.

Hablamos de sujetos, pero bien cabría pensar nuestra indagación tomando en cuenta al mismo como producto de diferentes formas de ser sujeto, distintos «modos de subjetivación», que involucran a todos los allí presentes.[22] Nos referimos a formas humanas de existencia encarnadas en cuerpos y conciencias particulares, formas de construir sentido y significado según experiencias vitales, procesos de creación de cultura, que establecen marcos y horizontes compartidos, diferencias y límites en lo real. Los estrategas del Maciel como tales son producto de los modos de subjetivación que, al pasar por la internación hospitalaria, constituyen un tipo de forma cultural con sus rasgos compartidos y singularizantes así como por sus posibilidades de variación.

Éste campo de experiencias que representa la internación en el hospital Maciel está caracterizado por formas humanas de existencia y por los fenómenos que éstas viven y producen en él. Nuestro objetivo por tanto es acceder a los modos de subjetivación presentes en el hospital, conocer algo de la forma en que los sujetos así constituidos dentro de éste campo de internación —que también se pretende conocer—, desarrollan estrategias para sobrevivir. Al mismo tiempo, estos modos de subjetivación a través de los cuales la institución se concretiza por el uso que hace de ella determinado tipo de sujetos, bajan a tierra a la institución, la hacen un campo de experiencias humanas singularizantes.

La objetivación de los modos de ser dentro del Maciel, operación propia de toda institución, se da conjuntamente con la subjetivación de dicho ente abstracto, formal, por parte de quienes lo viven cotidianamente, en un juego particular de identidades múltiples.

En esta dinámica se inscribe la singularidad de los estrategas del Maciel, el complejo de procesos imbricados que totalizan su campo de experiencia particular, y el contexto de

[22] Guattari, F. *Caosmosis*. Manantial, Buenos Aires, 1996.

los flujos sociales y económicos en los cuales estuvimos inmersos. Este campo, en otra dimensión, podemos verlo claramente dentro de un flujo fino pero acelerado, por el cual pasaban necesariamente, más de la mitad de los uruguayos en los momentos en que la última de las crisis tocó fondo.

3
EXTRAÑAMIENTO Y GRADUACIÓN DE LA CREENCIA
CRÓNICA DE UNA BÚSQUEDA

El extrañamiento, su posibilidad en cada ejercicio de investigación, es indisociable del problema de la inmersión, son extremos inalcanzables o límites tendientes al infinito de un mismo flujo, el del trabajo de campo, la indagación antropológica. Existe una cuestión de calibración, una cuestión de encontrar frecuencias, toda una problemática en torno a la naturaleza de este flujo en relación al sujeto que investiga y a los que son investigados dentro de un mismo campo de experiencias, la «graduación de la creencia» como la llamara Vaz Ferreira a lo largo de toda su obra.

Así nos introducimos en lo que es el desarrollo de las herramientas epistemológicas necesarias para esta investigación, herramientas que a la vez fueron producidas a partir de la experiencia del acceso al hospital Maciel.

En la antropología general, así como en la más antigua filosofía conocida en Occidente, la búsqueda de conocimiento ha estado ligada a esta actitud de distanciamiento e inmersión; y si pensamos más allá de Occidente, ni qué hablar del sin fin de saberes y prácticas en torno a este flujo. Pero en particular, la antropología como saber del hombre por el hombre instituí-

do después de la segunda mitad del siglo XIX, se funda en este flujo que transita entre extrañarse e implicarse, de una manera mucho más esencial que otros saberes, por ejemplo la sociología, la politología, o la historia. Y por el contrario, se encuentra indisolublemente ligada a la psicología. Y es que si seguimos genealógicamente estas disciplinas humanas nos encontramos con la vieja y vapuleada metafísica entroncándolas en los tiempos previos al divorcio de la psicología con la filosofía, momento en que también la fenomenología toma vuelo así como el psicoanálisis. La antropología filosófica, la psicología profunda, cuestiones supuestamente ya superadas en el siglo XX, se presentaban como los conjuntos de especulaciones y planteos en los cuales sí se tomaba en cuenta la cuestión del flujo del extrañamiento—familiarización como sustancial. Esta problemática no ha dejado de correr por el fondo de estos saberes hasta la actualidad, siendo hoy nuevamente la condición necesaria de toda forma de hacer antropología.

Como sabemos, es necesaria esta topología por todo aquello que sin cesar ha tratado de hacer desaparecer a este flujo, por lo menos y antes que nada desde la construcción de conocimiento científicamente legitimado, a lo largo del siglo que dejamos. En cada nueva investigación, como es el caso de ésta, reaparece con todo su vigor el dilema del distanciamiento y la implicancia, de cómo poder movernos allí, de cómo poder investigar. Pasaremos por alto entonces toda crítica tanto al positivismo como a los paradigmas de la comprensión como extremos, cruzando todas las disciplinas humanas. Tomaremos de todo ello lo más fermental, pues siempre hay aspectos a rescatar producidos a lo largo de todo este tiempo de acumulación de estos saberes. Pero el conocimiento es más que acumulación. No discutiremos acerca de la negación del flujo extrañamiento—familiarización, por parte de los paradigmas positivistas en ciencias humanas, ni sobre la ilusión de la empatía, cuando se la entiende como posibilidad real de comprender al otro en su totalidad, de colocarse 'en su lugar', cosa

que resulta imposible; pero haremos el intento de quedarnos con lo más valioso, con la precaución de saber que ambas tradiciones pueden conducirnos a la negación de la singularidad. El riesgo en el primer caso consiste en establecer un orden homogéneo llamado objetividad; en el segundo en formular una atracción también ilusoria concebida bajo el concepto de «empatía». El «Otro» como tal resulta incognoscible; ni siquiera él mismo se conoce en su totalidad, pues no cesa de cambiar, al igual que uno mismo. Siempre estaremos limitados, por naturaleza, y siempre estaremos en devenir-otro, inmersos en procesos.

> «… el filósofo es similar a un explorador en tierras desconocidas, de ello se sigue que la tierra griega debió, parecerle al protofilósofo algo así como una tierra extranjera y que la propia lengua griega, en la que se depositaba la memoria colectiva y la identidad de un pueblo, debió parecerle de pronto al hablante griego algo inusual y objeto de admiración, un poco como les sucede a ciertas palabras cotidianas cuando, desplazadas de manera imprevista de su contexto natural, aparecen en toda su extrañeza con tal fuerza que, al encontrarnos ante su materialidad, casi nos sorprende el haberlas usado siempre con tanta naturalidad... la admiración a la que remite Sócrates el inicio del filosofar no surge de ninguna sublime emoción estética sino, de manera más prosaica, de hacer que quede fuera del curso el discurso de las aporías sofísticas... la filosofía para aparecer a la luz, ha tenido necesidad de un originario distanciamiento del hablante respecto a la lengua que él habla y respecto a la cultura a la que él pertenece.»[23]

El filósofo se ha preocupado por salir-se, el antropólogo por hacerlo adentrándose. La finalidad de toda investigación antropológica, —más allá de la distinción entre la antropología positiva y la tan desvalorizada antropología filosófica—, es poder llegar a una visión nueva, poder acceder a lo real en el momento justo en que nos salimos de él. La emoción desencadenada por el asombro —que además se plantea como asombro

[23] Ronchi, R. *La verdad en el espejo. Los presocráticos y el alba de la filosofía*, Akal Hipecu, Madrid, 1996, p. 22-23.

elevado a la potencia—, es, según creemos, el mayor aporte de la antropología al conocimiento en general.

«El extrañamiento de la realidad es uno de los puntos que fundamenta la perspectiva del antropólogo desde que a partir de Malinoswki la investigación de campo se impuso como una marca de nuestra identidad académica... Al no participar como nativo en las prácticas sociales de las poblaciones que estudia, en las imposiciones cognitivas de una determinada realidad social, el antropólogo existencialmente experimenta en el extrañamiento una unidad contradictoria, por ser al mismo tiempo aproximación y distanciamiento. Es como estar delante de un sistema de signos —vivirlo relacionándose primeramente con sus significantes pero sin comprender de todo sus significados—... Al estudiar 'su' propia sociedad, el antropólogo busca realizar la operación inversa, convertir lo familiar en exótico, usando —por principio y por racionalización metodológica— una posición de extrañamiento... al insertarse en realidades sociales de las cuales no participa en lo cotidiano, desconoce (y ese desconocimiento es parte central del extrañamiento)... El antropólogo se ubica, así, en una posición / perspectiva de un

> actor social 'descalificado', cuyo equivalente más próximo sería el niño.»[24]

El concepto de acceso refiere al de este flujo extrañamiento-familiaridad, y viceversa. Acceder a un campo de experiencias humanas para crear conocimiento desde allí, es, entre otras cuestiones, acceder a los flujos que constituyen el campo vital a penetrar. Y resulta que en filosofía la cuestión del asombro sigue siendo una cuestión más que importante a partir de los presocráticos. Salir-se y entrar-se, según Deleuze y Guattari en sus análisis sobre la naturaleza de los flujos, se trata de la «doble articulación», si nos remontamos con ellos a Bateson, a la doble operación, de corte y extracción.[25] Y eso es justamente lo que intentamos hacer cuando ingresamos como antropólogos a un campo de experiencias, necesariamente la serie de acontecimientos es modificada por nuestra presencia, hacemos un corte, y de ello también emerge un punto de vista y un rol desde donde extraemos, articulando de otra manera, comparando, montando, y generalizando, inventando teorías desde cada caso, desde cada campo de experiencias.

En un estudio de caso, estamos acotados solamente por los requisitos que nos imponemos en nuestra indagación: reducir el *locus* a una parcela es lo peor que nos puede pasar, en tanto los fenómenos, en este caso producidos por humanos, no cesan de estar unos en conexión con otros; al recortar la realidad con una tijera tan autoritaria nos puede suceder lo que con su estilo peculiar Vaz Ferreira nos alertaba a principios del siglo pasado en Montevideo:

> «Los ingenuos positivistas de la primera hora aconsejaban abandonar toda especulación filosófica y aplicarse exclusivamente a la ciencia positiva. Si se hace lealmente el ensayo, ocu-

[24] Lins Ribeiro, G. «Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica», en Boivin, M. F. - Rosato, A. – Arribas, V. (comp.), *Constructores de otredad.* Eudeba, Buenos Aires, 1998, pp. 233-235.
[25] Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Planeta, Buenos Aires, 1991.

> rre como en las telas desflecadas: les cortamos el borde, para dejarlo preciso y neto; pero éste se desfleca a su vez; cortamos de nuevo, etcétera, etcétera. La tela se nos va yendo de entre las manos; y, si no nos detenemos a tiempo...!»[26]

Es que un campo de experiencias es ilimitado en tanto singular, es infinito en tanto finito, no podemos solapar las experiencias con una grilla que determine los cortes tan arbitrariamente siguiendo categorías que calmen el ansia de orden; y la forma en que trabajamos la experiencia, articula la búsqueda de causalidades múltiples, de recurrencias y tendencias, así como de indagaciones que necesariamente plantean la necesidad de cuestionarnos la propia forma específica en que pensamos todo ello. Frente a lo infinito del caos no sentimos tan solo miedo, podemos, por el contrario, aprovechar para producir algo nuevo. En el caso de esta investigación sobre las estrategias y la creatividad en el universo de la internación hospitalaria, en el Maciel más precisamente, con todas sus cualidades singulares, el campo de experiencia es en cierto nivel el hospital como institución, estamos estudiando un fenómenos fuertemente definido por la institucionalización, en este caso de la enfermedad, de la vida y la muerte, en un edificio, en el marco de una «institución total».

> «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.»[27]

Pero el campo, el objeto, se desborda sin cesar todo el tiempo, haciendo referencia a una imagen muy elocuente y ya conocida, la institución no cesa de chorrear lo instituyente, por

---

[26] Vaz Ferreira, C. *Fermentario.* Cámara de Representantes de la ROU, Montevideo, 1957, p. 122.

[27] Goffman, E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires, 1984, p. 13.

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 transmitirlas, trataremos de no caer en el reduccionismo de buscar el fermento únicamente en lo que podamos aislar, sino en lo que podamos 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, etc.[28] 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, de la invención de estrategias en el marco de la inter-

[28] En la última década, en el campo de la antropología, estamos asistiendo a la puesta en relevancia de esta cualidad rizomática, que añadimos, no nos parece reciente, cuando se plantea la «etnografía multi-local» (Ver Marcus, G. E. *Ethnography through thick and thin*. Princeton University Press, New Jersey, 1998). Hay que tener en cuenta que desde siempre los campos están constituidos por flujos que conectan a otros campos: en el devenir de la humanidad la migración ocupa un lugar central desde sus ancestros homínidos. Al respecto, y de otra forma, Clifford ha propuesto una conversión en la mirada sobre la cultura, y podemos hacerlo extensivo a la subjetividad, a partir de la inversión de los lugares por los «trayectos», que además incluyen a los primeros en tanto configuraciones singulares de los mismos (Ver Clifford, J. *Itinerarios transculturales*. Gedisa, Barcelona, 1999).

nación en el hospital, para nuevamente volver a ponerse en marcha.

SILENCIO
SAY 6463

En búsqueda de vínculos I:
El inevitable pasaje por la grilla institucional

Para tratar de acceder de la manera más abierta, dejar que el azar jugara con las reglas, extrañarse y caer en efecto de *shock* como dice Taussig tomando una táctica dadaísta, decidí llegar hasta el hospital sin ningún tipo de respaldo formal, dispuesto a contactar con cualquiera de las autoridades con las que presumiblemente iría a encontrarme, según mis propios supuestos fruto de experiencias anteriores. Quería toparme de frente con el campo, y reconocer allí cuáles son los requisitos específicos de acceso al mismo. Y con lo que me encontré fue con la institución en pleno, mucho más que en aquella oportunidad en la que me había acercado, cuando entablé contacto inmediatamente con pacientes.

En esta mañana, llegué al hospital por la puerta que creía principal, la que da a la calle más transitada, 25 de mayo, la encontré cerrada, y con un cartel que indicaba la entrada, 'solo para funcionarios', por la calle Washington. Pero cuando me disponía a preguntarle a un hombre que mateaba sentado en la puerta principal, sale de la lateral una joven. Le pregunto por donde hay que entrar, me mira, y me contesta que entre por esa puerta, indicándome con un gesto de que la trasgresión estaba permitida. Si no la hubiera visto, no sé por dónde habría entrado ya que esa puerta sólo se abre desde el interior. Entro, el hall está oscuro pero enseguida se capta el movimiento agitadísimo que hay dentro del hospital, que contrasta claramente con la pasividad que nos muestra este Montevideo veraniego. Dentro del hospital, nada de vacaciones ni de desaceleración.

Cuando doy la vuelta por la entrada me topo con la mesa de informes, ocupada por un hombre cuarentón y al lado de éste hay un policía parado. Le explico que soy de la universidad y que necesito contactar con algún funcionario de la sala Pedro Visca, pues estudio la vida en los hospitales. Sin mayores problemas, el hombre me deja pasar. Adentro, como dije, el movimiento era intenso, había bastante gente por los pasillos, serían como las 10:00 un poco pasadas. Se veía pasar muchos funcionarios y una gran cantidad de acompañantes, así como gente a la espera de información en las puertas de las salas. Me dirigí hacia donde había visto por última vez la sala, y me encontré con obreros y material de construcción. Pregunté por dicha sala primero a una enfermera que pasaba por la sala Pedro Visca,

luego a una muchacha de la cocina transportando un carro con comida, se notaba que comenzaban a organizar el almuerzo. Me indicaron que se trataba de tres salas contiguas en el pasillo en el que me encontraba, me fue difícil encontrarlas. En una de las tres puertas había una muchacha que claramente estaba acompañando a un paciente. A ella le pregunté si estaba donde quería estar, me contestó que sí, luego la indagué sobre si las tres salas figuraban bajo el mismo nombre. Mientras hablábamos, observaba hacia adentro, la situación era mucho más complicada que en la ocasión anterior, los espacios eran más reducidos, parcelados, y la intimidad era muchísimo mayor, ya no se encontraban pacientes sentados frente a un patio, todos estaban dentro de las salas y acompañados, lejos. Necesariamente, pues allí radica la cuestión, tuve que preguntarle por el equipo de enfermeros o médicos. “Mira, no sé, están ahí enfrente”. Me encontraba frente a una salita exclusiva para funcionarios.

Agradecí y fui hacia la otra cara del corredor, mientras no paraba de pasar gente, y a todos los pacientes se los veía acompañados, aunque un cartel pegado en las tres puertas indicaba que no se permitía la presencia de ‘visitas’ de 8:00 a 11:00 horas. Bueno, desde que ingrese, el juego entre la legalidad y la ilegalidad se iba haciendo cada vez más entretenido. Me asomo así a dicha salita, me encuentro con 5 personas de túnica charlando sobre casos clínicos, mostrándose radiografías entre sí y discutiendo diagnósticos, en un ámbito que cuenta con una mesa larga y pequeña, algunas sillas, y una mesada azulejada, naturalmente todo es blanco. Esperé parado en el corredor, con el mate, durante algún minuto, hasta que pude capturar la atención de una funcionaria, no sé si doctora o enfermera, tal vez una practicante, y de un funcionario más, de las mismas características, me presenté ante ellos como Eduardo, estudiante de antropología, les dije que investigaba sobre hospitales, y mencioné inmediatamente a la sala, como mínimo territorio dentro del caos que me rodeaba al encontrarme con una situación tan cambiada. “Ah, pero nosotros no somos de esa sala, ellos son”, me indicaron; agradecí y entré a la salita. Esperé unos minutos, mientras en dicho espacio reducido; mi presencia era más que evidente pero aún así no se paraba de dialogar sobre pacientes y casos en general. Cuando evalué que podía llamar la atención de otra persona, lo hice. Nadie en todo el hospital dejaba de hacer lo que estaba haciendo por mi presencia, tanto si se trataba de lugares restringidos a los acompañantes de los pacientes o de otros abiertos al público en general, pero quizá la indiferencia radicara en que accede

gente a estos ámbitos institucionales, al ritmo propio del trabajo, y a vaya a saber a qué cosas más. Frente a otra funcionaria me volvía a presentar, nuevamente hablaba sobre los pacientes, explicaba que era un proyecto ya planteado y que requería de mi presencia para conocerlos, charlar y observar. Frente a mi identidad de estudiante, universitario, antropólogo, investigador, en fin, los gestos de los profesionales cambiaban.

Era inevitable anclarse en cierta identidad institucional, uno no puede ser un don nadie en términos institucionales dentro del hospital si quiere moverse por dentro de las actividades de asistencia. La funcionaria me dijo que para poder ingresar y trabajar en la sala tenía que hablar con la Doctora encargada de 'Clínica X'. Yo no había entendido bien, se trataba de la Facultad de Medicina, que, por lo visto, tiene una importancia central en el hospital. "Quizás nos volvamos a ver, además me gustaría hacerles una entrevista a ustedes" le dije mientras los otros dos, que eran médicos encargados de la sala, seguían mirando una placa frente a una bombita de luz. Nos despedimos con beso, me fui confiado, y continué mi búsqueda. Me había dicho dónde encontrar la sala Vilardebó. Pero no me resultaba sencillo orientarme dentro del hospital en ese momento, de modo que volví a circular por los pasillos. Luego de algunos minutos, entrando a propósito en contacto con médicos y funcionarios en general, fui comprendiendo dónde era, hasta que me topé con un médico, con una estampa de profesional que era una pintura; éste se tomó la molestia de pararse, pensar un segundo e indicarme el sitio, con una voz bien grave y pausada. Le agradecí aunque ni siquiera me miró luego; de todos modos pensé que se había tomado una gran molestia, lo tomé como un cumplido, y así fui adquiriendo confianza, mientras la gente no paraba de pasar y los grupos frente a las salas me parecían cada vez más numerosos. Las miradas de la gente mostraban que mi presencia no pasaba desapercibida.

Otro dato institucional en todo sentido para ir entrando en tema, es que las salas a veces son verdaderos conjuntos espaciales con un grado de autonomía propio. La sala que yo buscaba tenía una entrada, de dos puertas que se encontraba abierta, me habían hablado de una escalera a la izquierda pero no era visible desde el pasillo, frente a uno de los patios. Había pasado por allí un par de veces, pisando ambas un charco de agua en el piso, lo que me transformó en un elemento de observación para aquellos que estaban allí, tanto parados como sentados. Cuando paso por tercera vez

sale justamente de allí una mujer con túnica blanca y me dice que la sala es esa.

Entro por ese 'portal', y veo a mi derecha la sala propiamente dicha, el espacio de internación, las camas con pacientes, algún acompañante parado, tubos, etcétera, y hacia mi izquierda y por una escalerita escondida me dirigí hacia un espacio reducido donde allí sí se captaba la Facultad de Medicina en pleno. Antes de bajar y pasar por tercer vez por la puerta de la sala Vilardebó, había subido por la escalera principal, buscándola, y había consultado a funcionarios de un sector que tiene la Facultad de Medicina. Allí me había percatado de que 'Medicina', como me decía la practicante con la que hablé al principio frente a la actual sala Pedro Visca, era la Facultad. Allí había unas siete personas, algunas sentadas, otras paradas, esperando algo. Me puse a hablar con una pareja de cincuentones, ella blanca y él negro, quien parecía ser el doliente, por si salía alguien de esa puerta. "Hay que hacer un curso acá", me contestó ella, gordita, con lentes de sol y un vestido de hechura casera. "Sí, ¿no?". Había visto una puerta entreabierta al lado de donde estábamos, dentro se veía gente, le dije al hombre que me asomaría allí. Pero..., y allí vino la pregunta sobre mi identidad, "¿sos estudiante vos?", se dio por sentado que era de medicina. Cuando me acerco a dicha puerta entreabierta me encuentro con una pequeña clase, con retro-proyector, con doctora al frente, etc. "Ah no, están en clase", dije a la gente, mirando por supuesto a quienes había tomado como referencia en el diminuto territorio de la entrada a esta repartición. Me quedé unos segundos allí parado, a ver si se producía algún diálogo más, pero quería encontrar a esta doctora, pues los propios sujetos usuarios del hospital, pacientes y allegados, se mostraban de acuerdo con esta realidad tan instituida. Pregunté nuevamente a otra funcionaria, cuando bajé, y el médico mencionado me guió hacia la Vilardebó, subí y llegué a donde quería.

Como puede apreciarse en el relato, se trata de todo un itinerario dentro de una institución total. Arriba, me encuentro con practicantes, me dicen quién es la doctora, me la presentan como 'la profesora'. Ella estaba charlando sobre cuestiones hospitalarias con otra mujer, y dos hombres esperaban al lado mío para hablar con ella. La salita era pequeña y tenía bancos largos que daban hacia una cara, y desde las ventanas de la pared más larga pude ver el mar; nos encontrábamos en uno de las caras externas del edificio, en una suerte de entrepiso dividido en varios compartimentos, que incluían la oficina de la doctora. Allí pude ver a aquella joven que me

encontré frente a la sala Pedro Visca, en una actitud que denotaba su carácter de estudiante, junto a otros. Me encontré así, dentro de la Universidad de la República.

Esperé allí parado, nuevamente con el mismo gesto que había tenido, y que observaba en el resto de quienes recurrían a los de túnica blanca. Uno de los hombres charló con ella sobre un trabajo escrito, sobre índices y bibliografías en torno a un tema médico. Luego, entré en contacto con la doctora que me miraba mientras el otro iba hablando y bajando la pequeña escalera. Nuevamente me presenté, la institucionalización llegó a su clímax, hice referencia al proyecto, me fundamenté en términos como 'redes de solidaridad', 'sobrevivencia', 'estrategias', hasta le hablé de la 'vida cotidiana' para que entendiera mi necesidad de acceder a los pacientes como antropólogo. No hubo problemas, me explicó que la sala Pedro Visca es ahora otra cosa, pero que existe una sala de 10 integrantes, todos hombres, con un perfil de afecciones cardiovasculares, mientras que la sala Pedro Visca es de medicina general. Se trata de tres salas, dos de un par de camas, y una de cuatro. "Tú tendrías que hacer una carta", me explicó. El trato tomó un tinte institucional por un momento, donde desplegué cuestiones sobre mi identidad universitaria. Desde allí en adelante, pasamos a tutearnos y la cosa se fue encaminando. Quedamos en que yo iría el jueves, con una carta firmada y demás, para que ella la elevara y así obtener el permiso para ingresar a la sala, que, no se sabía cuál iba a ser en definitiva, lo importante era el perfil que se buscaba, cosa que quedó en claro; la primera impresión fue más que buena. También le dije que desearía hacerle una entrevista a ella, a lo que no puso ningún obstáculo, tampoco expresó gran entusiasmo, pero sí mucho interés en el planteo relativo a la vida cotidiana del hospital.

En toda esta instancia corre un mismo fenómeno: tanto profesionales como asistidos comparten, de maneras diferentes por supuesto, entre la aceptación y la imposición, los límites institucionales del hospital con el Afuera. Y es que la necesidad de un límite fuerte, excluyente, y de vías de acceso más que señalizadas, es afirmada por el propio comportamiento de los acompañantes de los pacientes. Los propios sujetos asistidos reclaman que se los trate con el respeto y la privacidad que requiere para ellos la situación de sus seres queridos allí internados, no es cuestión de que cualquier persona pueda acceder sin ninguna institución que lo avale para ello. Es así que me encuentro con la necesidad de acceder a este universo de estudio a través de un proceso institucional, para luego

tratar constantemente de abrirme del mismo, necesito la investidura para luego quitármela, me exigen todos tener un rostro conocido, para luego conocerlos a ellos y a sus rostros singulares, más allá, junto a, por debajo o fugando del gran rostro de los roles instituidos en este espacio humano donde está en juego la vida.

Cuando salgo del hospital, veo la policlínica que se encuentra en frente, donde había oído que se trataba de lo que llaman 'Medicina Social' y cruzo para observar. Allí veo gente esperando ser atendida, y un médico se me cruza en una oficina a la entrada. Hablo con él, encuentro un buen recibimiento, y un discurso sobre la institución que termina por darle sentido a toda esta instancia de campo. Él me dice que me conviene, 'por currículum', y por otros significados que denotan cuestiones de poder muy claras, hacer los trámites y vincularme directamente desde el sector de la Facultad de Medicina dentro del Maciel. Me habla del grado de poder de tal o cual permiso otorgado desde tal o cual sector institucional. Me muestra la planilla de funcionarios y me dice que en el momento no hay nadie de 'Social'; yo le planteo que aunque se trate de una clínica de atención materno-infantil, y que, como él me dijo, dependían de la calle Cerro Largo (Salud Pública), y que no tenían que ver con las autoridades del Maciel aunque estaban en frente, que me sería muy útil contar con los comentarios de la asistente social del centro, y luego de un diálogo en clave de confidencia me despedí del simpático médico y me retiré definitivamente del lugar. Serían ya pasadas las 11:00.

En este período de acceso, nos encontramos obviamente con los límites impuestos al campo de experiencia, por la institucionalización del mismo. Esto es obvio, pero conviene tener en cuenta, que una investigación antropológica consiste en des-obviar. En aquellas oportunidades donde el grado de solidez de lo real es muy alto, como en un hospital, cuando la institucionalización del campo de experiencia es fuerte, también es sustancial investigar lo que se pueda de este proceso, pues es el contenedor, la cáscara exterior, el gran investimento de todos los campos de experiencias en relación a los pacientes internados, sus allegados, y la construcción de estrategias.

Como se puede experimentar, en el hospital se hace más que necesaria la exposición de aquello que *legitime* nuestra presencia, en forma de un documento que corrobore nuestra identidad de investigador. Esto, en lo que concierne a la puerta grande, la única por la cual se puede acceder legalmente a los pacientes, pero el acceso a éstos no se termina aquí. Luego vendrá la etapa del acceso a ellos mismos, pero tan sólo luego de acceder por la puerta institucional a la dimensión más abarcativa, la de Hospital. Y por las coyunturas tanto de quien pretende ingresar —yo, investigador— como de la composición instituida del sitio —el hospital por dentro, centro asistencial público—, es la Facultad de Medicina, y por tanto más abarcativamente para el resto que no se incluyen en ella, la Universidad, la institución que resulta ser hoy por hoy la de más peso y legitimidad para posibilitar mi contacto con los pacientes internados.

El campo de experiencia o de producción de prácticas culturales, los territorios existenciales que se desarrollan dentro de la institución total como contenedora, legitiman también, en diferentes grados y circunstancias, la validez de esta puerta grande a la que nos referimos. ¿Qué pensarán de esto los pacientes internados? No lo sabemos aún, pero podemos afirmar por lo vivido con algunos de ellos en otras instancias de campo, que la relación con el Afuera no es tan homogénea, cuestión que no se verifica en el caso de los allegados, de los sujetos que acompañan, que velan por el doliente. Es decir, quienes más viven la «reificación»[29] de la institucionalidad que recubre toda experiencia dentro del hospital, además de los funcionarios por supuesto, son, los allegados a los pacientes

[29] Taussig toma los análisis desarrollados por Lukács a partir este concepto marxista, para plantear que la racionalidad es también producto del capitalismo, es una mercancía, y nos plantea a la alienación y a la falsa conciencia en términos de pérdida de subjetivación, proceso de cosificación. Ver Taussig, M. «La reificación y la conciencia del paciente», en *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente.* Gedisa, Barcelona, 1995.

internados, porque se hace presente un dispositivo de protección frente al peligro que representa la estadía del *otro prójimo* en el hospital; se la vive cargada de estos valores, que suponen un cuidado por parte de quiénes acceden a sus seres queridos. Se plantea entonces una duda que provoca temor, que sólo puede ser saciada por dos caminos: el conocimiento mutuo entre el allegado y en este caso el investigador, o la disposición de una imagen otorgada por la mediación de la figura hegemónica.

La primera es una experiencia que se abre sin más a lo nuevo o por lo menos a lo ajeno, a lo de afuera, a lo específico del campo de experiencia que se comparte, y la segunda es una experiencia de investidura o de codificación de la identidad del investigador, del sujeto del afuera, y su ingreso como perteneciente a lo instituido marcando su absorción en cierto grado.

Entre estos dos extremos fluctuarán nuestras relaciones con los allegados de los pacientes que se involucran de lleno con los mismos: son quienes esperan los informes médicos, la finalización de una operación quirúrgica, quienes tratan de contribuir a su estadía manteniendo en lo posible el contacto del internado con el afuera, y posibilitando un entorno afectivo para la subjetividad del mismo.

Ahora bien, la obviedad de que para entrar a un hospital y acceder a hablar y compartir momentos con pacientes internados se requiere de un aval institucional, cuando sufre un proceso de extrañamiento, con los efectos que convocamos, como los de distanciamiento, relativización, artificialización, extracción, en fin, de conocimiento y apertura hacia lo desconocido, se nos presenta de otra manera, más aún, podemos encontrar un plano donde enunciar algunas dudas: ¿Qué le otorga al sujeto el investimento institucional de otro desconocido en tales circunstancias, para que éste recurra a su empleo? ¿Cuáles componentes, mecanismos y procedimientos, en la subjetividad de quienes se encuentran acompañando a un pa-

ciente internado, son los que producen y reproducen la necesidad de investir al extraño que pretende acceder?

Se trata de la vida y la muerte, por supuesto. Se trata de los sentimientos en torno a éstas, de la necesidad de contar con un campo emocional que cubra al de experiencia para garantizar un mínimo de calma en el mismo, calma que se necesita frente a los problemas que enfrentan el paciente internado y sus allegados afectivamente ligados. Es fundamental tener un soporte más amplio, un rostro con marcas de poderes legítimos, para poder acceder a las salas del hospital, y eso hace que la legitimación que corre para médicos y funcionarios en general, también corra para los allegados de los asistidos. Y es que tampoco se puede estar con el enfermo todo el tiempo, quizás tan solo algunas horas, y en el tiempo transcurrido sin estar presente el allegado debe sentir que puede estar tranquilo, más aún cuando los problemas de salud requieren de toda la energía para salir lo mejor posible. ¿Qué pasaría si *un cualquiera*, léase, si un sujeto sin identificación institucional alguna, pudiera entrar y salir, meterse con los pacientes internados? Vuelvo a recordar que hace unos años me encontré dialogando con dos pacientes en un pasillo que conectaba la sala de internación con uno de los hermosos patios del hospital, hoy techado. En esa oportunidad en la cual también llevaba adelante el trabajo en el terreno por primera vez en este campo de experiencias, la situación era otra: para el año 2002 los pacientes ya no podían deambular por los pasillos, menos aún en los momentos en que sus allegados se amontonan en las puertas esperando algún informe médico sobre ellos, llenando el hospital con grupos que se mezclan con quienes van a consultas, con los que comparten un mismo edificio, constantemente surcado, además, por estudiantes universitarios.

La obviedad de que es necesario un papel firmado que aporte la constancia de mi situación como investigador para poder acercarme a los pacientes, al ser también fruto de la reflexión antropológica, nos delata determinadas formas de lo

instituido, ciertas dinámicas sociológicas, así como concretos significados y sentidos que son otorgados por determinadas subjetividades soportando y haciendo uso de valores que nos remiten sin duda a deseos y pasiones en general, a necesidades existenciales, creencias y temores. En la situación caótica de crisis institucional, la forma de vivir la enfermedad en este caso, en un hospital estatal, por parte de allegados a pacientes internados sin recursos propios para aspirar a otra calidad sanitaria imaginariamente atribuida por los medios a la salud privada, el ansia de mejoría, el temor ante la muerte, el miedo a que suceda algún error, el deseo de ofrecerle al prójimo la mejor disposición del entorno o campo de experiencia donde se vive, hacen que la institucionalización ejecutada por las autoridades sea también fuente de creencia por parte de los allegados a los pacientes internados. En los pasillos, no se puede pasar por desapercibido, la práctica del vistazo, del ojo-a-ojo es la más recurrente, las miradas se cruzan necesariamente.

> «Pero, ¿qué hay de peligroso en el hecho de que las gentes hablen y de que sus discursos proliferen indefinidamente? ¿En dónde está por tanto el peligro?
>
> He aquí la hipótesis que querría emitir, esta tarde, con el fin de establecer el lugar —o quizás el muy provisorio teatro— del trabajo que estoy realizando: yo supongo que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad.»[30]

Y es que, de esta forma, el hecho de lidiar con la vida y la muerte es investido también, entre otros sentidos, por la *responsabilidad*, que asegura la contingencia, y en esta situación es en cierta forma una maldición, una mala suerte en sí misma, donde el programa que instaura el médico, o que puede deli-

[30] Foucault, M. *El orden del discurso.* Tusques, Barcelona, 1999, p. 14.

near cuando los datos y el caso se lo permiten, es el proceso *por–venir* que se espera se cumpla tal como se lo ha planteado el especialista que tiene como fin la cura del paciente involucrado. Es entonces responsabilidad lo que me otorga el investimento institucional para poder acceder a los pacientes del hospital, una identidad abstracta, una institución por detrás, que dé cuenta, como garante, de mis posibles acciones dentro del campo de experiencia del hospital, al estar en contacto con los pacientes internados.

Este es un tema central en toda etnografía institucional, más en el caso de instituciones totales como el hospital Maciel, u otros centros que pueden ser psiquiátricos o carcelarios. Pero en este caso se puede entrar y salir de los pasillos del hospital, espacio público por excelencia, más en este caso donde existe un patio interior techado con bancos y un expendedor de agua caliente –primordial para el ritual del mate-; se puede llegar en cualquier momento como paciente a internar -uno es un potencial paciente-, y además, la actividad que se desarrolla es la de curación, atención o asistencia sanitaria: el propósito es accionar en todo momento a favor de la vida de los sujetos. Por tanto no es en estos sentidos —relación con el Afuera a través de corredores públicos de circulación por parte de la institución, y potencialidad de uno mismo de ser integrado momentáneamente a la misma por las funciones que cumple— similar a una cárcel. Pero la insistencia y necesidad experimentada por un investimento socialmente atribuido a un rol, en relación a una responsabilidad de antemano establecida, representan realidades muy fuertes de este campo de experiencia que investigamos.

El devenir de la identidad del investigador, los pasos instituidos que en esta dimensión totalizante e inclusiva de todos en el hospital que hasta este momento de acceso se va dando, es la ruta posible según el marco legal instituido, devenir que transforma gracias a investimentos la identidad ante el otro dentro del campo de experiencias del hospital, devenir

que tiende hacia el otro-paciente, pero luego de una larga cadena de mediaciones:

anonimato / facultad de medicina / hospital Maciel / observador participante

En la serie podemos apreciar cuatro instancias-momentos, que no se van eliminando sino que se deviene de una a la otra, por un proceso de institucionalización que implica cierto programa y codificación, pero proceso que no se agota sólo allí, sino que va posibilitando el acceso a pacientes más allá de los roles establecidos en el campo de experiencia, ocupados por médicos, enfermeros, y funcionarios auxiliares así como por pacientes, allegados y asistidos en general. Se forma entonces determinado orden de pasos evolutivos hacia una meta; así se le aparece a la institución con la cual debemos estar en regla, lo exige el propio allegado al paciente, y quizás el paciente también, aunque algunos, como sabemos por experiencia propia, no lo necesitan. Primero se es un anónimo, instancia que como vemos se reiterará posiblemente hasta el infinito ante determinados sujetos y ante determinadas situaciones frente a sujetos ya conocidos; luego se desarrolla un proceso de construcción de identidad frente a quien escucha nuestra propuesta: el investigador presentándose ante los profesionales; otro momento u otra circunstancia variable es la investidura de la Facultad, y con ella de la Universidad. Desde allí y hacia arriba viene el investimento del propio hospital hacia mí, para luego, posicionarme como observador participante, identidad que ya poseo, que expresé y con la que me auto-presento ante los diferentes sujetos, pero que cobraría ahora otro carácter: el necesario para compartir experiencias con los pacientes internados y no tan solo con funcionarios y allegados.

En búsqueda de vínculos II:
Haciéndonos de una manera de territorializar

Llego al hospital a eso de las 10:30, hoy es lunes. Estos días anduve haciéndome de la documentación necesaria; la elaboración de una carta y la obtención de una firma, para presentárselas a la Doctora responsable de Clínica X, tal como ella me lo había dicho. Esta vez me dirigí directamente a la puerta de la calle Washington, donde la situación es completamente distinta a la de 25 de Mayo. La entrada por ésta última seguía igual que la semana pasada, con los grandes portones cerrados; quizás sea utilizada realmente como puerta trasera, mientras la de Washington, que da a esta calle, más tranquila, sin el tráfico de 25 de Mayo, con una plataforma inclinada para ascender de nivel, es la entrada propiamente dicha, la utilizada por los usuarios y funcionarios. Quizá se deba a que es enero, aunque las actividades dentro del hospital, en lo que hace al mundo de los pacientes, siguen siendo igual de intensa, no se modifica el movimiento de los fenómenos que investigamos.

Cuando penetro al nosocomio siento una sensación semejante a cuando pasaba caminando la frontera uruguayo-brasilera en el conglomerado de Rivera-Santa Ana: de semejante forma, podía avanzar y moverme libremente, sin ningún obstáculo que marcara el límite de algo a otra cosa, pero en los hechos pasaba por un umbral que me posicionaba en otro mundo, en los hechos había un pasaje hacia otro campo de experiencias, otro orden del mundo que se disponía en el espacio y que lo cargaba de significaciones propias. Así me afectó, y desde allí da para pensar, la conexión interior-exterior del hospital con la Ciudad Vieja, porción urbana en la que se encuentra situado el edificio de la institución sanitaria pública. Había también en esta puerta, al igual que en la de 25 de Mayo, un mostrador con un funcionario sentado del otro lado, esta vez se trataba de una mujer. Pero en este caso, nadie me preguntó qué quería hacer al ingresar allí, por el contrario, ingresé y salí junto a otros sujetos. En la vereda es común encontrar gente sentada. Sobre el pequeño mostrador había gran cantidad de cédulas de identidad, por un momento pensé que a mí también me irían a pedir la mía, pero no, la situación se limitó a un cruce de miradas con la funcionaria que se encontraba sentada al otro lado, la cual no se dirigió a mí para nada, y vi que a otros tampoco, desviando su mirada y expresándome que yo no era en nada diferente a lo que normalmente ve;

y actuando en consecuencia también normalmente. ¿De quiénes serían esos documentos entonces, a quién y para qué se los pedirían?

Ingresar así al hospital, no ya desde una puerta cerrada por dentro y con un cartel por delante, abierta por una persona desde el interior, y luego un mostrador con un señor que inmediatamente te pregunta qué hacés allí, ofrece otras consideraciones junto a la experiencia de campo anterior. Se dan dos variantes de acceso, dos tipos de pasaje: uno, que es duro, que implica la presencia de pantalla lisa cortando el paso; un sistema de codificación que implica la identificación del propio sujeto ante la institución, que luego lo identifica dentro del código propio, y otro, que es blando, que implica la ausencia de dicha pantalla: un sistema de codificación que no implica la identidad del sujeto que pretende penetrar. Aquí igualmente se abre un espacio de dudas, en relación, como decía, a la presencia de esos documentos de identidad expuestos en el mostrador de esta segunda entrada.

El propio interior se percibe así de otro modo, al ingresar tan anónimamente. Este hecho, sumado a mi experiencia anterior, y, a lo que luego comprendí como la variación horaria del hospital y su movilidad interna, permitieron que me encontrara allí de *otro modo*. Este modo era francamente más distendido, el efecto de *shock* vivido en la instancia de campo anterior no tuvo lugar, estuvo más bien ligado a una territorialización. Tomando en cuenta el proceso de investigación en su totalidad, vemos como es necesaria la instauración de la dinámica de extrañamiento — familiarización del sujeto investigador en y por el campo de experiencia que pretende conocer. Asoma por tanto esta dinámica.

Tomé por el pasillo por el que se accede al edificio, luego giré hacia la izquierda encontrándome con el patio grande que se encontraba hermoso con sus plantas y palmeras. Pasé así por el sector de hemoterapia, y vi grupitos de gente tomando mate, comiendo galletas, charlando, esperando pero con paciencia. La cantidad de gente era muchísimo menor que a la hora del mediodía. En este proceso de territorialización que sufrí, fue importante el cruce de miradas con las personas que se encontraban en los pasillos, sintiéndome más confiado para mirarlos más detenidamente y con ello estar abierto al entorno ante cualquier indicio. Luego, bordeando el patio, tomando hacia la derecha, me encontré frente a la sala Vilardebó, mi destino inmediato. Pero seguí derecho, para mirar más, por este pasillo, donde me volví a encontrar con pequeños

grupos de dos o tres personas, quizás en total unos cincuenta de éstos en toda la planta baja. Giré hacia donde se encontraba antes la sala Pedro Visca, hacia la derecha, vi que seguía la oscuridad allí, con el pasillo cortado por unas maderas y telas plásticas negras, giré hacia atrás y fui hasta la sala Vilardebó. Allí me encontré con una joven de menos de 20 años. Le pregunté lentamente si era la sala que buscaba, me dijo que sí, le di las gracias, entré, vi a una anciana sentada en un silla de ruedas contra la pared del fondo del pequeño hall interno de la sala, la saludé, miré hacia mi derecha y vi la sala de internación, tranquila, con muy poca gente circulando en la misma. Vi a una señora mayor de 50 años sentada en su cama, mirando algo que tenía entre sus manos, vi que todas las camas estaban separadas por biombos de un celeste opaco, que se mantenía libre un eje central por donde circulaban los que tenían túnicas blancas. Giré hacia mi izquierda y subí las escalerillas.

Arriba me volví a encontrar con una escena similar a la de la ocasión anterior. Nuevamente estaba la doctora responsable de la Clínica X con un grupo de personas exactamente enfrente de donde daba la escalera. Llegué hasta allí, saludé frente a su mirada y me quedé en medio de un diálogo entre profesionales de la salud. Mirando hacia otro lado, al minuto, cuando algunas de las internas se desplazaron, pasé hacia la zona de los bancos largos. Allí estuve parado contra el fondo, al lado de las escalerillas, mientras que las doctoras le mostraban a un joven albañil lo que debía hacer en la zona de los vestuarios de los docentes y estudiantes internos, que descubrí que se encontraban allí, contra la izquierda al fondo. Luego, cuando me di cuenta que esta situación tomaría un tiempo considerable, me senté en el último de los bancos de madera. Algunos que entraban me miraban, era claro que yo no correspondía a ningún perfil de los que están acostumbrados a ver en ese espacio. Mientras tanto, la doctora charlaba con otras y con el albañil, yo tomaba aliento y descansaba un poco del fuerte sol de la calle en esta mañana, y observaba más detenidamente el espacio en el cual me encontraba, el de la Facultad de Medicina designado para el desarrollo de los cursos de los internos.

Los bancos de madera eran de dos metros y medio de largo, eran unos diez, había algunas plantas sobre los costados, sobre la pared que da al exterior, la de la derecha, uno de los lados largos del rectángulo. Sobre esa pared, tres aberturas conformadas por ventanales pequeños, desde los cuales se veía el mar, y en una segunda dirección, más cerca pero más hacia abajo, la entrada del

anexo al hospital en la vereda de enfrente donde había cientos de personas haciendo una cola. Entretanto, miraba lo que pasaba al fondo de la sala principal, donde dan los pequeños vestuarios, a ver si no se olvidaban de mi presencia. En ese momento entraron tres internos, dos mujeres y un hombre, cercanos a los 30 años. “Hola profe”, dicen, a lo que no obtienen respuesta por parte de ésta, que los mira sin decirles nada mientras sigue con el albañil al fondo. Los internos me miran, y sin respuesta, ingresan a otro espacio, sobre el otro lado largo del rectángulo, que es una mezcla de cocina y espacio de reunión estudiantil separado de donde yo me encuentro por un vidrio esmerilado y conectado por una abertura que se lleva casi la mitad de la pared de vidrio. Seguí esperando, mostrando serenidad, y dejando que las percepciones que iba experimentando desataran todo tipo de reflexión y de fugas de otro tipo también. Sobre la pared de los ventanales, vi que colgaban placas conmemorativas. En una de las tres, el sujeto era la doctora, y en las otras dos otro doctor; en todas, el predicado era el mismo, una generación de estudiantes de medicina le agradecían al sujeto por la entrega en su labor docente. También colgaban dos cuadritos de marcos dorados finitos conteniendo reproducciones de acuarelas de dos naturalezas muertas.

El clima tomaba matices y mostraba zonas claras y oscuras: se trataba para mí desde allí en más de un territorio determinado, que no iba a dejar de parecerme diferente cada vez, pero que ya cobraba para mí una forma: lo experimentaba como un territorio existencial, un agenciamiento territorial con su composición y procesualismo. Por eso no se trata de que el antropólogo aterrice y se instale, se sedentarice, se trata de que pueda hacerse de mecanismos de entrada y salida, de páramos donde experimentar y fugar nuevamente. Por eso no se trata de hacerse de un territorio en el campo que investigamos, sino de hacerse de una manera de territorializar, que es una manera de desterritorializar, porque no existe ningún territorio que sea único, que permanezca invariante, sin transformarse, y por lo tanto no podemos sino tener formas de salir de ellos para no sedimentarnos nosotros también, presas del mismo. Se trata de territorios de vida, en nuestro caso de vida humana, tanto el espacio dedicado para los estudiantes de medicina como las salas de internación que ocupan los pacientes, campos de experiencia con vida propia, con sedimentaciones e intersticios específicos.

Seguí allí sentado al fresco, en eso la doctora se asoma a la sala de descanso de los internos, y yo levanto la vista, se la dirijo e

intento decirle algo, a lo que ella me dice que ahora me va a ver y me muestra su palma de la mano extendida hacia mí. Al minuto se retiran el albañil y las otras doctoras que la acompañaban; la doctora me llama a su oficina. Cuando entramos veo una pequeña biblioteca, un escritorio y algunas sillas, le digo hola y le doy un beso en la mejilla. “Tomá asiento”, me dice, y veo que se sienta no frente a mí detrás del escritorio sino a mi lado, contra la pared y el escritorio. Saca un cigarrillo, yo digo que también entonces voy a fumar, naturalmente saco mi cigarrillo, y ella me dice que sí, que me da permiso. Allí nuevamente saboreo el campo de experiencia en el cual estoy inmerso pero manteniendo una distancia, y con ella, produciendo una transformación en el mismo. Fumando los dos, tomo la carta de recomendación y se la doy para que la lea.

Mientras la leía, miraba hacia la ventana que da a la boca de la bahía y observaba también los objetos del lugar. Después de más de medio minuto, sin levantar la mirada de la hoja, me dice que la carta está ‘perfecta’. Exhalé aire, y comenzamos a charlar.

Me dijo que la iba a presentar ante el director del hospital, que lo iba a ver al día siguiente porque tenían reunión. Que allí se la daría y que pensaba que todo estaba bien. “Bueno”, le dije, y traté de apresurar los trámites, le pregunté cuánto tiempo creía que tomaría esto. Me contestó que en unos días, y me contó lo que yo ya sabía, que se iba de licencia en febrero. Me mostré sorprendido y atento, ella me dijo que me conectaría con el doctor R., a quien mencionó con un apodo que no recuerdo, y con este hecho, aunque parezca muy sutil, me sentí nuevamente experimentando una territorialización. La conversación cambió, charlábamos fumando. Le pregunté cuando podría saber el resultado de la gestión, y me dijo que en breve, que ella iba a estar toda esa semana. Allí le dije, que sabía que estaba corta de tiempo, pero que me gustaría tener aunque fuera una hora para entrevistarla sobre los pacientes internados del hospital. Hablá con R. me dijo, dándome a entender que ya era bastante el trabajo extra que yo estaba exigiéndole para su última semana dentro del hospital antes de descansar. Le di las gracias por todo lo que estaba haciendo, refiriéndome explícitamente al hecho mencionado, pero volviendo a insistir en un plazo de tiempo corto para mi demanda. Cortésmente me pasó el número del teléfono interno, para que llamara alrededor del jueves. Igualmente le volví a preguntar cuándo podía pasar, me comentó que ella estaba desde las 8:00 allí, “¿estoy viniendo tarde yo, no?” le pregunté, manifestando mi interés por el funcionamiento de este mundo, así como mi

ignorancia sobre el mismo. Me volvió a decir que se iba a encontrar con el director del hospital en breve y que todo saldría bien, dejando igual un margen de duda, a lo que yo le dije que por cualquier problema podía hablar personalmente con él. “No, no, no hay problema me dijo”. Apagué mi cigarro, que estaba por la mitad, le volví a dar las gracias, y le dije que era la única manera que veía de ingresar a la institución para poder seguir trabajando, que me parecía lo correcto. “Claro, claro”, me dijo, mientras veía algunos papeles propios sobre el costado de la pequeña biblioteca. “Además”, agregué yo, “la idea es que el hospital pueda hacer algo con los resultados de la investigación”. Ella se mostró muy cortés y hasta cierto punto interesada por la cuestión y el perfil que le planteaba. Nos saludamos con un beso y bajé.

Cuando bajé me encontré con los pasillos muy parecidos a como los había visto cuando entré una hora antes. Era evidente que la situación era distinta al mediodía; se puede especular que existe un momento de irrupción, cercano al mediodía, donde el hospital se transforma abruptamente por la densidad de los sujetos allegados de los pacientes internados y sus cualidades. Quizás se sume la hora del almuerzo, con la de los informes dados por los médicos, y el horario de visita. Eso habría que verlo. Lo interesante también es que estas observaciones finales, junto a lo que había vivido allí arriba, me hicieron volver a especular sobre la forma en que estaba accediendo al objeto de investigación. ¿No podría haberme enfrentado directamente a los allegados de los pacientes, y desde ellos conectarme con los mismos? ¿No habían sido acaso muy fluidas las breves interacciones con los allegados que había entablado esta vez y la anterior? ¿No me planteaba la doctora que era posible haber entrado por allí hasta a los pacientes? ¿Qué ventajas y desventajas implicaba esto para mí actividad de investigación? Era claro, pensé, que nada me impedía tratar de persuadir en el momento a algún allegado de algún paciente y acercarme a hablar con éste, luego insistir en ese vínculo y continuar en esa línea. Pero inmediatamente me percaté de que esa vía, como había pensado, no me conduciría muy lejos por sí sola, pero sí junto a la anterior, abriendo varios frentes de indagación. Primeramente, como ya he establecido como un hecho, el valor de lo instituido en el hospital es muy poderoso y se expresa vivamente en los allegados, aunque la impresión anterior se había dado en el marco del mediodía y en este momento, siendo más temprano, la situación parecía más distendida por la menor

densidad humana: era claro que temprano iba a tener que darle explicaciones a los funcionarios.

Además, los funcionarios de la salud no son para nada un estorbo en la investigación, por el contrario, son los actores más importantes de los acontecimientos estudiados junto a los pacientes y los allegados a los mismos. Son ellos quienes toman en sus manos la labor de sacar a adelante la vida de los que llegan con dolencias en situaciones mortales. Es un hecho también que ya no se veían pacientes en los pasillos, como sucedía tres años atrás. Quizás el emplazamiento de la sala que visité, junto al otro patio grande, favorecía otro tipo de espacialidad del paciente, ya que los otros espacios de internación de la planta baja no dan hacia algún patio, sino que se encuentran dentro de las salas que implican un portal y más que el espacio de internación. Las distancias con los pacientes, allegados y funcionarios de la salud son tres vectores diferentes, que irán variando a su manera, tres series discontinuas que se entrecruzan en lo que es el escenario social, el espacio de socialización experimentado, el ámbito de interacción, el campo de experiencia compartido. Estas tres series de devenires de relaciones que el investigador entabla con cada sujeto que corresponde a cada uno de los tres roles posibles dentro de la visibilidad de la cotidianidad del hospital, compondrán diferentes redes que a lo largo del tiempo constituirán la genealogía de la experiencia del trabajo de campo a desarrollar allí. Ese fenómeno está dimensionado en la interacción contratransferencial del investigador, y es por ello que es resultado de la relación entre el objeto y el sujeto, y entre los sujetos que comparten, por la insistencia de uno de ellos, -el investigador-, la objetivación de una problemática que se convierte así en colectiva, intersubjetiva, intersticial: cómo hacen para sobrevivir allí, para mejorarse los pacientes internados, y qué posibilidades se abren para mejorar más su salud.

El proceso ya está en marcha, por ahora en el campo de los funcionarios de la salud, y la aclimatación frente a los otros dos roles también esta conseguida. La forma de acceso que se ha tomado y que está siendo dada, la sigo pensando como la más correcta, la más ética y fértil, y el acceso a nuevas visibilidades se está dando, con ello la investigación ya ha sido iniciada con la entrada a un campo de experiencia de mi parte, y con la apertura, la diferencia que provoco en éste, que plantea para los sujetos que lo viven y reproducen cotidianamente una fuga a la vista: para la doctora directamente encargada de mi acceso a los pacientes, cierta exigencia

de horizontalidad de una mirada que busca algo que no queda muy en claro, pero que tiene que ver con la forma de ser de la gente allí internada, que piensa en términos de 'estrategias' y 'alternativas', y desde lo que llama 'ciencias humanas' y de alguna manera es algo nuevo pero que está referenciado por la institución universitaria. ¿De qué se trata?

En búsqueda de vínculos III: El poder médico y el aparato de captura

Llamé a la doctora de la Clínica X, a la 'Profe', el jueves de mañana como habíamos quedado, me atendió ella misma. Me dijo que fuera al otro día, viernes 1º de febrero, para conocer al Dr. R. A eso de las 9:00 yo estaba entrando al Maciel nuevamente por Washington. Ahora iba más temprano que en las ocasiones anteriores y la cantidad de gente en los pasillos era casi la misma, me pareció, que a las 10 u 11 de la mañana. Sin más me dirigí hacia la sala Vilardebó donde me esperaban y yo llegaba un poco pasado de hora. Se veían pequeños grupos de dos o tres personas tomando mate y comiendo galletas, sentados en sillitas playeras algunos, otros en bancos del propio hospital. Existe un rincón, que ahora puedo recordar, las veces anteriores también estaba ocupado por más gente que el resto de los espacios de la planta baja. Es un recodo que se forma al unirse los pasillos en el ángulo recto a la izquierda de las puertas de la calle Washington. Allí había cerca de diez personas también con mate y galletas. Quizás una de las razones por las que miren tanto, así me volvió a parecer cuando los observé nuevamente, sea que, la expectativa se combine con el aburrimiento, aunque los signos de tristeza en algunos rostros marcaban un tono más general, no sabemos si el esperable o no.

Subí hacia la sala Vilardebó y me encontré con un grupo de cuatro doctoras y un doctor tomando café o té sentados en los bancos largos más adelante. La doctora enseguida me reconoció, me saludó, y le dijo al señor que estaba allí que yo era el muchacho del que le había hablado. "Ah, sí", contestó él, ella me preguntó mi apellido, y cuando le di la mano al doctor, le dije "Eduardo, mucho gusto". Luego me dijo que esperara señalándome la entrada al recinto, cuando yo ya estaba haciéndole el gesto de que me dirigía hacia

allí, y les dije que charlaran tranquilos, yéndome del grupo tras el retorno de los diálogos que versaban sobre patologías y exámenes de rayos X. Menos de medio minuto más tarde escuché, estando de espaldas, que él me decía que pasara al espacio destinado al ámbito público de los estudiantes pasantes, la mezcla de cocina y estar.

"Bueno, ¿qué es lo que querés hacer acá?", fue la primera pregunta que me hizo mientras me sentaba en la mesa, en ángulo recto con él. El Dr. es más bien bajo, usa lentes, un bigote espeso y gris, cara redondeada y pelo algo canoso, y tiene una mirada por lo general gacha. Enseguida prendió un cigarrillo. "Bueno", le dije, "quiero estudiar la situación de los pacientes en el hospital, los procesos de salud en ellos, cómo conciben la enfermedad y qué hacen para curarse", o algo así. Inmediatamente empezó a desplegar una serie de datos muy relevantes, a lo que yo saqué mi libreta de campo y comencé a escribir sin parar frente a una densidad no esperada. Luego después de un rato largo en que me planteó la situación institucional en ese momento, en tanto yo le preguntaba sobre el modelo que estaba realmente en funcionamiento, se instauró el diálogo sobre los pacientes caracterizado claramente por la ausencia de un sujeto que era objeto común y estaba colocado allí en el medio de nuestras miradas. Después, aclaré nuevamente mis intenciones y la investidura institucional que había tomado para ingresar, tratando de apresurar el proceso de acceso. Me dijo que inevitablemente, mi propuesta tenía que pasar por el Comité de Ética del hospital, y ¡oh casualidad!, él era el presidente de dicho aparato. También me dijo que cualquier intervención en pacientes tenía que pasar por el consentimiento del mismo, es decir, que yo tenía que hacer firmar a cada paciente con el que entablara un vínculo, una carta donde éste aceptara participar en la investigación. "No hay ningún problema" le dije, mientras mi cabeza se imaginaba la complejidad de este tipo de abordaje. "¿Y todas las investigaciones de la Universidad necesitaron de este mecanismo?", le pregunté, y me contestó que sí, que cualquier cosa que se quiera hacer con el paciente él debe saberlo.

A esas alturas ya nos tuteábamos; manifestó que era muy interesante el estudio y que era difícil. Volvió a agachar la cabeza, y me comentó de un estudio realizado por el área de medicina social de la facultad sobre la concepción de los enfermos acerca de su propia enfermedad.

Me dio porcentajes, por supuesto interesantes. Según me dijo, más del 40% de los consultados no conocía el nombre del médi-

co que lo atendía, y calificó a la situación como bochornosa. “Yo te lo voy a tratar de conseguir” me dijo. Le hablé más sobre el perfil de paciente que buscaba, sobre el tipo de territorios que me interesaban, dejándolo abierto a la propia realidad que quería conocer, que era sensiblemente otra. El hospital tiende a las pequeñas salas de 2 o 3 pacientes, y a estadías cortas; me dijo que igual quedaban salas grandes, la interior a la Vilardebó, que sólo es de mujeres, y otras salas en el piso de arriba. Todo eso corroboraba mis observaciones anteriores. No dejamos en claro cuál tomaría, pues consideré interesante replantear los objetivos en relación a la realidad espacial del momento y a las tendencias políticas que se estaban ejecutando y que marcaron el devenir futuro a corto plazo, pues como me dijo, a partir de entonces se estaría llevando a cabo la reconversión del sistema asistencial del hospital. Le insistí sobre los plazos y tiempos, quince días más o menos” me dijo, *‘son los tiempos del hospital’*. Nos despedimos con dos apretones de manos, en realidad podría haberme quedado más tiempo hablando, él me miraba con una sonrisa. Quedamos en que tenía tiempo los lunes y los viernes más o menos a las 9:00, “como viniste hoy” me dijo, y salí, no sin antes asomarme por el escritorio contiguo al que había estado la vez anterior, pedir perdón y saludar a la doctora a quien no vería durante todo el mes, o quizás nunca más, y que me había recibido antes que nadie. Me saludó con una sonrisa, con una ficha médica entre sus manos y bajé. Di vueltas y subí a la planta alta, pasé por el espacio de recreación hecho por las religiosas que estaba cerrado, me gustó la luz que pude entrever desde allí, y entre miradas nuevamente atentas de allegados en los pasillos, que seguían siendo pocos, me fui del hospital.

Me había vuelto a sentir poderosamente extraño, y era porque me había encontrado en el campo de experiencia desde posiciones asignadas por los sujetos de allí mismo, por la autoridad del dispositivo de poder que allí se despliega. En cierta manera me sentí intimidado por el Comité de Ética, aunque el problema era más de tiempo que de otra cosa, de burocracia que de juicio, lo que sí me despertó la necesidad de reflexionar y dar a luz estrategias fue el requerimiento de la firma de un papel por parte de todo paciente consultado, a los ojos de la institución. Esto implicaba un grado de capacidad de interacción muy grande, más bien un grado de soltura tal ante el Otro desconocido, que lograra captar su atención y establecer el vínculo sin que la distancia del aparato institucional abortara dicha acción investigativa. Al final resultó ser algo innecesario en

los vínculos que se fueron estableciendo con todos los pacientes y sus allegados a lo largo de los años.

Me quedó la impresión de que el discurso del doctor era humanista, que se afirmaba desde los valores que hacen a la superación de las dificultades por parte de los pacientes, y a la vez, la otredad remitía siempre a un modelo que el sí-mismo conformaba, en este caso, dentro del imaginario social uruguayo: los valores de clase media, la ciudadanía culturosa y demás, que implican una jerarquización de los sujetos donde la 'cultura' es realmente entendida como capital simbólico de mucho valor para establecer distinciones importantes. ¿De qué tipo de universo de valor se trata, no sólo como paradigma médico, como espacio de enunciación, cuáles son los modos de subjetivación que sostienen o son afectados por cuáles diagramas instituidos? Ahora vayamos a lo dicho en la charla sobre los pacientes, para retener elementos sustanciales del objeto de estudio concreto que ya está esbozándose con mayor claridad, y también para tomar como objeto el espacio de enunciación instituido en el hospital que es su mayor cohesionante. Cuando nos sentamos, como decía, luego de prender un cigarrillo, el doctor comenzó preguntándome qué quería hacer allí, a lo que argumenté como vimos la necesidad de conocer el punto de vista del paciente. Enseguida, él me dio la bienvenida, diciéndome que había llegado al hospital en un momento muy especial. "*Antes eran todos de los 'rancheríos'"* me dijo, "*ahora*, con la crisis mutual, *hay una amplia gama social, que va desde los 'lumpen' a gente con un 'nivel cultural importante'. Te vas a encontrar con una muestra heterogénea"* continuó, *lo que va a hacerte difícil la investigación".* Me iría a encontrar según él, con gente que disfrutaba de cierto bienestar: casa, núcleos familiares, etcétera. "*A los del Borro no los venía a saludar nadie",* me dijo. Le pregunté si la crisis a la que hacía referencia la ubicaba más o menos desde el gobierno de Lacalle (1990-1994). Se quedó en silencio, me dijo que no, que se refería al año 2000, a los momentos del aumento de la cuota mutual, a la escalada de la desocupación y con ella la pérdida de DISSE, del seguro laboral. Según él, desde la perspectiva la docencia la situación era mejor porque los estudiantes se encontraban ahora frente a algunos pacientes que "*le podrían dar clase a ellos mismos', que podían comprender el lenguaje médico"*. Se refería nuevamente a una diferencia de valor en relación a los pacientes según una escala jerárquica. Me comentó que el hospital estaba embarcado en un *proceso de remodelación y mejoras sustanciales*, en su planta física (*la sala Pedro Visca va a*

ser una de las mejores, va a quedar a la altura de los más importantes centros hospitalarios, con tecnología actualizada, etcétera), haciendo hincapié en la idea de que los servicios no tienen que depender tanto del MSP, sino ser *auto-gestionantes*, tienen que *vender servicios*. Llegó el momento en que le pregunté sobre el origen de estas propuestas. Me dijo que eran directamente obra del entonces ministro Fraschini, y mostró todo su apoyo al programa, "*mientras está Fraschini la tendencia es a eso, estar más o arriba que las mutualistas"* dijo, alegando que lo que tenían como bandera para competir en el mercado de la salud era la calidad de los conocimientos médicos del hospital, "*acá no te atiende un médico, te atiende un equipo médico"*

"Agarrás al hospital en una 'transición institucional", "el paciente va a estar menos tiempo en las salas de internación, en febrero arranca la atención a domicilio, cuando se le da el alta", y una vez por semana se va a hacer una atención domiciliaria de corte enfermeril, eso sí, tomando como requisito la existencia de un *'núcleo familiar continente', se sabe*, *que el paciente se cura mejor en la casa.* Y se trata además, o en efecto, de una política del ministro de reducir los gastos, de hacer más eficiente el hospital. *Los ingresos fijos*, es decir, traduciendo, los pacientes que se internarían durante mayor tiempo, serían los más graves. De 15 días de internación, 5 los van a pasar acá, y 10 allá en la casa, los médicos van a ser distintos, siendo el de internación el más importante frente al de domicilio", que, me dijo, expresando la necesidad de una articulación, "*va a andar con el teléfono del otro médico acá"*, señalándome el bolsillo de su camisa. Le pregunté por el papel de la Universidad en el Maciel, y me dijo que los servicios de medicina y cirugía correspondían a la facultad de Medicina, y el laboratorio, por convenio, era usado para las prácticas por Facultad de Química, es decir, *'es un hospital universitario'*. Se me iban afirmando mis hipótesis anteriores, le conté que había estado allí hacía un par de años y que había conversado con dos pacientes de la entonces sala Pedro Visca, que estaban sentados en los pasillos, sabiendo que eso entonces no se daba y buscando hurgar en estos cambios. "*'Era un campamento'* me dijo, *ahora es mucho mejor, ¿no?"*, la otra situación era para él insostenible. "*Ahora los dejamos ver televisión hasta las 11:00 o 12:00 de la noche, cuando ellos la traen, y la radio se les permite traer, y se les pide que tengan auriculares, cuando se trabaja, es decir, cuando los médicos ingresan a la sala para la rutina, se les pide, por supuesto*

que la apaguen". De esta forma me siguió hablando sobre la condición de vida de los pacientes allí.

"En planta alta, ahora hay un ambiente particular, es el de las *'damas celestes'"*, celestes en broma me dice, no recordaba el nombre de las Hermanas de la Caridad. Ellas habían creado un espacio recreativo para los pacientes con actividades lúdicas: ajedrez, cartas [...] "*A muchos no les interesa me dice, a otros sí, los ha ayudado mucho"*. Planta baja corresponde a medicina, y la alta a cirugía, luego me dijo, que "*'un médico no es igual a un cirujano', para éstos, se trata sólo de un corazón o un riñón"*, "claro" le dije yo, "un órgano suelto, ¿no?", a lo que me miró y me asintió con la cabeza y siguió con su discurso. En ese momento entra la estudiante de facultad con su túnica blanca, tímidamente, a plantearle algunos asuntos de asistencias a las clases. Cuando se retira, más o menos a los dos minutos de haber aparecido, me comenta que él es el encargado de todos los estudiantes que cursan sus prácticas, 500 en total, que van de tercero y quinto año de la currícula, eligen una clínica y trabajan en ella durante los tres ciclos.

"Bueno, ¡te tengo que explicar también cómo es la carrera nuestra!..." exclama, moviendo los brazos; por supuesto le contesté, soy todo oídos.

Siguiendo estas instancias de acceso de la entonces etapa central de campo en el hospital Maciel, entre 2001-2003, luego de más de dos años de la etapa precedente, podemos seguir conceptualizando la problemática del acceso al objeto de investigación. Al ser nuestro objeto un campo de experiencias humanas a partir de la vivencia del mismo campo como método principal, el proceso de acceso involucra a todo el flujo de extrañamiento—familiarización, a toda la labor antropológica, desde el campo hasta la mesa[31], como extremos ideales; la graduación de la creencia tiñe tanto la participación del etnógrafo en el campo como las reflexiones derivadas a partir de la misma en la instancia reflexiva y conceptualizante de la producción de conocimiento. Por esta razón, metodológicamente

[31] Velasco, H. - Díaz de Rada, A. *La lógica de la investigación etnográfica.* Trotta, Madrid, 1997.

nos enfrentamos a la necesidad de desarrollar una «vigilancia epistemológica»[32], un arduo trabajo sobre nuestros «supuestos básicos subyacentes»[33], tanto en la experimentación vivencial como en las herramientas conceptuales que tenemos para ello. Como podemos apreciar tenemos una instancia signada por el «shock»[34], buscado intencionalmente, donde resaltan todo tipo de cualidades y cuestiones aparentemente sin mucho valor ante la mirada de lo obvio. Luego se experimenta la posibilidad efectiva de ingresar al campo, a las vivencias del hospital, en la búsqueda de una forma de territorializar lo vivido, en la inmersión. Posteriormente, haciendo el movimiento opuesto hacia afuera, volviendo a distanciarse, las vivencias y reflexiones giran en torno a la incomodidad y el conflicto de una posición que va tornándose asignada, —como natural producto del proceso de inmersión que resulta en una inserción—. Proceso de construcción de roles por parte de los sujetos del campo de experiencias. De esta manera podemos hacernos una idea general de los dos extremos —el campo y la mesa—, que van de ahí en más a ser las dos direcciones ambiguas y antagónicas que dispone el método etnográfico puesto así en funcionamiento en el campo de experiencias específico: el hospital.

La cuestión es por tanto afinar, como a un instrumento, en los extremos del trabajo antropológico, el campo y la mesa, es decir a través de todo el flujo de extrañamiento—familiarización, en sus diferentes mezclas y grados, las de participación y ausencia, las de inserción y fuga. Que de allí surja conocimiento, que de dicho ejercicio se produzca un conocimiento, un saber, depende de la calibración, del tratamiento de este flujo tanto en el campo de experiencias indagado como en

[32] Bourdieu, P. – Chamboredon, J.-C. – Passeron, J.-C. *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos.* Siglo XXI, México, 1991.
[33] Gouldner, E. *La crisis de la sociología occidental.* Amorrortu, Buenos Aires, 1988.
[34] Taussig, M. «La nostalgia y el dadá», en *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente.* Gedisa, Barcelona, 1995.

las afirmaciones y conceptualizaciones derivadas de éste y la generalización derivada de la teorización a partir del estudio de caso. El propio conocimiento incluye por tanto, —buscando elementos para sostener aún más, para llevar al extremo lo afirmable—, una indagación metodológica autorreflexiva sobre las particularidades de las técnicas de investigación producidas por las circunstancias resultantes. En el otro extremo co-presente, en el campo, se nos impone llevar también hasta el extremo la participación en el hospital, tensar los mecanismos para conocerlos, tratando de no quedar presos de éstos, cuando todo tiende a lo homogéneo y unidimensional. De esta manera la etapa de acceso, la instalación de un procedimiento de investigación en un campo de experiencias por parte de un sujeto cognoscente termina cuando hemos encontrado un ritmo en el flujo, cuando hemos logrado encontrar los mecanismos de control para graduar la creencia, cuando el contexto de descubrimiento y el contexto de justificación, afinados, nos dan una visión nítida de lo real enfocado, una calibración de la distancia y la proximidad: toda una óptica como lo mostrara Spinoza, y no un ejercicio de legitimación ante reglas preestablecidas a las que hacer referencia, en torno a un objeto, en torno a una problemática, para conseguir una validez.

> «Podemos representarnos al conocimiento humano como un mar, cuya superficie es más fácil ver y describir. Debajo de esa superficie, la visión se va haciendo, naturalmente, cada vez menos clara; hasta que, en una región profunda, ya no se ve: se entrevé solamente (y, en otras regiones más profundas, dejará de verse del todo) [...] De modo que, si el que quiere describir o dibujar esas realidades, nos presenta las cosas del fondo con la misma nitidez de dibujo que las cosas de la superficie —estoy queriendo decir: si alguien nos da una metafísica parecida a la ciencia—, podemos afirmar sin cuidado que nos da el error, en vez de la verdad parcial de que somos capaces.»[35]

[35] Vaz Ferreira, C. *Lógica Viva,* en Ardao, A. *Introducción a Vaz Ferreira.* Barreiro, Montevideo, 1961, p. 28.

Estos mecanismos de graduación como los llamara Vaz Ferreira, son aquellos que nos permiten divisar los fantasmas, los miedos, y desbaratarlos a lo largo de todo nuestro flujo de trabajo, transformar la angustia en método como dice Devereux[36], establecer lo sólido y captar las variaciones, hallar lo sustentable y divisar donde no hay fin. En lo que hace a la mesa: señalándolo por medio de la inscritura, la conversión de experiencia en registro, en este caso, el uso de la escritura, y desarrollar a partir de ello afirmaciones y conceptualizaciones; y en lo que hace al campo: moverse entre los fenómenos, lo instituido y lo instituyente, los diferentes roles y escenas, lo más fluidamente posible, vehiculizándonos y a la vez tratando de no caer en ningún inmovilismo, productos de miedos, angustias y supuestos –como hemos visto–, o simplemente respetar la producción de conocimiento con sus momentos e instancias de aprendizaje sucesivas.

En ese sentido está claro que el mayor problema ante el cual nos enfrentamos es el carácter institucional que engloba al fenómeno de las estrategias elaboradas por pacientes internados en el hospital, vivenciado por el etnógrafo a la hora de su inserción, de su inmersión real en los hechos, siendo presa consciente de los investimentos ejercidos, ahora sobre él mismo así como sobre los demás actores involucrados. En nuestra investigación en el hospital Maciel entramos en un campo de experiencias con códigos fuertemente anclados en lo social e histórico, nuestra presencia como algo nuevo implica para estos códigos una alerta, un ruido, en medio de dos mundos claramente disociados que conviven conflictivamente: el de los profesionales de la salud y el de los pacientes y sus allegados, mediados por una variedad de otros personajes con sus formas de subjetivación y posiciones asignadas en el cuerpo total en la cotidianeidad del hospital, como los porteros, los practi-

[36] Devereux, G. *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento.* Siglo XXI, México, 1996.

cantes, los promotores de los laboratorios, los agentes policiales, los auxiliares de servicio, etc.

Pero sobre todo, el investimento más abarcativo es el otorgado por el Estado que, a través de su MSP, en la administración del llamado hasta el 2007 sub-sector público, decide los destinos del hospital, más aún a partir de la actual reconversión de todo el sistema. Todo el campo político uruguayo se nos presenta como el techo más alto, el rostro institucional más abstracto de todos, no por ello concreto, real pero sí casi imposible de ser afectado desde nuestra participación como investigadores. La entonces coyuntura de crisis institucional, y en particular en torno a la salud, marca el carácter rígido y la actitud de desconfianza que naturalmente despierta nuestra petición para ingresar a las salas de internación en los tiempos más críticos. La vía administrativa a través de la preparación de cartas y peticiones siguió en marcha y la posibilidad de llegar a un fin próximo se vio muy comprometida a partir de los últimos acontecimientos que sacudieron las estructuras sanitarias del Estado con cambios repentinos de autoridades ministeriales y casos de muerte por negligencias que sacudieron a la opinión pública nacional a través de los medios hasta entrado el 2005.

En una entrevista con uno de los informantes calificados tomados en esta investigación, el psicólogo Nelson de León[37], docente e investigador en hospitales psiquiátricos, dedicado a estudiar los procesos de cronificación y locura, me confirmaba la intuición que mantiene en movimiento la investigación en esta difícil etapa de acceso. Vas a tener que vértelas todos los días con eso, vamos con escarbadientes al campo, y encima con la punta rota, me dijo. El propio campo de experiencias investigado, la salud pública encarnada en la particu-

[37] Entre sus trabajos señalamos «La locura y sus instituciones», junto a J. Fernández Romar, en *III Jornadas de Psicología Universitaria*, Multiplicidades, Montevideo, 1996; y «Breve ensayo acerca de la locura y la enfermedad mental», en Semanario *Siete sobre siete*, Nº 34, Montevideo, 26 de abril de 2004.

laridad del más antiguo hospital de nuestra sociedad uruguaya, es lo bastante inestable ya de por sí; y lo era más aún en el contexto político-institucional de entonces, que incluía la reciente renuncia del ministro. "Lo importante es asegurar las condiciones para poder investigar", me seguía diciendo, pero cotidianamente estaría frente a los reclamos y codificaciones de la institución total hospitalaria, los tiempos son pautados por ésta, como me dijo el Dr. R., *son los tiempos del hospital*, y a ellos hay que ceñirse si lo que se quiere es conocer realmente lo que sucede allí con los seres humanos, sus estrategias ante las condiciones vigentes. Es condición necesaria para ello calibrar el rol del investigador ante los investimentos institucionales, extrayendo de cada instancia de campo materia prima para pensar los fenómenos allí experimentados, encontrando en ello el grado de valor que permite la creación de conocimiento al respecto, y seguir tensionando a la vez que midiendo las posibilidades. La etapa de acceso culmina así como instancia inicial dentro de las generalidades de la investigación, pero no en la particularidad de cada nuevo encuentro que a lo largo del trabajo de campo se vaya experimentado. La etapa de acceso culmina también cuando, como veremos a continuación, el investigador logra arriesgarse abriendo nuevas vías hacia el mismo objeto de investigación, cuando se divisan otras alternativas, ninguna excluyente, todas esenciales y a seguir, paralelamente en un mismo devenir o proceso de trabajo.

Entrevista con allegado: *por fin la operan*

Hoy, vuelvo al hospital para encarar la cuestión del acceso institucional, lo que vendría a ser un cuarto capítulo en el acceso de esta etapa, pero donde también esperaba abrir otra dimensión, la de los sujetos de investigación otra vez.

Estaba dispuesto a irme del hospital con algo más que contactos y postergaciones. Ingresé a las 10:20 otra vez por la calle Washington, dirigiéndome directamente a la sala Vilardebó en busca de los sujetos ya tratados, y pensando en realizar una entrevista a uno de los médicos encargados de la docencia de los universitarios. Cuando ingreso a la sala veo mucho movimiento, se estaban haciendo las rondas por parte de los practicantes, eran casi la misma cantidad de personas que las que estaban en cama, una verdadera invasión de túnicas blancas, que se movían como si estuvieran en un museo o en una sala de exposición de piezas. Se sentía el efecto, al haber tantos y tan distinguibles, desde lo más interno del pasillo central entre las camas hasta la entrada misma de la sala que conecta con la escalerilla de ascenso a las oficinas universitarias. Ellos penetraban cortando el límite que para mí era transitoriamente infranqueable, entrando y saliendo con todo poder, moviéndose y nucleándose en torno al profesor de turno. Subí por las escalerillas y me encontré con la imagen de la doctora en un diálogo con otro médico en su oficina, y, del otro lado del escritorio, una joven también de túnica. Me miró y nos saludamos, enseguida me dirigí hacia el espacio de los bancos largos. Allí había un grupo de tres estudiantes sacando información de los requisitos que se habían publicado para los distintos cursos, así como la lista de integrantes. Les pregunté por el Dr. R., me preguntaron si no sabía que el Dr. había sufrido un problema en una arteria, y agregaron que todavía no estaba yendo a trabajar. Quedé helado, lo intempestivo me cruzaba en la cara, de golpe, luego del primer rechazo institucional del Director del hospital, y luego de terminados los feriados tan sentidos en esta sociedad, llegué tratando de reiniciar el vínculo, y me encontré con la irrupción de la enfermedad. Me quedé esperando unos minutos que para mí fueron eternos. Mientras tanto, pensaba en esto, en que la salud de alguien había sufrido, desde mi punto de vista y posición, una embestida inesperada, y que era por tanto también presa de los efectos de la misma, que era una enfermedad la que había cambiado todo de lugar. Observaba mientras tanto este espacio, que tiene tanto de 'sala de espera', espera para poder ingresar al otro lado, al lado de las túnicas. Las tres estudiantes que se informaban de los cursos para el año que se iniciaba, se retiraron. Otros estudiantes luego, comenzaron a discutir frente a la cartelera; en ese momento, del otro lado de ellos, detrás de estos tres que me habían dejado atrás, se abría la puerta y se retiraban de la oficina de la doctora las personas allí reunidas. Pedí permiso, mien-

tras se armaba una discusión en voz baja, y en eso vi a la doctora que también salía. Nos dimos un beso, le pregunté si tenía unos minutos y entramos sin cerrar la puerta del pequeño escritorio. Le pregunté por la salud del Dr. R., estaba bien, a la mañana siguiente justamente se reintegraba al hospital. Le comenté el destino de la primera solicitud oficial de ingreso, me preguntó si el entonces Director se había rehusado a darme el permiso. Le dije que no, que se había ofendido al parecer por no haber mencionado su nombre, y por aquello de 'estrategas', haciéndole notar que se trataba de un problema de comunicación, pero entreviendo cuestiones que hacían a la particularidad de ese sujeto, sin mostrar mi conocimiento al respecto. La doctora demostró tener en claro el carácter del entonces Director, me pidió que le alcanzara la carta. Me dio a entender que la actitud frente a la cual me encontraba era algo común allí, y me dijo que iba a hacer todo lo posible por acelerar las cosas, pero que hasta que él no autorizara mi presencia allí, no se podía hacer mucho más con los pacientes. Le pregunté si el Dr. R. estaría en buen estado para soportar una entrevista, me contestó que sí, que se iba a reintegrar después de las dolencias y las vacaciones. Entonces le pedí a ella que me concediera una entrevista, quedamos para el jueves siguiente a las 8:00. Bajé las escaleras contento, con una entrevista acordada, no sin pedirles paso a dos médicos que dialogaban frente a la escalera. Cuando bajé, comencé a recorrer la planta baja del hospital, necesitaba saber que estaba haciendo algo más que a intentos de conseguir la aprobación institucional para ingresar a las salas.

El panorama estaba claro, y se podía decir, que era otra vez el momento de acceder directamente a los sujetos principales de esta investigación, pacientes internados y allegados a los mismos. A las 10:40 me encontraba en la planta baja, habían pasado tan sólo 20 minutos allí arriba. Giré por el pasillo, volví a cruzarme con la realidad que había visto cuando ingresé rápidamente hacia el escritorio de los doctores.

Nuevamente, como las otras veces, grupos de gente 'acampando' en los pasillos, instalados, formando pequeñas territorialidades. Esta vez me llamaron más la atención los objetos, me parecieron muchos los bultos, mantas, y paquetes de alimentos, galletas por ejemplo, y los mates, así como la forma en que se desplegaban en el entorno, ocupando un 'nicho' propio. Pequeños campamentos, pequeños estares, parajes, en la espera. Pregunté a una pareja joven acompañada por un muchacho más dónde se podía fumar.

Ella me contestó que en el 'patio'. Seguí mi recorrido, mientras se iban sucediendo estos pequeños grupos, todos con la misma característica, desplegando los mismos elementos en el espacio: sillas para sentarse y dormir plegado, bolsas con ropa y comestibles que ayudaban a soportar la espera (mate y galletas), y representando entre todos algo así como archipiélagos a lo largo y en derredor del único patio que quedaba abierto. Nuevamente, en el recodo formado por la continuación de un lado en el encuentro en ángulo recto con el pasillo perimetral al patio, observé a más de quince personas en un colectivo a otra escala, es decir, más concentrados que el resto, más desperdigados, Como las otras veces, mis pasos eran objeto de la mirada de casi todos los presentes. Me dirigí así a fumar un cigarrillo al 'patio'. Este lugar resulta ser el espacio techado de espera, el espacio más público del edificio, donde hay banquetas largas y blancas, un dispensador de agua caliente, algunas plantas, y donde se respiran los años de la institución, reciclaje que deja entrever los antiguos ladrillos tri-centenarios combinándolos con superficies blancas y lisas, bañado todo por la luz cenital de una claraboya. Es el Patio del Brocal.

Me senté en uno de los bancos largos, saqué mi libreta y comencé a hacer anotaciones de todo aquello que me llamaba la atención. Había ocho personas conmigo, uno me pareció ser por completo un allegado, tosía y se ahogaba con su cigarrillo, tenía la mirada perdida y el cuerpo denotaba nerviosismo, abriéndose y replegándose, sólo, en uno de los bancos. Un grupo de dos enfermeras, con suéteres de color rojo oscuro y la típica gorrita sujeta al pelo con broches, charlaban sobre sus vidas sin ningún tipo de inhibición. Más al fondo, dos jóvenes de túnica blanca, internos universitarios. Hacia mi izquierda, en otra banca, ahora más cerca del exterior, de las puertas por entonces siempre entrecerradas de 25 de mayo, había dos jóvenes que también parecían ser allegadas a algún paciente internado; enseguida se levantaron y se fueron. En cierto momento irrumpe un hombre, nos mira a todos, corta el espacio diagonalmente, y antes de salir como entró, le dice algo, en tono de chanza, a este muchacho que yo percibí como preocupado. A continuación se arma inesperadamente una reunión de más de veinte estudiantes en el rincón más interior del espacio, donde se encontraban los dos mencionados hacía unos momentos; comprendí que el personaje que había irrumpido hacía unos instantes era un funcionario de las instalaciones del hospital, que volvió a su lugar de origen mientras eran corridos bancos y se desplegaba la menciona-

da reunión y/o clase. En ese momento, apagué el cigarrillo y me dirigí hacia el joven que me había parecido un allegado de algún paciente internado.

Como planteaba más arriba, ahora volviendo del relato a la reflexión metodológica, me era necesario abrir otra ruta de indagaciones más que acompañara el proceso en lo referente a la institución. Era pues, en el espacio público más público, este patio centenario reciclado, donde podía encontrarme con allegados a pacientes y enfrentarlos sin más, abriendo así, una vía de acceso en la cual no mediara la institución hospitalaria de la misma manera e intensidad que a través de los mecanismos instituidos. Al par que éstos fueron desarrollándose, abrí otro sendero que me puso, de un golpe, en contacto directo con el sujeto asistido, en realidad con alguno de sus allegados, integrante de los afectos del sujeto internado, el contacto con el afuera, con aquello que va más allá o está más acá de la enfermedad, del hospital, de la dolencia, fuente de novedades y también sostén emocional y estrictamente físico: el allegado 'vela' por la salud del internado.

No es así en todos los casos, y allí radica otra dimensión de esta investigación. Lo importante aquí es dejar en claro qué posibilita y qué no, cuál es la posición posible, el rol de este sustancial personaje de los fenómenos que estamos analizando.

Me acerqué a este joven y me presenté. Le pedí disculpas, le pregunté si tenía a alguien internado dentro del hospital, me contestó que sí, que era su madre, y que la estaban operando en ese preciso momento. Fui sentándome a la vez que le decía, que yo estaba "en eso de la antropología, la sociología, la psicología", él me miraba atentamente; le comenté que estaba estudiando las cuestiones referentes a la vida dentro de los hospitales y que me gustaría hacerle una entrevista, algunas preguntas. La respuesta fue un sí, lo que me posibilitó la realización de una entrevista más que valiosa, que duró una hora, después de la cual me retiré, eran las 11:50, había pasado 1h 30 min.

Las condiciones de la interacción pueden plantearse como reflexiones metodológicas que soportan el conocimiento allí extraído y construido. El investigador necesita de una estrategia rápida, como hemos dicho, de un encare hacia un Otro desconocido, necesita desplegar los afectos necesarios para que se convoque una instancia de diálogo y escucha, requerimientos para toda entrevista. Necesita además marcar un ritmo, a medida que el sujeto va exponiéndose y construyéndose delante del investigador, e ir definiendo las

regiones que se pretende explorar, impedir que se caiga en un pantano de redundancias, insistir cuando se puede, porque se lo evalúa, profundizar más en tal o cual dirección, no dejar afuera nada de lo sustancial, también considerado en el momento.

Al respecto obtuve una bienvenida muy calurosa en una situación de aquellas que pertenecen al campo de experiencias de esta investigación: mientras hacíamos la entrevista, su madre era intervenida quirúrgicamente. Se había abierto otro corte, penetraba a estas experiencias y me encontraba allí, sin esperas, dentro de la realidad estudiada desde donde es necesario generar estrategias para poder mantenerse con vida, o salir lo mejor posible.

Junto a todo lo extraído y a lo que estaba en proceso, que desde el otro punto de vista, del otro lado de las túnicas blancas, venía planteándose, la visión holística que provocó como efecto me permite plantear el campo real que en el hospital Maciel se experimentaba, campo de experiencia que no cesa de producir hechos sociales totales, acontecimientos cotidianos en los cuales lo social en su totalidad está puesto en juego, entre la vida y la muerte y en los momentos críticos ante la carencia y la crisis de las reglas.

Es por ello que la etapa de acceso como momento ha culminado, aunque como sabemos la acción, la actitud y la actividad de acceder no cesarán hasta el final del trabajo de campo, lo mismo que la de distanciarse. Mientras tanto, se seguirá trabajando en la otra dirección, la institucional, para poder continuar adentrándonos en los mecanismos institucionales y en el mundo de las túnicas blancas, impermeable a simple vista, institucionalmente, para todo paciente genérico y sus allegados.

Nuevamente se hace evidente el carácter particular de una investigación que tiene como marco vivencial de los seres humanos una institución total, un dispositivo que regla los tiempos, las actividades, los ritmos, que controla el régimen de consumo, de alimentos y de recreación, que dispone en sus manos de la totalidad de las decisiones que afectan directamente la vida de los sujetos así dispuestos. En la III parte nos dedicamos aún más al desarrollo del análisis de las indagaciones, en una clave metodológica, en una lectura sobre los pro-

cedimientos del investigador que son también la composición del propio instrumental, como hemos visto.

Al respecto se trabaja en torno a la multiplicidad de vías de acceso, que se van desprendiendo según los intersticios con los cuales nos vamos encontrando a lo largo del trabajo de campo, las distintas aperturas que hemos podido visualizar desde donde necesariamente tuvimos que ingresar para fluir en el campo de experiencia. Pero es justamente allí donde los accesos se multiplican, donde culmina la denominada etapa inicial de acceso, el rito de pasaje que no posee modelo, a partir del cual la investigación pasa a ser de otra naturaleza: se está efectivamente entre los sujetos que viven los fenómenos del hospital, antes no. Cada acceso nos despertará infinitamente la sensación de pasar a otra condición, y nos brindará la posibilidad de ingresar a nuevos universos de experiencias humanas. Pero cuando tenemos por finalidad construir conocimiento de un caso, conocer cómo se vive la internación en el Maciel, y qué posibilidades hay de salir de allí lo mejor posible, estamos abocados a una tarea en concreto. Esta tarea es la de construir un objeto, un mismo objeto desde todos los puntos de vista que se puedan conseguir, desde todos los abordajes posibles, haciendo uso y buscando formas de acceso siempre distintas. El objeto es el mismo pero múltiple, heterogéneo, un universo dentro de un campo de experiencias más o menos autónomo y con grados de identidad, «ethos», cualidades que marcan la producción de subjetividad, de formas de ser en concreto. Acceder, plantear la instalación de un proceso de elaboración de un saber antropológico, graduar la creencia, son fenómenos que conciernen al fluir productivo; se accede cuando se produce. Y el estudio de esta investigación se plantea esta problemática como sustancial, porque el objeto de estudio está contenido dentro de una institución total, como las cárceles y los psiquiátricos, como dice Gouldner, «no hay institución social, salvo el ejército, que destruya más la dignidad,

que el hospital.»[38] Ingresar a un campo de experiencias como éste, extremamente disciplinado, es en sí mismo el desafío de esta investigación.

> «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 hacérsele al yo.»[39]

[38] Portillo, J. – Rodriguez, J. (org.) *La medicalización de la sociedad*. Goethe Institut- Nordan-Comunidad, Montevideo, 1993, p. 32.
[39] Goffman, E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires, 1984, p. 25.

II INDAGACIONES

4
UN HOSPITAL EN *LA CAPITAL DE LA CAPITAL*[40]

El hospital Maciel se ubica en la Ciudad Vieja de Montevideo y este hecho marca profundamente su destino y por tanto los fenómenos allí experimentados y que aquí investigamos. Debemos de tomar en cuenta el entorno urbano donde se instala el hospital, los vectores de relacionamiento humano por donde fluye el territorio hacia dentro del mismo, los mis-

[40] Palabras de vecino de 60 años entrevistado, en *EXTRAMUROS. El periódico mensual de la Ciudad Vieja*, Montevideo, marzo 2001.

mos por donde el nosocomio se expande puertas afuera con sus actividades y personal, es decir, su funcionamiento. El tema aquí es la «cotidianidad» barrial en la que se inserta el hospital, que también ha marcado profundamente el «imaginario social» desde 1788, *a lo largo de tres siglos de existencia*, —como versaba en su slogan—. Pero el devenir genealógico de la institución sanitaria, sus procedencias y emergencias, lo trataremos más adelante en la IV parte donde pondremos la mira orientada hacia los procesos históricos, indisociables del entorno pero factibles de ser puestos en suspenso según una operación de corte y extracción en el flujo. ¿Por qué podemos realizar esta operación, sobre qué nos sustentamos? Lo que nos importa aquí son los puntos de vista del paciente que se interna en el hospital y del allegado que lo acompaña, éstos, por lo general tienen una relación con el entorno de la institución que prescinde de los datos que una genealogía, un trabajo de «archivista», nos puede aportar.

Metodológicamente comenzamos por lo que intuimos es lo más cercano a las miradas del paciente y sus allegados: la vivencia del entorno urbano, el relacionamiento con éste según los fines y las necesidades que la internación en el hospital público imponen: suministros, contactos, peligros... Ingresamos nuevamente al campo de experiencias, pero ahora desde el entorno del hospital espacialmente ubicado. Hacemos nuestro ingreso en el campo de fenómenos humanos, tratando de introducirnos, haciendo necesariamente cortes, los menos antiproductivos posibles, a través de los cuales extraemos conocimiento por nuestra inmersión dentro del mismo.

Se trata del «plano de inmanencia», la totalidad del presente donde se inscriben los distintos pasados, pero donde la vivencia se presenta con un grado de autonomía con respecto a éstos, a los pasados. Se trata también de la simultaneidad de un presente, o la dimensión de una historia de vida hecha de recuerdos y memorias en el lugar. Como vemos, estas pequeñas genealogías vuelven a reconectar el presente con las

procedencias y emergencias desde las historias de vida que nunca dejan de ser historias de una sociedad. El corte realizado y real vuelve a ser recubierto por los flujos irreversibles de los procesos de creación de mundos posibles, es decir, nuestras operaciones de objetivación recaen siempre en una subjetivación, el corte vuelve a cicatrizarse. Es evidente que para conocer más a fondo la formación del hospital en las entrañas históricas del devenir de la sociedad uruguaya, no podemos prescindir de un análisis de las fuentes de procedencia y sus emergencias a lo largo de más de doscientos años de conformación institucional. Pero es que éste no es el conocimiento del sujeto internado, por lo menos no a primera vista, en un sentido fenomenológico, y desde allí partimos, allí hacemos el corte, lo mismo que quienes tienen su vida cotidiana alrededor del hospital, empleados y clientes de bares y cuidacoches por ejemplo. Nuevamente, sujetos con sus genealogías particulares, como todo ser humano, en devenir, nos vuelven a conectar a «lo que fue» en otro momento, a los pasados, de los que jamás el presente se mantuvo aislado.

A continuación, hagamos un viaje perceptivo, la inscripción de una prospección de sensaciones, como una técnica más del método etnográfico, para ir distinguiendo cualidades existentes en el entorno urbano del hospital. También es un ejercicio de explicitación de supuestos básicos, pues en la subjetividad del investigador las percepciones están planteadas también desde una mirada de archivista, como decíamos más arriba, realizamos el corte de inmersión en el campo de experiencias pero para entrar en las dinámicas de los flujos, arrastrarnos por ellos; necesitamos ingresar en pleno movimiento de lo real, encontrar los ritmos, para graduar la creencia, enfocar la mirada en un presente en movimiento. Acceder a las particularidades de la relación del hospital Maciel con su entorno urbano, al tipo de vinculación que existe, nos permite concebir las estrategias de los pacientes y sus allegados desde un plano de lo concreto inevitable y sustancial, aquél que re-

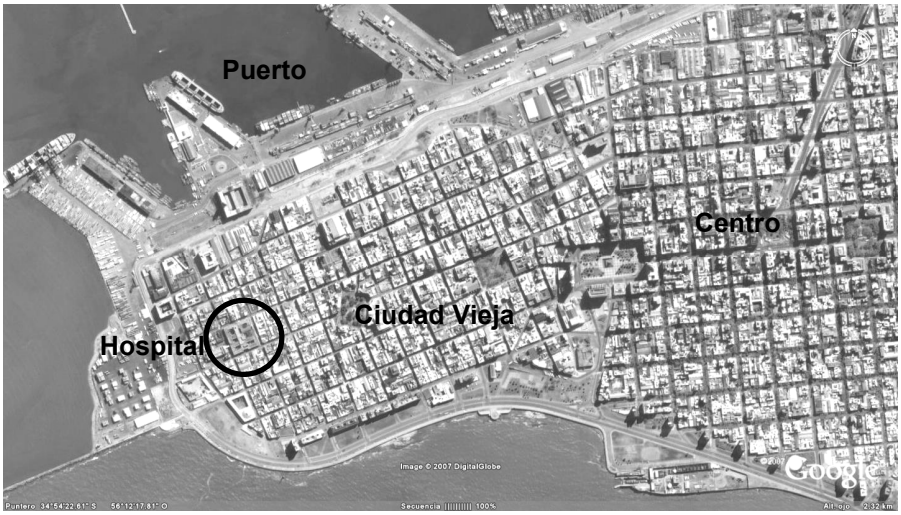
fiere a la necesaria espacialización de toda institución total: su instalación en un *lugar*.

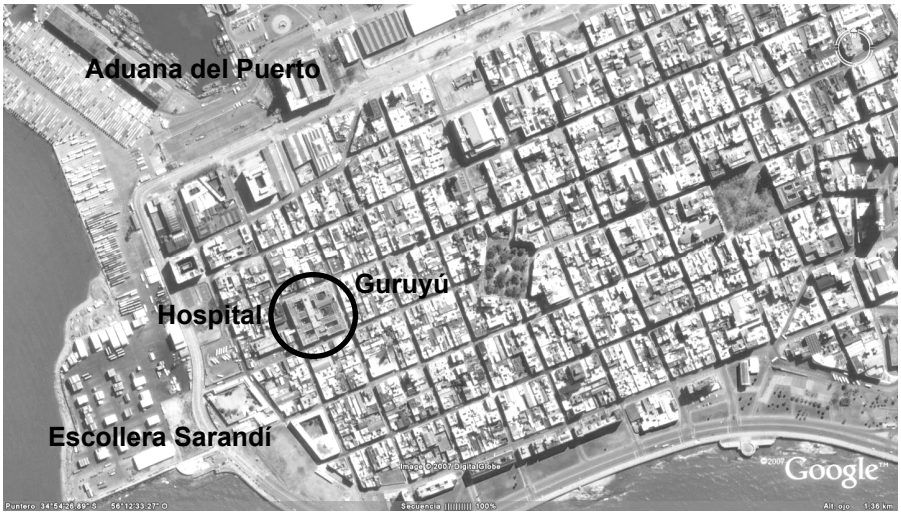
Esta instalación, le plantea inevitables conflictos por la naturaleza y situación, en este caso, de ambas entidades: un hospital público —funciones estatales de asistencia sanitaria extensibles a todo ciudadano del Estado, y en condiciones de extrema precariedad en los momentos en que la última de las crisis tocara fondo—, *en*, la llamada *capital de la capital*, espacio de transformaciones y ebullición social por excelencia de la ciudad de Montevideo, el de las inscripciones más antiguas, cortado transversalmente por la presencia de todos los estratos sociales, desde la vida de pensiones, la calle y la prostitución, hasta la administración y especulación del mercado financiero y estatal.

El entorno urbano se convierte durante el período de internación en el territorio recurrente según los ritmos propios de un allegado, por el lapso de tiempo de la internación de su prójimo, mientras que otros no dejan de estar en su barrio; en los casos que se da la doble condición de paciente y vecino, están en *su* hospital. Entre ellos, se instaura otra dimensión compartida por singularidades, otro plano de existencia, que experimentan necesariamente los estrategas del Maciel.

> «A principios de 1990 se hizo inminente el recambio del perfil social y cultural de la población, con crecientes ofertas de viviendas recicladas… Paralelamente a este proceso… se multiplicaron los desalojos y procedimientos de regularización del régimen de ocupación de fincas, afectando directamente a la población de bajos recursos que se había "refugiado" en la infraestructura semi abandonada de esta parte de la ciudad. Fue en esas circunstancias cuando observamos que las familias que vivían como ocupantes ilegales en diversos locales respondieron a la nueva situación adoptando un modo de vida de gran movilidad que tipificamos como *nomadismo de circuito corto*, pues se limitaba a cambiar la locación dentro del perímetro del propio barrio.»[41]

[41] Romero Gorski, S. *Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil.* CSIC-UdelaR- Nordan-Comunidad, Montevideo, 2003, pp. 22-23.


Puerto
Centro
Ciudad Vieja
Hospital
Image © 2007 DigitalGlobe
Google


Aduana del Puerto
Guruyú
Hospital
Escollera Sarandí
Image © 2007 DigitalGlobe
Google

Prospección nocturna por la CIUDAD VIEJA

La calle Ciudadela sí que es un límite urbano, marca claramente la entrada o salida desde el norte a la Ciudad Vieja, a la Península. Las huellas históricas impregnan esa unión conflictiva, no muy bien resuelta desde el punto de vista urbanístico, con lo que después se desarrollara, poco a poco a lo largo del XIX y hasta mediados del XX como el Centro de Montevideo. A la altura de la calle Piedras, la más al norte, casi contra la Bahía, esto es visible.

La frontera se la vive por el abandono y las intervenciones aisladas unas de otras, por los claros en el tejido urbano, manzanas vacías, el edificio del Banco República y las superficies de cemento lisas y peladas, una Terminal de transporte suburbano pequeña, grandes visuales pueden proyectarse hacia la Bahía o hacia la Península que por sus calles onduladas allí comienza. Al fondo está el hospital Maciel.

Se angostan las calles y las veredas se hacen de piedra, y nos empiezan a rodear fachadas antiquísimas, la gran mayoría en ruinas, grises por el hollín que la enorme cantidad de automóviles y varias decenas de líneas de ómnibus [hoy reducidas a unas pocas] despiden todos los días, especialmente entre semana. En la noche la situación cambia sustancialmente, el silencio se adueña de aquellos espacios que durante el día son tan tumultuosos en la llamada *City* montevideana. Pero estas fachadas en ruinas, escenografías grises, son los ecos de un pasado pomposo, que permanece allí casi en silencio, de un Río de la Plata embarcado en sucesivas modernizaciones, de un Montevideo que se jactaba de su impronta europea.

Entre los fantasmas del pasado, que recorren las calles de la Ciudad Vieja, se escuchan voces, se mueven sombras, de pronto ocurre un sobresalto causado por dos borrachos de treinta y pocos años de edad; las voces desaparecen. A lo largo de la Península van apareciendo, como racimos pequeños, 'barritas' de esquina, grupos de jóvenes y no tan jóvenes territorializados en la puerta de un negocio cerrado, bajo algún techito, detrás de un cono de luz proyectado por un foco potente y enceguecedor. Se trata de pequeños territorios de base, 'achiques' como se les dice también. Uno ya empieza a percibirse como extraño en esta dinámica grupal y tan anclada en los lugares. Las otras personas con las que me crucé continuamente fueron los trabajadores, que no residen allí. Las mu-

chachas de las empresas de limpieza, de túnica y con el pelo recogido, concentradas en su trabajo, dejando a punto la higiene que requieren los clientes. Son numerosas las empresas de servicios, de insumos informáticos, casas cambiarias y bancos, muchos bancos, junto a lo que queda de la burocracia estatal que no es poco. Allí también se encuentran los guardias de seguridad, algo así como la fusión del tradicional sereno con un vigilante policial; muchos de ellos son policías retirados.

Grupos de muchachos, cuidacoches, las luces de algunos clubes nocturnos, los trabajadores de la infraestructura financiera: la Península se trasforma radicalmente a la caída del sol. De repente me encuentro perdido, veo una pensión, con su nombre pintado en los vidrios de la puerta, una tenue luz en el interior, y entro. Un televisor con el volumen bajo cumplía la función de compañía, dos hombres jóvenes se encontraban allí, uno de ellos, con una niña dormitando en brazos, oficiaba de recepcionista. Le pregunté por el hospital y seguí.

Cuanto más me acercaba al hospital, luego de cruzar la calle Colón, llegando a la punta, al Guruyú, más íntima se iba poniendo la cosa; muy poca luz, algún que otro barcito abierto. Llego a la puerta del hospital que da a la calle 25 de mayo, la única abierta a todas horas. En ella se encontraba un grupo de tres o cuatro hombres entrados en edad. Cuando me acerqué para entrar por fin uno de ellos me preguntó qué quería. Era el portero, con un grupo de conocidos que lo acompañaban a esas horas. No me fue permitida la entrada, necesitaba una autorización, y muy amablemente el portero me despidió. Frustrado por no haber podido ingresar, me dirigí a una de las paradas de ómnibus para salir de la Península. Allí vuelvo a encontrarme con un par de guardias de seguridad llevando pequeños bolsos, con expresiones de sincero cansancio, también un par de hombres más, e intermitentemente desfilaban ante nosotros las patrullas policiales. Camionetas repletas de granaderos, con las puertas abiertas, fuertemente armados, se mostraban impartiendo orden. Si no me equivoco, creo que la velocidad era de menos de $20^{k/h}$, una correcta velocidad para realizar un ‘rastrillaje’. Me encontraba a dos o tres calles del hospital, en el último rincón de lo que fue el comienzo de esta capital; aquello estaba todo teñido de una insistente alerta ante algún peligro.

Cuando nos limitamos más al entorno inmediato del hospital, las calles que lo rodean, encontramos las mismas cualidades que caracterizan a toda la Península, pero con particularidades muy concretas. El Guruyú, es el nombre con el que se designa al extremo, algo así como un sub-barrio dentro de la Ciudad Vieja; —no otro barrio, sino uno dentro—, siendo la calle Colón, con su actividad comercial, el límite claro que lo distingue del resto. En el Guruyú no hay bancos ni empresas de servicios, la densidad de población local es de las más altas. Los habitantes están esparcidos en pensionados, edificios ocupados y viviendas deterioradas en alquiler. Alrededor del hospital es más intensa la presencia de los que residen allí, aunque la calle 25 de mayo con su intenso tránsito de ómnibus, conecta la aislada punta con toda la ciudad hacia todas direcciones. El Guruyú posee sus clubes barriales y sus emblemas identitarios, sus espacios de socialización que a través del deporte y el juego, actúan en los sectores jóvenes del lugar que no poseen identificación ni recursos básicos. Hacia la Bahía dominan la Aduana y el Puerto, hacia el Río de la Plata, se encuentra el hospital, rodeado de viejas edificaciones habitadas por los lugareños. En cuestión de unas pocas calles se percibe una gran diversidad.

El sol marca los cambios diarios de este entorno, como en toda la Península. En este caso no desaparecen con el sol quienes trabajan en la *City*, sino quienes concurren al Maciel, allegados de los pacientes y funcionarios de la institución hospitalaria. Van dejando los horarios permitidos para las visitas, estrictas y laxas, y se da el cambio de turno que implica una disminución de las actividades según la planificación asistencial. Las entradas y salidas luego de la caída del sol cobran otro carácter, así como el entorno inmediato del hospital, conjuntamente integrantes de pequeños territorios, algunos de ellos muy sutiless, que son así compartidos tanto por quienes viven allí siempre como por quienes están en el hospital por un tiempo limitado. Existe por tanto alrededor del hospital

una distribución tanto extensiva o espacial como procesual o temporal, de todo aquello que incumbe a lo humano allí vivido.

En la punta no hay bancos ni empresas, por tanto ni limpiadoras ni guardias de seguridad privados –vinculados también a la especulación económica–. En la punta de la Ciudad Vieja hay empleados públicos, de la salud, tanto en el hospital como en policlínicas dispersas, una de las cuales se encuentra ubicada enfrente al mismo, en aquel entonces se trataba del servicio de atención materno-infantil, últimamente convertido en policlínica de atención primaria. En la punta hay vigilantes de seguridad pero fusionados con funcionarios públicos, también hay policías, que en las noches aumentan su presencia apostados en esquinas, hay cuidacoches —tres hombres, bastante castigados por el alcohol—; hay gente de muy escasos recursos, sin garantía para alquilar, que allí habita transitoriamente en pensiones; están también los que han vivido allí a lo largo de décadas, pero éstos son los menos. La presencia de bares es fundamental en el entorno del hospital. Son tres en sus vértices, sin contar muchos otros que a pocas calles poseen características similares. Estos tres vértices coinciden con el conjunto de itinerarios hechos por los cuidacoches, quedando sin ellos la calle Guaraní, ocupadas sus dos caras en parte por la institución hospitalaria, por la presencia del edificio Anexo ubicado hacia una de las esquinas.

Existen negocios pequeños, despensas locales, panadería, kiosco, que tienen como principal mercado a quienes comen algo rápido y al paso, necesitan cigarrillos, etc. Algunos viven allí mismo y se los puede ver sentados en sus viejos comedores, se trata de la estrategia de convertir el frente de la casa que da al hospital en un kiosco de ventas de comida al paso. Otros no, la panadería está planteada con un claro perfil pequeño-empresarial, con promociones en bizcochos, y con un diseño interior y de fachada acorde a los cánones vigentes. Los bares representan los sitios de mayor socialización sin duda,

en torno al hospital, en ellos se entrecruzan los distintos tipos de subjetividades que comparten estos pequeños territorios cotidianos. Hay algunas diferencias entre los tres, especialmente el San Lorenzo parece ser el más frecuentado por los funcionarios del hospital, no así los dos bares sobre la calle 25 de mayo, en los cuales la atmósfera tiene más de intimidad y cierta masculinidad excluyente.

Es así que allegados a los pacientes, funcionarios de toda índole del hospital, estudiantes practicantes, todos interactúan con la familia almacenera, la pequeña panadería, un carro de chorizos, los cuidacoches y todo aquel que se arrima a tomarse una copa en los acogedores pero no por eso excluyentes bares. En toda la extensión vecina al hospital, y a lo largo de cada jornada, los pequeños territorios de interacción humana poseen sus cualidades, y son nada más y nada menos que los vínculos reales que posee la institución con el lugar donde se inserta, por el que pasan necesariamente, y en el cual se encuentran todos los actores presentes en el hospital.

Image © 2007 DigitalGlobe
©2007 Google™
Puntero 34°54'30.15" S 56°12'42.82" O
Secuencia 100%
Alt ojo 174 m

CARTOGRAFÍA

Territorios

Superficie: Grado de inmanencia

Borde: Grado de consistencia

COMPONENTES

1 Bares

2 Kioscos /Almacenes

3 Carros de Chorizos

4 Panadería

5 Policlínica Externa MSP

Flujos

CONECTORES HOSPITAL-ENTORNO

Grosor: Tiempo de apertura

Largo: Densidad de circulación

CONECTORES URBANOS

Superficie: Densidad circulación

Dirección: Flechamiento de la vía

1

calle Maciel

½ hora diaria

1

2

Capilla

4

5

3

2

2

2

5

noche y día/ Alta vigilancia

día/ Baja vigilancia

calle Washington

Hospital

4

provisiones

calle 25 de mayo

calle Guaraní

Anexo

1

2

En estos territorios podemos distinguir ciertos componentes. En relación al hospital aquí lo esencial son las aberturas, las entradas-y-salidas, las conexiones con el entorno, pero tomaremos en cuenta también sus paredes.[42]

Podemos distinguir entre distintos personajes, configuraciones humanas, o «tipos humanos» como los llamara Vidart refiriéndose a moldes y modulaciones de las estrategias humanas.[43] Podemos distinguir grados de intensidad en la cantidad y calidad de las interacciones dadas; podemos distinguir tipos de movilidad en el caso de un personaje seminómade como es el cuidacoches, —tipo humano de la ciudad estudiado particularmente por el citado autor—. En suma, podemos realizar un diagrama de flujos y mapa de territorios para plantearnos la existencia de estos campos de experiencia que se constituyen allí donde el lugar y el hospital se articulan, gracias a la identificación de diferentes participantes y los ámbitos que han sido territorializados por sus interacciones.

Las puertas de la calle 25 de mayo no cesan de estar concurridas, permanecen todo el tiempo abiertas, pero el flujo es relativamente menor cuando se cuenta con la apertura por la calle Washington, puerta que se mantiene abierta tan sólo entre semana y durante el día. Hay mayor flujo diario por la puerta de la calle menos transitada, y donde se desarrolla un territorio de menor intensidad, más allá de la espera de muy pocos sujetos y la mesa de entrada del lado interior. Entra y sale gente y no se conforman más que grupos fugaces con la presencia de algún que otro vendedor ambulante, mientras en frente los vecinos siguen con su rutina dentro de sus viviendas y por sus calles.

Por el contrario, hacia la calle 25 de mayo, aunque el flujo de personas que entran y salen cuando ambas puertas

---

[42] Ver capítulo 3: Extrañamiento y Graduación de la creencia. Crónica de una búsqueda.

[43] Vidart, D. *Tipos humanos del campo y la ciudad*. Nuestra Tierra, N° 12, Montevideo, 1969.

están disponibles es menor, es la puerta principal del hospital. En ella se encuentra la vigilancia concentrada, tanto la contratada como la inherente a la institución sanitaria: la Capatacía. Allí se encuentra también el tarjetero digital por el que todos los funcionarios deben pasar para registrarse.

Sobre las puertas a esta calle, la más transitada, se distribuyen pequeños negocios: un carro típico de la zona, pequeño, ofreciendo chorizos, panchos y hamburguesas, llevado adelante por un par de sujetos. Enfrente —y al incluir la otra vereda, el territorio se extiende al barrio—, nos encontramos con los tres negocios ya descritos, los kioscos de comida rápida y la panadería, en pleno contacto con los allegados, funcionarios, y los propios pacientes que también a veces salen a buscar algo y retornan a la sala de internación.

Allí se da el territorio más importante de todos, donde el hospital se fusiona más con el entorno urbano. El cuidacoches que allí tiene su base de operaciones, deja sus pocas pertenencias dentro del hall del hospital, los vendedores de galletitas y golosinas, despliegan sus productos dentro de dicho hall y la vigilancia hospitalaria suele salir a dialogar con la gente del carro de chorizos.

El otro pequeño territorio de importancia está en el Anexo al hospital, donde se encuentra Urgencias junto a consultorios y oficinas así como a las cocheras de los funcionarios. Allí se da otra dinámica propia de las situaciones de urgencia, que aquí no tomamos pues nos ocupan los internados dentro de las salas del viejo hospital. Pero igualmente podemos anotar ciertas observaciones realizadas, por ejemplo la importancia de la vigilancia policial en este territorio es mayor al resto, así como la contingencia que allí tiene lugar por la variedad de casos que concurren a este servicio asistencial.

Por último, tenemos la Capilla, que abre tan solo media hora diaria para el culto, y se encuentra bajo la dirección de las Hermanas de la Caridad: es lo que queda de los tiempos anteriores del hospital, antes de pasar a manos estatales. La Capilla

posee aberturas hacia el interior del hospital y hacia el exterior, independientemente de los accesos principales.

Sobre el resto de las paredes del edificio reina la nulidad, salvo por la calle Guaraní, frente al Anexo, donde tienen lugar las funciones de suministro y limpieza, encontrándonos allí con tres puertas separadas pero con huellas de esta labor y constituyendo un pequeño territorio más, compuesto por volquetas con residuos, quemaduras y manchas sobre la vereda; una de las puertas de servicio se encuentra entreabierta, se puede ver el interior del hospital, el subsuelo iluminado artificialmente con la paredes descascaradas por la humedad.

Cada paciente —y cada allegado— posee un conocimiento del lugar en particular, —del entorno inmediato, del Guruyú, de toda la Península— que los posiciona de maneras diferentes a la hora de buscar estrategias. El espacio urbano donde se planta la institución hospitalaria es también espacio social de todo tipo de actividades que la desbordan y desde las cuales los potenciales pacientes internados y sus allegados desarrollan—o no— actividades, tienen un conocimiento del mismo; diferencialmente están vinculados a otras formas instituidas en diversas maneras.

Algunos pacientes con los que dialogué, recurrían a sus amistades cercanas para comer juntas en sus casas o en algún bar en los largos días de espera antes de ser internados; otros, tan solo entraban y salían del hospital hacia sus lugares de residencia fuera de la Península sin tener ningún vínculo allí. Y las mismas variaciones se daban en los allegados, aunque éstos, necesariamente, pasaban por tener contactos con los pequeños territorios, que como vimos, tienen lugar en la articulación del hospital con el entorno donde se inserta.

La territorialización de la institución hospitalaria se hace a través de diferentes registros, en relación a distintos campos que confluyen en su cuerpo: afectivos, económicos, ecológicos... cada cual tomado por distintas instituciones que se articulan en una misma problemática, que actúan sobre un

mismo objeto o campo de experiencias: la asistencia e internación sanitaria de determinada sociedad. Como pudimos conocer a través del caso de José Luis, hijo y allegado de una señora la cual estaban operando en el momento en que tuvimos la entrevista, a través de sus relatos agitados en voz baja y su angustia casi hecha llanto por momentos, la vigilancia del hospital corresponde a la Seccional de Policía que cubre toda la Península.

A través de los agentes del orden público entonces, la Ciudad Vieja penetra y captura al campo de experiencias propio del hospital, por encima de todos estos pequeños territorios antes descritos. Dentro del nosocomio, los policías de la Seccional son los responsables de la Ley y el Orden, y a su vez, el hospital asiste a algunos de sus reclusos. La vigilancia y el control están en manos de quienes se encargan de ello dentro de toda la extensión de este barrio montevideano, desde las piezas de las pensiones o casas de inquilinato hasta las ocupaciones de los hoteles en ruinas, las puertas de los bancos y edificios del campo especulativo-financiero. La Seccional correspondiente, la 1era, se encuentra tan sólo a una calle y media de distancia, algo así como 150 metros tan solo. En otras de las jornadas de campo, una vez ingresé por la entrada de la calle 25 de mayo reservada entonces a los funcionarios, temprano en la mañana, y me crucé con un joven que venía con los brazos esposados, conducido por dos oficiales de policía.

Éste tipo de imágenes son muy comunes en el lugar, junto a los jóvenes estudiantes de medicina reunidos en grupos de estudio, conviviendo con doctores que practican su profesión tanto en este ámbito, el público, como en el privado. El hospital Maciel es un espacio social que corta transversalmente las clases, sectores y enclasamientos sociales, por la función de la institución, las características de los profesionales y estudiantes que la componen, pero también por su anclaje urbano: el territorio que la inscribe en la extensión compartida, el espacio.

Para concluir, trataremos de dejar en claro el tipo de vínculo existente en estos pequeños territorios y entre estos distintos tipos humanos, modos de subjetivación que conviven en una cotidianeidad tomando en cuenta un caso en concreto. Es sustancial comprender lo múltiple que puede ser un vínculo de este tipo, se trata de distintas identidades culturales en diferentes vinculaciones (en dirección e intensidad) que solapadamente integran el mundo cotidiano donde se inserta el hospital y desde el cual penetra toda una manera de ser local, que define la atmósfera interior de la institución hospitalaria.

Entrevista con Dra. y Dr. X., médicos y docentes

Doctora: _ Acá viene mucha gente de... del propio barrio.
E.: _ Del propio barrio, ¿y se nota alguna diferencia entre ellos?
Doctora: _ No.
E.: _ Ninguna diferencia.
Doctora: _ Ninguna diferencia. (Breve silencio).
E.: _ Y en cuanto a, a cómo ellos ven lo que les pasa, ¿te parece que hay conciencia de las enfermedades, cómo se las vive? ¿Hacen algo para mejorar esa salud que han perdido o...?
Doctora: _ Y, muchos sí, lo que pasa que eso, es, difícil de valorar, eso lo tenés en cualquier, eh… en cualquier lugar donde trabajes. Porque tanto en el mutualismo como en los otros, en general las personas que tienen, un poco más de nivel 'cultural', entienden mejor la situación. Acá por ejemplo creo que también es, es en todo el país, el alcoholismo es una de las patologías más frecuentes que existen, y no siempre diagnosticadas porque no siempre, en el resumen de alta, va con el diagnóstico de alcoholismo. Y el alcoholismo conlleva una cantidad de cosas.
E.: _ Y a una persona alcohólica también si se le corta el alcohol capaz que la conducta se le puede alterar…
Doctora: _ Sí. Muchas veces se les altera, vos tenés, este... medicación o maneras de reconocer la abstinencia y de tratarla. Y además, acá los mandamos a Alcohólicos Anónimos, y hay un grupo de Alcohólicos Anónimos que trabaja en el hospital. Eso tiene todo… es todo un tema el alcoholismo, es todo un tema. El alcoholismo es todo un tema en el Uruguay porque… No sólo, pero particularmente acá. Ta, con sólo que salgas, des la vuelta por el hospital, todo, prácticamente (sonrisa) todos, los cuidadores, de los autos, todos toman.
E.: _ Y la relación con el entorno del hospital es fuerte entonces, con los cuidadores... con.
Doctora: _ Sí bueno, los cuidadores este, hemos tenido, 3, 4 o a no sé si a todos pero 3 o 4 (risa) todos metidos acá. Otra cosa que si te vas a tomar un cortado, (risa) al San Lorenzo, también te encontrás con ex-pacientes que están sentados tomando el vino.
Dr. X.: _ Que te prometieron que nunca más iban a tomar y… (risas generales).
E.: _ A las 8:00 de la mañana a parte, ¿no?
Doctora: _ No además, cuando yo qué sé, cuando salís a las 12:00 del hospital, yo que le dejo acá a un cuidador ayer tenía un olor a

vino que… que me volteó viste. El olor que tenía… Además, yo un día, algún día que vas, y te sentas a comer algo antes de salir para trabajar a otro lado, están todos con el vaso de vino. (breve silencio). (risas) Cuenta Carlos ayer una anécdota el otro día, en la cocina, y, 10 o 12. Y, 3 mujeres, las 3 alcoholistas, que la mujer niega mucho el alcohol viste. Viene una señora que no podía caminar, que la tenía que traer otro, 'y a esa ya le pregunté por preguntarle, ¿usted toma alcohol?', 'no, no tomo nada' dice, 'vieja decile mirá que' el marido, 'vieja mirá no mientas'. 'Bueno, un vasito', 'ah, un vasito toma', 'vieja, no vieja, no le mientas, tomas 2 litros de vino, en botella de Coca Cola' (risas) lo toma, los 2 litros de vino. Y ahí pudo llegar al diagnóstico, aparte tenía una fractura de cadera, se había caído, la vieja decía que no, que no (risas). Es brutal. El alcoholismo acá porque es el alcoholismo, tanto en hombres como en mujeres. Como el hombre es más aceptado socialmente que tome… que ahí realmente lo dice más.

E.: _ Claro, la mujer lo esconde.

Doctora: _ La mujer es más pecaminosa. Desde el punto de vista cultural, ser homosexual, tomar alcohol las mujeres, hay todo una cantidad… tener un amante son todas cosa mucho más…

ROTISERIA
TAXI

La Doctora y el Dr. X. nos narraron a través de anécdotas cómo viven estos vínculos, y la naturaleza compleja de los mismos. Efectivamente se dan cita nudos, es decir, relaciones intersubjetivas en las cuales hay más de una dirección y un sistema de reciprocidad. El caso de los médicos con los cuidacoches es al respecto paradigmático. Los cuidacoches, como planteábamos, son alrededor del hospital tan sólo 3, o 4 esporádicamente, pero la existencia de muchos más a tan sólo metros del lugar aumenta la proporción de estos en el total de pacientes alguna vez internados allí.

Los médicos los tienen tanto como pacientes esporádicos y recurrentes, y como de vigilantes de sus propios automóviles en el contrato establecido por un par de monedas; también comparten el espacio del bar al cual concurren cuando el cambio de trabajo les permite aunque sea almorzar algún plato preparado. Lo mismo desde el otro punto de vista: los cuidacoches tiene como clientes a los médicos, y esporádicamente sentados en alguna mesa de su bar habitual en el que toman cuando les alcanza y pueden hacerlo.

Son tres dimensiones distintas, establecidas entre dos tipos de sujetos, dimensiones cada una con sus estipulaciones tácitas y sus lugares asignados por los roles, conviviendo cotidianamente. Allí están los nudos a los que nos referíamos, interesantes y sustanciales tanto del punto de vista sociológico como antropológico, pues definen un campo de experiencias desde lo que implica la singularidad de sus vínculos, la particularidad de tantos puntos de vista distintos arrojados en una misma realidad, distintos campos más o menos autónomos de identidades y roles que aunque se desee aislarlos, están inexorablemente entrelazados.

Este es el contexto de estrategias de un sujeto como un cuidacoches, alternadamente internándose en el hospital, teniendo como médicos, enfermeros, funcionariado en general, a quienes también les confían el cuidado de su automóvil en forma recurrente. Esta característica diferencia radicalmente a

los pacientes y sus allegados en lo que hace al conocimiento, no tan sólo del entorno del hospital, sino del interior mismo, de los funcionarios de toda índole.

Se trata, con los cuidacoches, de un caso extremo en lo que hace a la apropiación del hospital por parte de quienes habitan en el lugar. Pero esta dimensión de apropiación, identificación, o a lo sumo conocimiento cotidiano, es mucho más abarcativa de otras subjetividades, en diferentes grados. Dimensión que caracteriza la situación concreta de esta institución, a la vez que marca una diferenciación entre las posibilidades y herramientas a las que cada paciente tiene acceso para crear sus estrategias.

5
VIVENCIA Y REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

> «Los paleontólogos tienen toda las razones para suponer que los primeros trazos humanos apoyaban recitaciones verbales, que la imagen y la palabra aparecieron conjuntamente en la historia de la especie. Y los psicólogos la han demostrado en la del individuo: la adquisición del lenguaje en el niño se produce al mismo tiempo que la comprensión de la imagen visual.
>
> Y, sin embargo, la imagen no es la lengua hablada de nuestros niños, pues no tiene ni sintaxis ni gramática. Una imagen no es ni verdadera ni falsa, ni contradictoria ni imposible. En cuanto que no es argumentación, no es refutable. Los códigos que puede o no puede movilizar son sólo *lecturas* e interpretaciones. Precisamente, su infancia –*infans*, que no habla- impone toda su fuerza: «orgánica» que el lenguaje, la imaginería procede de otro *elemento* cósmico, cuya misma alteridad es fascinante. Como Thalassa en torno a los archipiélagos emergidos del sentido, las olas de imágenes lamen las orillas de lo verbal, pero no son verbales. La «retórica de la imagen», de momento, no es más que una figura retórica (literaria). Siempre se dice de ella que «falta por hacer». Y no sin razón: las tareas imposibles son infinitas.»[44]

La concepción de la enfermedad, cómo se la explica a sí mismo el sujeto afectado y embarcado en el proceso de medicalización y más en concreto de internación, nos pone ante el horizonte de posibilidades, su *visibilidad* que culturalmente enmarca la búsqueda de estrategias para sobrevivir en el hospital.

---

[44] Debray, R. *Vida y muerte de la imagen. Historia de la mirada en Occidente.* Paidós, Barcelona, 1994, pp. 52-53.

Nuestro objetivo es ir más allá o más acá del lenguaje, para poder captar el universo de significaciones que configura una cultura en concreto. Accedemos a través del diálogo a las palabras, pero la totalidad de una cultura y su puesta en práctica en un acontecimiento desborda el lenguaje: él es lo expresado, sobresaliendo hacia el exterior de la singularidad en el marco de la intersubjetividad, pero no es la totalidad de la cultura. La composición de significaciones que porta un sujeto singular, —producto y productor a la vez—, se sustenta en imágenes que no pueden ser evaluadas según criterios de exclusión. Es el plano holístico, es el universo que nos ofrece cada punto de vista concreto.

Entrevista con J. L.

E.: _ José Luis me dijiste...
J. L: _ José Luis, José Luis.
E.: _ Y... de dónde sos José Luis.
J. L.: _ De ahí del Paso de la Arena.
E.: _ Del Paso de la Arena mirá. Cuántos años tenés.
J. L.: _ 27.
E.: _ ¿Toda tu familia es de allá?
J. L.: _ Es toda de allá sí, todos de ahí, todos en la vuelta y tengo en Nuevo París... este, Maracaná.
E.: _ Conozco, sí, sí.
J. L.: _ Toda la vuelta ahí, toda la vuelta.
E.: _ Conozco las curtiembres de ahí.
J L.: _ Sí, ahí va. Bueno, ahí cerca, estamos cerca de ahí, estamos cerca.
E.: _ Y... con quién vivís vos.
J. L.: _ Yo con mi vieja, y mi señora.
E.: _ Y tu señora. ¿Tenés hijos vos?
J. L.: _ No, por ahora no, por suerte (risas), ta bravo.
E.: _ Ta brava la mano.
J. L.: _ Ta bravísima.
E.: _ Che, entonces tu mamá, está internada acá.

J. L.: _ Está internada, y es la primera vez que la internan para operar, viste. Estaba muy nerviosa ella, viste.
E.: _ ¿Cuántos años tiene tu vieja?
J. L.: _ Y mi vieja tiene 51.
E.: _ Mirá. Qué es lo que le pasó.
J. L: _ Le salió un, una, un… una hernia acá viste.
E.: _ ¿En... la laringe, acá en la garganta?
J. L.: _ Acá en la garganta ahí está. Y se le torció la traquea y todo viste, por razón de… como hacíamos 3 años que estábamos pa, esperando pa que la operaran viste, después de 3 años entonces. Como tenían que esperar que el… es como un huevo eso, como un huevo de gallina que le creció viste, y tenían que esperar que se le soltara, cosa que no corriera ningún riesgo, que no quedara agarrado de ninguna arteria ni nada, viste. Y ta, y esperando, que se le soltara, ta. Le demoró 3 años pa que se… le quedara libre. Y bajó de peso... era un persona diferente a la que está ahora. Bueno fuma mucho.

E.: _ Siempre, siempre...

J. L.: _ Siempre fumó, siempre fumó mucho. Tiene, un... pequeño soplo al corazón, también viste. Viste tiene, tiene un par de nanas ahí que, viste pero esas nanas las va llevando viste, lo más importante era esto viste que... lo que le salió eso. Ya a lo último tenía que dormir sentada.
E.: _ Dormir sentada.
J. L.: _ Porque... no la dejaba respirar. Viste, estuvo como... 1 año y pico, 1 año y medio más o menos durmiendo sentada, casi sentada. Le tuvimos que subir la cama 40 centímetros; viste, dormía con varias almohadas, sentada como quien dice, sentada. Y... ta.
E.: _ Esperando, ¿no?
J. L.: _ Esperando seguro, esperando que la operaran y eso, viste. Aparte, antes de Semana de Turismo [coincidente y hasta sinónimo de Semana Santa en Uruguay] vinimos, la dejaron internada una semana, mirá qué le hicieron: —porque pararon todo viste—, a las 7:00 de la mañana vienen dicen 'mirá, la vamos a operar, no le vamos a dar desayuno, ni almuerzo ni nada' viste, ta. Esperamos viste, eran las 3:00 de la tarde, nos vienen a avisar que no la iban a operar, que no sé qué, que no sé cuánto. Viste, ya te podés imaginar que uno está nervioso viste, aparte más nervioso te pones. Y ta, y, y le dije... 'somos todos gente grande, acá, ustedes, están acostumbrados a

mentir, digo, pero, ustedes, no tienen que mentirle a la gente si ustedes les dicen la verdad, no hay ningún problema', ¿me entendés? Aparte se pone mal ella y nos ponemos mal todos.
E.: _ Los nervios, es una cosa...
J. L.: _ ¿Me entendés? Y los nervios, te matan viste.

Como un huevo de gallina en la garganta. El *como* establece la metáfora, en realidad es parte de la misma, refiere al nexo o puente. ¿Pero qué hay de un lado y del otro? Partimos con el sujeto de una imagen que se hace a sí mismo, y que probablemente también comparte socialmente con la enferma y demás, como producto de su entorno social. Y es nada más que una imagen: el huevo de gallina no tiene nada que aportarnos para el tratamiento de la enferma. El puente viene de antemano señalizado y direccionado, aún más, como *a priori* a todo nexo. Un lado ya se impone de antemano, por lo que el sujeto, interpretando desde esta economía política de los signos, no puede más que vislumbrar, tener alguna imagen, pero no es ella utilizada para desarrollar ningún tipo de acción más que la búsqueda de un experto, el ir hacia un centro sanitario. Dicho centro posee el cual sí como la totalidad del saber al respecto, la verdad frente a la carencia de ésta, una verdad que equivale a la vida misma.

La distancia existente entre los dos elementos de la metáfora: cómo la define y transmite la enfermedad la medicina científica y cómo la interpretan el sujeto que la padece y su entorno afectivo y cultural, es muy grande –nunca inconmensurable en su totalidad, ya que están más que implicadas-, y aún más, se encuentran en un conflicto muy especial. No se encuentran ni en contradicción ni en oposición, se encuentran en subordinación primeramente, la científica sobre la que podríamos llamar *vernácula*, y además, esta desventaja está dada por un presunto saber oculto, que pertenece al médico, y del que depende el paciente: se trata de una relación de subordinación por ocultamiento.

De esta forma la enfermedad es conceptualmente apropiada, se la comprende, se la explica, se la concibe, gracias a una metaforización en la cual sentidos y significados no entran en movimiento de un lado al otro, como podría pasar en toda metáfora que no sea una simple representación, lo que muchos afirman es su única posibilidad.

Tan sólo la imagen, y allí sí estamos frente a una representación ante la cual el sujeto tan sólo puede quedarse expectante, frente a la imagen que sobre la enfermedad tiene, frente a esa visión. Pero este no es necesariamente el destino de toda imagen. Por el contrario, todo conocimiento tiene su «clivaje imagónico», incluido por supuesto el saber médico. La cuestión es que para ello son necesarias herramientas y procedimientos, su disposición o su extracción, que viabilizan o no el uso de la imagen como soporte y medio del pensamiento, más allá del lenguaje hacia él, hacia distintos niveles de formalización no excluyentes.

El potencial conocimiento que inaugura toda imagen —y al respecto la larga tradición de análisis antropológicos sobre el chamanismo y estados de conciencia lo ha dejado en claro— es suprimido, inequívocamente los conocimientos médicos son infinitamente superiores frente al saber del sujeto, el dispositivo así lo estipula y agencia cada instancia, cada acontecimiento. El saber, la posibilidad del mismo, es capturado, y se trata nada más ni nada menos que del destino de una vida que es despojada de su propia capacidad de dar respuestas a las necesidades, de acciones inminentes en el plano del sustento vital.

> «¿Cuál es la actitud de la gente frente al poder y el saber médico? Es lógico que no hay 'una' actitud. Además de las naturales variaciones individuales, va a tener importancia el origen de clase (el capital simbólico). La asimetría mayor en la relación va a producir en general una mayor dependencia. Una relación socialmente más equilibrada tendrá también una mayor capacidad de interacción subjetiva. En general, el discurso médico es cognitivo (transmite información) pero no es comunicativo (no permite la interacción subjetiva).»[45]

La forma en que José Luis concibe la enfermedad y la manera como la vive todo el núcleo familiar no les permiten tomar medidas más allá de la búsqueda de una asistencia médica para su madre, lo más rápido posible. El único movimiento es ir en busca de expertos, quienes poseen el saber sobre el cuerpo y sus afecciones. Son ellos a quienes les corresponde,

[45] Portillo, A. «La medicina, el imperio de lo efímero», en Portillo, J. – Rodriguez, J. (org.) *La medicalización de la sociedad*, Goethe Institut- Nordan-Comunidad, Montevideo, 1993, p. 30.

funcional y significativamente, según el flujo económico del mercado local, ocupar el lugar de ser los depositarios de este saber que, como una malla, distribuye en un mismo plano todo tipo de saberes y prácticas según un solo criterio disciplinario. Dicho criterio re-codifica toda particularidad significativa asignando las posiciones de jerarquía. Evidentemente no poseemos la capacidad y el saber acumulado de un médico ni tratamos de subestimarlo; por el contrario tratamos de valorar *también* los otros saberes, especialmente el potencial que el propio sujeto afectado por la dolencia necesita crear para tomar medidas, sin depender, como en este contexto, exclusivamente de otros mecanismos, al punto de ser él tan sólo un objeto, pasivo frente a su destino.

Aquí lo importante es que el sujeto, que busca comprender un padecimiento en medio de la angustia que ello conlleva, lo hace de tal manera que no tiene elementos de valor intrínseco que le permitan situarse en relación a la enfermedad; carece de un sentido que lo ancle y lo oriente en un proceso de búsqueda de salud y menos aun posee un saber reconocido por la otra parte como para poner en circulación las dos o más posiciones. De esta forma, el *huevo* en la garganta, puede ser objeto de desprecio por parte del saber médico —al lado de conceptos como *divertículo*, o *quiste*—, y por todo el saber científico, incluido el de las ciencias humanas y especialmente el de la reflexión filosófica.

Tradicionalmente se ha tomado este hecho como constatación de la incapacidad de encontrar sentidos que favorezcan la solución de la situación: la cura o el alivio de tal o cual padecimiento. Y esto se hizo más fuerte en tanto la medicina científica fue imponiéndose con la concomitante lucha contra todo tipo de saber particular que osara referirse a los mismos fenómenos, convertidos en objetos y apropiados por este movimiento de objetivación, legitimado por el resto de los discursos que hegemonizaron la producción social en Occidente, especialmente a partir del siglo XVIII.

> «Hemos pasado en 200 años, del terror social al cuidado del individuo, del protagonismo de la epidemia al de la salud, del médico como figura accidental y esporádica, a su saber invadiéndolo todo, la enfermedad y la salud, las ideas y las conductas, la razón y también la locura.»[46]

Como están planteadas las cosas no puede haber flujo entre las partes, entre el paciente internado, sus allegados y los funcionarios de la salud. No se trata de que los sujetos no tengan la capacidad para poder encontrar en la enfermedad componentes que los ayuden a enfrentarla mejor, se trata de que, políticamente, existe un discurso que captura a cualquier otro —con la excepción del conflicto latente con las diversas religiones— en el campo social referido a la salud y la enfermedad. Esta polarización es una de las más intensas que existen, se refiere a una fuerte hegemonía, especialmente en el caso de la sociedad uruguaya. En el caso concreto de José Luis, quien, que con 27 años, tuvo una educación vareliana pero también con ecos de la infame dictadura de los años ´70, éste se siente y se piensa como constituido por herramientas para desarrollar la reflexión así como se muestra disciplinado ante las instituciones, como las de la salud.

Él bien dice, *si me explican, yo entiendo*, eso es claro, la cuestión es que no hay intención de hacerlo. O mejor aún, la intención es la de guardar bajo la llave de nombres categoriales y tipológicos, bajo esquemas arborescentes designados en *la* lengua muerta de Occidente —el latín— el acceso a ese conocimiento. Es así que se monta un dispositivo de ocultamiento productor de respeto y la legitimación; técnicas de ocultamiento y apropiación que en la actualidad no logran mantener la hegemonía tradicional en general y menos aún entre pacientes y allegados jóvenes.

Si lo analizamos en un mismo universo de significaciones, si le otorgamos al discurso del sujeto el mismo estatus

---

[46] Barrán, P. *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. 1 El poder de curar*. Banda Oriental, Montevideo, 1992, p. 10.

afirmativo y la misma validez que al científico-médico —aunque sea por un momento como ejercicio metodológico—, el efecto de «salto de mundo» o «desembrague» como dice Greimas[47], entre los diferentes órdenes discursivos es evidente. Pero además tenemos toda una gama de construcciones de sentido y significado que hacen a lo que el sujeto «concibe» —vivencia y representa a la vez— sobre la enfermedad que padece o lo afecta directamente. Dichas construcciones son también, legítimamente, formas de producción de pensamiento desde este punto de vista: existen axiomas, existen inducciones y deducciones, existen esbozos de relaciones causales junto con las metáforas y las semejanzas asociativas.

Lo que sucede es que en sociedades como la uruguaya, la modernidad ha sido constituyente de su «matriz autónoma de pensamiento»[48], en toda su potencia, y hasta el sujeto más distante del discurso científico, —en este caso, el discurso del médico—, tiene algo de moderno, aunque se trate solamente de pinceladas o formas muy generales. En el caso de esta familia —de esta madre en plena operación y su hijo de 27 años— provenientes del interior del país, también encontramos, quizá más en el hijo por haber nacido y por haber sido endoculturado en la periferia montevideana, en la escuela pública, una constitución de la mentalidad, un horizonte de comprensión, a partir del cual es posible hacer fluir un intercambio con otro discurso que posea un aval en la experimentación y la acumu-

[47] «... el desembrague es una ruptura de isotopía que funda a la vez las categorías del enunciado y las de la enunciación; es la ruptura del aquí y del en-otra-parte, entre ahora y entonces, entre Yo y El, por ejemplo». Greimas, A. J., en Alessandria, J., *Imagen y metaimagen,* Inst. de Lingüística Fac. de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires, 1996, p. 87.

[48] «Afirmar la existencia de una matriz autónoma de pensamiento popular latinoamericano supone interrogarse acerca del potencial teórico inmerso en las experiencias históricas y en las fuentes culturales de las clases sometidas, que constituyen más de la mitad de la población del continente. Implica reconocer la legitimidad de las concepciones y los valores contenidos en las memorias sociales...». Argumedo, A. *Los silencios y las voces en América Latina. Notas sobre pensamiento nacional y popular.* Colihue, Buenos Aires, 1996, p. 18.

lación de saber por el método de ensayo-y-error, como el de la ciencia médica.

Somos pobres pero tenemos estudio, ¿me entendés?
Bruto sí pero indio no. ¿Me entendés?

Quizás se encuentre más capacitado para enfrentar los peligros que toda práctica médica conlleva frente a la vida, pero *a priori*, como condición real, como dispositivo montado y reproducido en la construcción de lo real, le está prohibido todo tipo de enriquecimiento, de oportunidad de acercarse a un conocimiento más fértil sobre lo que su familia padece.

De esta manera, tenemos una enfermedad concebida con fragmentos de distintos discursos médicos pegados en una colcha de retazos (*hernia en la garganta, huevo de gallina que le crece adentro, tráquea torcida...*), elementos extraídos de los intercambios con diferentes especialistas que a lo largo de 3 años trataron a la enferma, reconfigurados en un relato explicativo. Dicho relato, además de afirmar y desarrollar algunas relaciones causales derivadas de estos fragmentos mencionados, se asienta sobre una imagen, metáfora unidireccional que deja al sujeto en definitiva con las manos vacías frente a lo que vive y que termina por constituirse como «padecimiento», actitud pasiva que otorga y que es capturada por el otro polo que se lleva la totalidad del valor, extrae el cien por ciento de un fenómeno que queda así bajo la plena disposición y voluntad de los «especialistas».

No podemos por tanto catalogar a las concepciones que los sujetos poseen sobre la enfermedad que ellos mismos padecen —careciendo de adoctrinamiento profesional—, cayendo en la desvalorización de las vivencias de los mismos. Sus posiciones, el hecho de que cuenten tan sólo con retazos de discursos científicos articulados en torno a imágenes no es una casualidad ni la esencia de un modo popular de pensar ni tampoco un pensamiento salvaje, sino el producto de determi-

nada reproducción social que mantiene aislados los universos de sentido valorizando asimétricamente y concentrando en un reducido núcleo la toma de decisiones legítimas ante el conflicto que desencadena toda enfermedad asumida como tal.

Sin comprender mucho, pero siendo capaces de hacerlo, entienden que la vida está en manos de los especialistas que a su vez descalifican al paciente y no comparten su saber, extrayendo el «saber sujeto»[49] sin mayores inconvenientes. Una diferenciación sustancial que establece el propio José Luis es entre lo que denomina *nanas* y el resto de las dolencias catalogadas como de *enfermedades*. La distinción se plantea en términos procesuales, allí se toma en cuenta la relación entre el dolor y su padecimiento, entre las afecciones que permitan o no llevar adelante lo que se considera una vida, aunque no sea normal, por lo menos lo más cercana a ello. El proceso tomado en cuenta es el de una dolencia y sus efectos en la subjetividad afectada por la misma, realizándose una evaluación que establece un límite, no muy preciso, sino muy indistinguible, entre lo que es una cosa y la otra, pues una *nana* puede convertirse en *enfermedad* en el momento en que el sujeto no la soporte más. El criterio se establece gracias a un umbral de dolor o margen de imposibilidad en el desarrollo de la vida cotidiana. Tener una *nana* no es normal, pero se acerca a esa condición. En este caso un soplo en el corazón es una *nana*, mientras que un divertículo o quiste en el esófago es una *enfermedad*. Producto de sopesar, de contrastar, de juzgar, la clasificación toma como medida de todas la cosas la posibilidad para el sujeto de desarrollar su autonomía o no, de contar con la libertad para que el cuerpo no se interponga entre los deseos y la producción de realidad que se venía haciendo posible, permitiendo desarrollar ciertas actividades a la vez que éstas eran en sí la experimentación concreta que constituía la realidad. En una

[49] «... un saber diferencial incapaz de unanimidad y que sólo debe su fuerza a la dureza que lo opone a todo lo que lo circunda». Foucault, M. *Genealogía del racismo*. Nordan Comunidad-Caronte, Montevideo-Buenos Aires, 1992, p. 15.

relación recursiva: cocinar, dormir, pasear, y, como en este caso, vender cosméticos a domicilio, instituía una vida cotidiana, humilde y propia. Es por tanto una cuestión de identidad lo que gradúa las afecciones como poco nocivas o muy nocivas, como *nanas* o *enfermedades*. Es el parámetro intrínseco de una singularidad: su escala de valores.

Otro caso proporciona un contraste importante en lo que hace a la vivencia y representación de una enfermedad, padecimiento o dolencia. Gracias a contactos locales pude conocer a una red muy íntima de familiares y amigos que son usuarios del hospital y se encuentran nucleados en relación a la cultura afro del barrio Palermo de Montevideo, para quienes el Maciel es la referencia indiscutida del mundo de la salud. Resultó que todos los hombres involucrados en esta cuerda de tambores, tenían experiencias en el Maciel. Dos de ellos eran quienes habían sido internados en él, sobrino y tío paterno, el resto fueron los allegados y acompañantes en dichas oportunidades: el padre y hermano del tío, y un amigo íntimo cercano a los 30 años. De estos casos pertenecientes a un grupo fuertemente ligado por una identidad étnica, algo que para la sociedad montevideana constituye una de las diferencias más radicales, el caso del joven Toco es emblemático. Se trata de un muchacho de 17 años que a los pocos años de escolarización abandonó el sistema educativo y para el cual la vida transcurre entre los afectos de la barriada y el sentir de los tambores. Se trata de un tipo de paciente similar en muchos aspectos a José Luis pero que se diferencia de éste en un aspecto central, en este disciplinamiento al que hacíamos referencia más arriba, a la formalización tanto reguladora como habilitadora de otros horizontes, a la adquisición o no de pautas culturales que se desarrolla principalmente en el campo educativo. *El Toco*, joven adolescente de piel negra, con la primaria inconclusa, vivió su internación como uno de los peores momentos de su vida, determinado por el propio tratamiento; el miedo ante un diagnóstico que no le pareció rápidamente definido lo posi-

cionó —como veremos más adelante— en una situación terrible. Se enfrentó a una incipiente tuberculosis.

En los encuentros y entrevistas que tuvimos, en un ámbito ameno y fraternal en casa de un amigo integrante de la cuerda de tambores y vecino del barrio, rememoró con sufrimiento los acontecimientos que nos relató como respuesta a mi pedido. Se puede apreciar claramente en el lenguaje que utiliza que el Toco pasó por uno de los procesos de objetivación más fuertes de los que he conocido personalmente en esta investigación. No se habilitaron estrategias, aunque el Toco lo intentó, aunque existía un cuidado de sí mismo que lo impulsó a hablar con el médico sobre el trato que recibía, aunque sin obtener respuestas. Es importante detenerse en la forma en que relata el tratamiento que le dispensaron en el hospital. Cuando de eso se trata, los propios términos empleados son otros diferentes de los que usualmente componen su lenguaje, su jerga urbana de Palermo. *Administración*, *Retiro*, son términos claves del discurso médico; el Toco los reproduce asumiendo que su propio cuerpo es el cosificado. Junto a este cambio en el lenguaje, el sujeto también nos plantea lo que *le* hicieron, —en ese grado de pasividad, de pérdida de autonomía—, tomando en cuenta otro componente: la relación con las máquinas.

Esta *maquínica* tiene como operarios a los funcionarios de la salud, y produce subjetividad cuando es aplicada sobre el Toco. Las máscaras de oxígeno, las transfusiones de sangre, los medicamentos y el suero intravenoso, son diversos aparatos y mecanismos a los que alude para contarnos sobre cómo vivió su internación. En su relato parece que no hay sujetos, hasta él mismo es cosificado en su propio discurso, inmerso en la objetivación de su ser por parte de la institución, objeto al que se le aplicaron ciertas operaciones según una planificación prevista, una programación de ciertas máquinas.

Por la enfermedad diagnosticada, se le practicaron dos intervenciones principales en su cuerpo para frenar al bacilo.

Se le suministró suero a través de las sondas y todos los accesorios de las mismas, y oxígeno, siendo la máscara lo que más le afectó en este sentido. Pero para realizar el diagnóstico, la obtención de muestras de sangre fue lo más problemático. Las jeringas en definitiva, fueron para el Toco toda una pesadilla.

Entrevista con el Toco

T.: _ ¿Cuántas semanas? Estuve... 3, 3 semanitas.
E.: _ 3 semanitas. Y me contabas que estuviste, en la sala...
T.: _ Eh... la sala cómo es... Cuidados Intensivos.
E.: _ Cuidados Intensivos, ahí va. Bueno, ahora contame un cachito...
T.: _ Sí, te cuento.
E.: _ ... esa enfermedad, que tenías, cómo fue que te vino así.
T.: _ ¡No sé cómo vino! Los doctores dicen que, puede ser, el contagio de otros, a su vez, el contagio de otro es, pasar el cigarrillo, de una boca a otra, eso es por contagio.
E.: _ ¿Esa es la única que...
T.: _ Sí.
E.: _ ... que te dieron así?
T.: _ Y a través, de un estornudo, o te tosen al lado viste en la cara, los gérmenes ya, este, te afectan.
E.: _ Y por qué cosas te diste cuenta que te estaba pasando algo.
T.: _ Tuve, bastante fiebre, bastante fiebre, tos, flemas.
E.: _ Así, ¿de un día para el otro?
T.: _ Sí, abundante... fiebre, abundante flema, no paraba de toser, toser, y hacía fiebre, fiebre, fiebre.
E.: _ Y ahí entonces, alguien llamó al hospital o fueron ustedes... cómo fue.
T.: _ Fui yo al hospital.
E.: _ ¿Solo fuiste?
T.: _ No, no, estaba acompañado de otra persona.
E.: _ ¿Con quién fuiste?
T.: _ Fui con el muchacho que estaba haciendo la limpieza de mi casa. El Flaco me llevó para el hospital, Maciel.
[...]

E.: _ Entonces estuviste ahí internado como tres semanas...
T.: _ Sí.
E.: _ Y, ellos, qué te iban haciendo, en esas tres semanas.
T.: _ Me dan viste, venían los médicos, me administraban suero, suero, suero...
E.: _ Mirá, mucho suero.
T.: _ Mucho suero y no me dejaban comer, nada. Y después me retiraron; y con máscara, con oxígeno. Eso fue lo bravo, máscara de oxígeno bastante; y suero, me administraban bastante suero. Después me fueron retirando el suero, de a poco, y entré a comer, ahí, más o menos. Pero la máscara, ta me la ponían, durante la noche me administraban otra vez suero. Durante la noche, suero, de nuevo. Me iban sacando el suero y me iban poniendo otro suero.
E.: _ Eran todos, ¿antibióticos, no?
T.: _ Antibióticos, sí. Era lo que me decían, que era, antibióticos. Administrando todo antibiótico, para que bajara la fiebre, era impresionante la fiebre que tenía. Impresionante. (breve silencio).
E.: _ Sudabas así...
T.: _ Sí...
E.: _ ... y la cabeza...
T.: _ Sí, a mil, la cabeza a mil. Me trabajaba, ese día me trabajaba a mil, la cabeza. Se me venía cualquier cosa por el pensamiento así…
E.: _ Por ejemplo.
T.: _ Por ejemplo, pa, que me iba, que me iba a pelar; que me iba a ir. (breve silencio).
E.: _ Pero todos los demás enfermos... como que...
T.: _ Sí. Me ayudaban, me apoyaban ahí entre todos. Y esa fue, que te apoyen los otros enfermos ahí, están ahí al lado tuyo, apoyándote, dándote pa delante, eso es bueno también. Me di cuenta en esos momentos. (breve silencio).

No nos olvidemos que la vivencia y la representación que se construye de la misma constituyen un proceso. Podemos analizar por tanto, además de la construcción de significaciones y sus relaciones sintácticas, el devenir dentro del cual se va configurando dicho proceso.

En este caso por ejemplo, la representación de la enfermedad que el Toco se iba componiendo para sí tuvo tres momentos. Intempestivamente se siente mal, no para de toser y un amigo lo acompaña al Maciel, donde desde Emergencia lo derivan para ser ingresado a la sala de Cuidados Intensivos. En ese momento, para el Toco, lo que sufría tenía que ver con una mancha, con una figura producto de una radiografía, una fotografía de su interior, que según la interpretación de los funcionarios tenía que ver con su malestar y era algo de gravedad. *Una mancha en el pulmón,* dijo en la entrevista. Luego, al ingresar a la sala de Cuidados Intensivos, con la incertidumbre

que le despertaba esa mancha fotografiada, esa imagen maldita, es objeto de intervención en busca de un diagnóstico. Extracción de sangre, tiempo necesario para la incubación del bacilo, y por fin el nombre de la enfermedad: tuberculosis. Allí arranca un tercer momento en su padecimiento, un lapso breve en el hospital Maciel, pues al obtener el diagnóstico por parte de los médicos, es trasladado a otro nosocomio. La situación cambia radicalmente para él, según nos cuenta, cuando es trasladado al Saint Bois, y cuando siente que lo que padece es tratable, que se lo reconoce y se conoce la forma de combatirlo, lo que coincide en el diagrama institucional de la salud con el traslado a otro centro hospitalario que, según el paciente, es muchísimo mejor, por cualidades que luego veremos. Comienza con la emergencia del padecimiento, una fotografía a su interior y la mancha en el pulmón grabada en la imaginación, luego el sufrimiento de la incertidumbre a la espera del diagnóstico en una sala, y posteriormente la tranquilidad experimentada en el cauce de un tratamiento que lo conduce de vuelta a su vida cotidiana.

Un tema central en la vivencia y representación de la enfermedad, como hemos visto, es la idea de causa, y más en general de procedencia de la misma en el ejercicio de comprensión o apropiación de sentido.[50] La necesidad de explicitar la enfermedad desde su procedencia, puede requerir mayúsculas, expresarse como manifestación del Dolor y el Mal. También puede escribirse con minúsculas, como en este caso, donde se distinguen por lo menos dolencias menores y mayores, se establece una diferencia que como vimos toma a la vida cotidiana, a las actividades rutinarias, como parámetros de evaluación. Esta es una diferenciación que toma en cuenta lo contingente, las especificidades de tal o cual padecimiento.

Siguiendo a Herzlich, el estudio de la causalidad de las enfermedades se ha encarado a partir de dos vías: la exógena y

[50] Durán, A. *Enfermedad y desigualdad social.* Tecnos, Madrid, 1983.

la endógena. La primera, nos dice, es centrípeta o aditiva, ve la causa en una intrusión, de algún objeto desde el exterior, mientras que la segunda es centrífuga o substractiva, la causa se la ubica en el robo del alma del enfermo. Stoetzel plantea que la mayoría de las teorías médicas occidentales pueden verse según estas dos categorías. Los dos modos conviven en un mismo cuerpo instituido, superponiéndose distintas lógicas, según el caso. Como apunta Durán, es común que las dolencias pasajeras o del envejecimiento sean concebidas como naturales, en tanto que las desconocidas o evaluadas como tales, necesiten ser explicadas por mecanismos más complejos. Igualmente vemos que José Luis recae en el hecho de que su madre siempre fue fumadora, su discurso se dirige hacia allí naturalmente; se trata también de una causa ahora interior.

Durante una larga espera de 3 años, la dolencia de la madre de José Luis los había tenido a los tres: ella, él y a su *señora*, en vilo, hasta que por fin fue operada, justo en el momento en que le realizaba una entrevista en el patio cerrado del hospital. El proceso de la enfermedad sacudió todo territorio cotidiano de existencia, siguiendo alternadamente los movimientos centrífugos y centrípetos a los que hacíamos referencia.

Las transformaciones fueron en ello consecuentes, y José Luis tuvo que adquirir determinados saberes para sobrellevar la situación. Pues no se trataba, en nuestro caso, de que existiera una institución sanitaria que controlara pormenorizadamente la vida de cada habitante del Estado. Nos encontrábamos frente a una versión local de un paradigma institucional tomado de modelo, que compartía rasgos con otras cercanas y que caracterizaba por entonces a las sociedades latinoamericanas en su conjunto: una profunda inoperancia de los mecanismos del mismísimo control social. José Luis llamaba a la ambulancia de la Policlínica del Ministerio en el Cerro, en el entorno barrial; cuando ésta llegaba, él ya había tenido que atender a su madre como podía, sacarla de los ahogos profun-

dos a causa de su mal, instalado en su garganta. José Luis tuvo que tomar clases de Primeros Auxilios, y debió aplicárselos a su madre varias veces. Cuando los funcionarios de la salud llegaban, según me narraba, no comprendían por qué habían sido llamados.

Entrevista con J. L.

J. L.: _... ella se hacía atender en el dispensario del Cerro. Qué pasa: Yo le estaba pagando una Sociedad, empecé pagando la Sociedad los primeros tiempos que ella estaba, que recién empezaba viste, que le venían desmayos viste. Tenía que darle respiración boca a boca, ¿me entendés?, se le paraba el corazón, viste.
E.: _ ¿Y todo eso, apareció como de golpe?
J. L.: _ De golpe apareció, de golpe, viste… Y ta, y entre tantos médicos y todo viste, yo les decía que mi señora hace los primeros auxilios y eso; mismo porque yo siendo, estando, como somos 3 hermanos, el mayor soy yo, y tengo 2 hermanas, viste. Pero qué pasa, ellas están casadas, viven lejos, y el único que queda al lado fui yo, me entendés. Y yo ta, de repente vine de trabajar y estaba ella, o de repente estaba laburando y me llamaban 'bo vení, que mirá tu vieja' pam-pum-pam, ta y ya está. Venía la agarraba ta, le hacía los primeros auxilios. Cuando venía, la ambulancia, ya había pasado, entre eso ya habían pasado tres cuartos de hora... 1 hora. Ya cuando venía estaba ahí. Venía le decía 'pero señora a usted qué le pasa, no le pasa nada si está bien', le digo 'ahora no le pasa nada' le digo, 'porque vos demoraste' le digo, ¿me entendés? Pero viste como es... viste, lo que pasa que, no es solamente la única enferma que hay en, acá en Uruguay, hay un montón. Yo comprendo eso también viste. Pero viste lo que es la desesperación de uno... me entendés… y todo eso sabés cómo te hace, re-mal viste, te hace re-mal viste porque, ya trabajas mal, ya, dejas de comer ya, y ta, continuamente pensando en esto. Y ahí aprendí viste, bajar la pelota al piso... viste, llevarla tranqui viste. Porque, sabés qué, sino me iba a enloquecer bo, me iba a enloquecer. Y ta, hoy por hoy estoy tranquilo, ta, no estoy tranquilo-tranquilo no, digo...

La enfermedad en este caso irrumpe, entra en escena violentamente, y va instalándose a lo largo del tiempo, durante 3 años, paralelamente a la disminución de ingresos socialmente experimentada con el crecimiento de la desocupación. En este caso irrumpe la enfermedad mientras el movimiento ya es de caída; el problema es cómo posicionarse en tales circunstancias. La configuración de la totalidad del universo de sentidos y significaciones, el plano de inmanencia que soporta la existencia de estos seres humanos constituyentes y constituidos en la sociedad uruguaya, es puesto en crisis de un golpe, intempestivamente, como un verdadero *accidente*. Y la carga de valor, el deseo que fluye distribuyéndose diferencialmente en las vidas de estos sujetos, es succionado por un caos que rompe la continuidad de los procesos cotidianizados. Esta ruptura y apertura intempestiva puede alcanzar a ser un problema mayor si se instala como una crisis permanente de incertidumbre existencial. En dicha situación se pone en crisis todo tipo de valor debido a la desvalorización, más profunda, de la vida en general. Pero más allá de esta situación límite, el padecimiento y el tratamiento de una enfermedad siempre nos enfrenta ante la posibilidad de experimentar un dolor desconocido hasta entonces. El grado de incertidumbre depende del tipo de vivencias y representaciones de una enfermedad, lo cual transforma diferencialmente al punto de vista y a las significaciones de cualquier sujeto que lo experimente.

La derivación de todo acontecimiento y todo sentido, reconfigura el sistema de significaciones culturales de los sujetos: todo pasa por la enfermedad, todo está imantado por la duda ante la posibilidad de morir y, como vemos en este caso, eso impregna a la red familiar por las características de los lazos que la sustentan.

Ahora bien, de esta manera nos dirigimos hacia las características del entorno de vida de estas subjetividades que hoy pasan por la internación y la operación. Dónde irrumpe la enfermedad en este caso, cómo es esa vida cotidiana de un

sujeto, de una familia, por lo menos qué podemos conocer de lo extraído del campo. Accedemos a efectos, no a causas, como dice Hume, sabemos que se trata de productos, de procesos, pero la búsqueda de causas no puede reducirse a la formulación de relaciones unidireccionales con la instancia anterior de un proceso del cual, como dijimos, siempre tenemos los efectos. Hacernos una idea de esta vida cotidiana de una familia que padece una enfermedad y que posee a uno de sus miembros internados en el hospital, nos permite comprender aún más lo que estamos investigando, pero no por la existencia de causas uniformes, sino por la existencia de modos de subjetivación que generan las formas humanas concretas sin cesar. Éstas incluyen caracteres que abarcan desde los más duros o perdurables hasta los más plásticos o fugaces: una vida cotidiana, las formas de ser productoras del sujeto ante el cual nos encontramos dialogando, dentro del hospital, justamente cuando está aconteciendo la operación de la paciente internada. En el proceso de hominización, en el proceso antropológico de crear-se que posee la especie, existen distintos grados de intensidad que hacen que la cultura produzca una composición de elementos heterogéneos en su densidad, en su consistencia, en su ágil movilidad, en sus dudas y certezas.

Entrevista con J. L.

J. L: _ Sí en un saladero trabajábamos. Ta, ahora como cambió de firma la empresa que nosotros trabajamos pa Branha, nos corrieron a todos nos echaron, despido todo.
E.: _ Sí yo me enteré claro, por esta gente.
J. L.: _ Como se tienen que ir, nos pagaron todo pum, pa fuera.
E.: _ Y pegaste ahí con el gas.
J. L .: _ Y, pegué acá con el gas. Viste porque, justo por lo mismo, ¿no?, me… sin trabajo por lo mismo porque, ya cuando me cortaron

ahí, ya entré a pensar viste. Nosotros levantamos 1200, 1500, 1700... de lunes a viernes. Pa... me iba a casa con los dedos así viste. Pero no me importaba viste. Trabajábamos todo con cuero fresco viste, todo con cuero fresco. Y después pasé a medio oficial, y ta, cuando pasé a medio oficial viste, ahí, ya... era menos laburo viste, ya no tenía que levantar tanto cuero me entendés. Ta, igual lo levantaba, pero no ¡tanto!, viste. Nosotros estábamos, y de repente... nos tocaba una semana, en el horario de la mañana, y otra semana en el horario de la tarde, pero justo en el horario de la tarde entraba, a las 4:00 de la tarde, y venían embarques me entendés y vos hasta las 3:00, las 4:00 de la mañana no te ibas. O a veces eran las 7:00 de la mañana y estábamos metidos ahí todavía. Ta pero salíamos bien. Pero de un laburo al otro me entendés, lo sentí. Por eso tuve que sacarla de la Sociedad a mi vieja, ya no podía pagar la Sociedad, me entendés.

E.: _ Y ahí empezaste a curtir lo del Cerro.

J. L.: _ Empecé a curtir ahí va. Onda gas viste, con esta, con esta señora, y yo como conozco toda la zona, todo conozco viste, toda la zona, toda la vida, como repartidor viste, pa allá pa acá, mismo de gurí viste, iba, todo el tiempo, en la misma zona y me dice, 'vos conoces más o menos', le digo 'conozco sí, estoy acostumbrado a andar con plata, no hay ningún problema' le digo. Y... me tiene ta, terrible confianza viste, y ta loco, todo, 10 puntos viste. Y ta, estoy ahí hace 1 año y pico que estoy ahí, no me tiene en Caja ni nada viste, estoy en negro.

E.: _ Sí, me imagino.

J. L.: _ Estoy en negro. Pero ta, la voy llevando viste, la voy llevando. Ahora estoy peleando porque, a ver si me puede poner en la Caja viste. Aparte yo soy terrible revolucionario viste, soy esas personas que, el patrón es el patrón, y el empleado es empleado; si ellos te pueden pisar la cabeza te la van a pisar. Cuando ellos te precisan te vienen ji, ji, ji, jí; cuando uno precisa, me entendés, te tratan como un... viste. De ahí a la Brahna, y en Brahna; nosotros éramos ahí los de, en el saladero, éramos 2 turnos, éramos 10 personas más o menos, no, 10 no, éramos como... 7, 8 personas por turno. Y teníamos delegados viste, el delegado que era mi primo viste. Después yo me entré a meter, me entré a meter, me entré a meter, hasta que quedé viste a nivel de delegado, con mi primo, éramos los 2 de la Sección, Saladero viste, Sección Saladero, éramos nosotros los delegados. Y eso que estábamos re-por fuera no teníamos nada que ver con la gente de adentro, viste, con los pro-

blemas que pasaban adentro. Pero nosotros igual íbamos y nos metíamos viste, ¿me entendés?, y ya si ustedes paran nosotros en el saladero paramos... y que venga lo que venga... y pa. En la ocupación estuvimos ahí, la ocupación, pa, pa, pintó ocupación, bueno vamo a ocupar y... y acá no nos sacan ni, con una ametralladora... y. Tuve trabajando en Puma también. En Puma también tuvimos ocupación, viste, ya tenía menos edad yo, pero... también viste, estaba ahí firme viste, y ta.
E.: _ Y tu vieja con el laburo, a qué se dedicó.
J. L.: _ Mi vieja... empelada doméstica, ¿me entendés? Y... ahora... es, esto, consejera de Nuvo viste, que es por lo menos con lo que se va ganando unos pesitos... viste.
E.: _ Y puede estar en la casa, ¿no?, sin andar por ahí.
J. L.: _ Y puede estar en la casa... no, no. Viene acá a Pocitos, al Centro ahí a Pocitos, a la casa de mi tía que es una de la principales consejera de Nuvo no sé qué, viene y levanta los pedidos... me entendés. Y ta y ahí se va revolviendo mi vieja con eso viste.
E.: _ Y con la historia esta que tiene, igual le da para laburar.
J. L.: _ Le da sí porque no es, no es, un laburo así... que está saliendo en la calle continuamente. Ella salía no más para venir a buscar las cosas, y salía acompañada, con mi señora, mi hermana, nunca venía sola viste. Y... ta, a ahí... la ayudé a mi madre, yo en lo que le puedo ayudar la ayudo. Viste, como soy el único hijo de los 3 que yo vivo con ella, ¿me entendés?, estoy continuamente con ella, y todas las cosas malas que le pasó a ella, me las comí todas yo. Por eso hoy por hoy acá, me calientan, con estos locos, ¿me entendés?, porque piensan, que uno es gil y se chupa el dedo, ¿me entendés?, y no es así, no es así ¿me entendés?

Podemos comprender que los lazos familiares son fuertes, que el sujeto experimenta una enorme responsabilidad sustentada por un amor muy profundo, que lo tiene en un estado de angustia muy intenso; en su discurso emergía un sujeto que no era ni él ni su madre propiamente dicha, *y te dicen a la enferma, a la enferma mismo te dicen...* una forma de apropiación discursiva vinculada a la situación de internación de esa forma humana de existencia, una figura muy interesante para nuestra concepción de sujeto, radicalmente opuesta a la

de individuo. La enfermedad como estado de aflicción se instala y cubre un campo de experiencias siguiendo determinados vínculos presentes y generando otros; configura relaciones sociales donde algunos rasgos antes presentes se intensifican y otros son transformados, siguiendo tendencias muy singulares y en el fondo inexplicables, pero sí visualizadas. El «género discursivo»[51] utilizado nos presenta formas en las cuales el sujeto y el predicado se intercambian, y el verbo o acción referida, nos habla de un fenómeno que parece impregnarlo todo.

Nuestro diálogo duró aproximadamente una hora en el histórico Patio del Brocal, en el mismo momento en que arriba estaba siendo operada su madre estaba siendo abierta sobre una mesa y se le estaban aplicando métodos científicamente investidos de autoridad en base a la confianza en su eficacia. Pero *además*, y he aquí lo sustancial, estos métodos eran cargados de esperanzas y creencias transmitidas también por otros seres humanos, por todos aquellos que sentían algo por la madre de José Luis, incluido yo, a quien él estaba declarándole todas estas cosas cuando había bajado a fumar un cigarrillo y pensar solo. De alguna manera, y él mismo lo manifestó, nuestra interacción misma se convirtió en un ritual, consistente en compartir sentimientos existenciales en el momento que se lleva a cabo una acción tan peligrosa, con tanto en juego y en riesgo. Pero por supuesto, no existieron procedimientos que cumplir, pasos a seguir, símbolos que alzar, tan sólo un diálogo desde la comprensión crítica, aunque mi escucha atenta, nuestros cuerpos, los cigarrillos, el grabador, constituyeron los materiales de una instancia cargada de simbolismo.

En ese contexto de interacción, frente a ese «ejemplo volátil de conducta humana»[52], la mirada etnográfica nos permite divisar un sujeto producto del oeste montevideano, un

---

[51] Bajtín, M. «El problema de los géneros discursivos», en *Estética de la creación verbal*. Siglo XXI, México, 1982.

[52] Geertz, C. *Tras los hechos. Dos países, cuatro décadas, un antropólogo.* Paidós, Barcelona, 1998, p. 24.

joven con fuertes convicciones ideológicas y una conciencia de ser portador de derechos que eran, según él, puestos en duda en el hospital.

Su madre había trabajado de empleada doméstica hasta que la enfermedad ya no se lo permitió; él había sido presa del cierre de curtiembres en la zona de Nuevo París y era uno más de los tantos uruguayos con un empleo informal, en negro, sin ningún tipo de cobertura ni seguridad social. Por lo que contaba, su compañera lo ayudaba en la tarea del cuidado de su madre, acompañándola a transitar por la ciudad, en su viaje periódico hacia Pocitos (*el Centro*) en la nueva ocupación que tuvo que adoptar: vendedora de cosméticos a domicilio y por encargo en su barrio. Como luego me contó, su padre, hacía 12 años que vivía en Buenos Aires, y tenía *otra familia allá*, que José Luis había visitado, y dentro de la cual también posee un pariente que cataloga de enfermo; por él conoce el tipo de asistencia pública argentina. Comparándola con la uruguaya, la valora como *mucho mejor* en relación a lo que en ese momento estaba experimentando en el Maciel. Su hermano de la otra orilla padece un tipo de cáncer que lo obliga a recurrir a medicamentos habitualmente, *ya no tienen dónde pincharlo* me dice, *ni las venas le encuentran*, se trataba de un lazo lejano pero familiar, que también lo tiene involucrado en fenómenos en torno a la salud y la enfermedad pero en otra sociedad.

Hay un acontecimiento más que interesante para acceder entonces al universo cotidiano de estas personas afectadas, como vemos, por una enfermedad. José Luis, había sido asaltado la semana anterior, en pleno conflicto con la institución para que se realizara la ansiada operación —que además se iba postergando—, quedándose sin documentos, sin su *cédula de identidad*, así como sin la propina de su jornal: la parte más importante de su precario salario como repartidor de gas en el oeste montevideano.

Entrevista con J. L.

J. L.: _ Sabés porque me aguanto porque me manotearon el documento viste, porque, la semana pasada viste, me robaron viste en Río Gas. Todavía, todavía ¡me robaron!
E.: _ No jodas...
J. L.: _ Sí (risa). Me robaron el móvil, un loco vino, hasta la propina se me llevó loco! Y le digo 'loco dame la propina...'.
E.: _ ¿Dónde te la robaron, en el camión?
J. L.: _ No, no, nosotros trabajamos en camioneta viste, en una FIAT viste, las Fiorino son. Y el loco, con el que yo trabajo, es patrón, es el patrón viste. El patrón siempre anda con la billetera y con la plata... anda acá, toda la plata viste. Pero, vos ves en la camioneta, la plata viste, yo doy el cambio, traigo la plata, se la doy, él la revisa a ver si, pero. Llegamos al Cerro allá arriba, allá arriba del Cerro; bo, me bajo con la garrafa dice 'dame la garrafa y toda la plata'. Le digo, 'bo, toma, la garrafa, llevaba vuelto de 200, ¿me entendés?, vuelto de 200 es 162 que sale la garrafa viste, son 38 pesos de vuelto. Y le digo 'bo mirá acá tengo el vuelto' le digo 'agarra', pa, 'toma la garrafa'. Me dice 'vos sos el que va con toda la plata, dame toda la plata'. 'Bo loco' le digo, 'llevate todo' le digo, 'qué me importa, yo soy empleado loco, yo vengo a ganarme un peso acá pa la comida hermano' le digo, 'llevate todo, ¡qué me importa a mí!, hermano' le digo, 'dejame la propina, que la propina es mía me la dejaron, con la propina como hermano, no seas privador' le digo viste. Me dice 'no, no', todo eso te hablo todo en cuestión de 10 minutos. Dice 'bueno, llevame hasta la camioneta'. Y, '¡cómo te voy a llevar hasta la camioneta hermano!, anda y dale bo hermano' le digo, como me estás dando a mí, anda a dale vos hermano; me metes en un compromiso bárbaro a mí' viste, ¿me entendés?, 'me metes en terrible compromiso'. Ta me llevó así me cazó del brazo así me puso, el revolver de atrás así, y yo estaba en la puerta.
E.: _ No puedo creer que te pasó eso ahora.
J. L.: _ Sí. Me lleva hasta la camioneta, y el loco cuando me miró, me miró, 'ojo loco' le digo. Loco ni la propina me dejó hermano, se me llevó todo, se me llevó. Los cigarrillos, (risa) encendedor, todo, todo se llevaron, un celular...
E.: _ Y la cédula, te quedaste sin documentos...
J. L.: _ ¡Sin documentos me quedé! Y hoy por hoy acá, sin documentos, no podés entrar.

Es importante plantear este marco de comprensión tomando en cuenta cualidades que van más allá de la situación dentro del hospital, pues no existe producción por fuera de condiciones previas, no existe invención de estrategias sin un entorno que posibilite su aparición. La actitud de este allegado y el drama que la familia ha experimentado en el hospital cobra otro sentido cuando la comparamos con otras actitudes y experiencias ajenas al centro hospitalario. En ese *afuera* también podemos encontrar rastros sobre los acontecimientos que conforman el conjunto de experiencias junto a los significados que éste construye y a partir de los cuales a su vez les otorga sentidos.

> «... los conceptos de originariedad y creatividad deben entenderse siempre de manera relativa: ... la acción se presenta siempre simbólicamente mediada y no es posible observar la acción en su relación directa con el sentido. La dimensión de la prioridad del significado respecto de la acción no puede ser desatendida: como ha observado Marquard, 'la vida del hombre siempre es demasiado corta para destacarse a su placer con algún cambio de aquello que ella es... Ningún hombre puede imponer reglas radicalmente nuevas a todo lo que le concierne en la vida'... También Tajfel con toda justicia afirma: 'No es posible crear algo nuevo si no hay algo viejo que pueda utilizarse como criterio para instituir una diferencia en relación con ella'... Se trata, entonces, siempre de grados diferentes de distanciamiento de la tradición de los significados codificados y nunca de una pura creatividad, e incluso en algunos casos el distanciamiento es tal que la indeterminación de la acción parece triunfar sobre el orden social constituido.»[53]

Este tipo de subjetividad enfrentada ante la institución hospitalaria, subordinada al saber médico por las condiciones sociales que así lo determinan, se enfrenta cotidianamente a situaciones difíciles donde deben confrontarse acciones con un alto grado de peligrosidad, y que constantemente dificultan los esfuerzos por llevar adelante una forma de vida. Esta ca-

[53] Crespi, F. *Acontecimiento y estructura. Por una teoría del cambio social.* Nueva Visión, Buenos Aires, 1997, pp. 166-167.

racterística podemos hacerla extensiva al contexto de principios de siglo en la zona oeste del departamento de Montevideo, población que es importante en la cobertura realizada por el hospital Maciel: aproximadamente constituyen más del 30% de la misma, y son claramente identificados por el cuerpo de funcionarios de la salud con cierta identidad propia.

Como claramente podemos observar en este acontecimiento, José Luis, como tantos sujetos que comparten los rasgos culturales aquí señalados, queda inmerso en procesos institucionales como la internación de su madre en el Maciel, que siempre se le hacen dificultosos, pues por otros lados debe enfrentarse a contratiempos que afectan el carácter normal de su identidad a los ojos institucionales, requeridos por la circunstancia, como el hecho de que en su propio trabajo sea asaltado y entre las cosas el ladrón se quede con su documento de identidad, imprescindible en la circunstancia de internación de su madre.

La vivencia y la representación de la enfermedad nos permiten plantear en general fenómenos que caracterizan a toda acción estratégica, y en concreto, a las producidas en el hospital Maciel. Primeramente, toda estrategia posee una materia prima, que el sujeto extrae de los distintos campos de experiencia que configuran sus territorios de existencia, sus contextos de interacción que difieren y se articulan siguiendo ritmos particulares: el trabajo, el barrio, la familia, etc., con los que se llega al ingreso al hospital. Los sujetos llegan al mismo mostrando siempre sus identidades, en diferentes grados, pero siempre presentes.

En el caso concreto del Maciel, puede verse lo significativo de este caso y otros que veremos al respecto, cuando la procedencia de los ingresos nos habla numéricamente de un 30% correspondiente a los pobladores del oeste del departamento de Montevideo. El propio discurso médico local lo reafirma, tanto por el contacto cotidiano en la asistencia como por el conocimiento de las estadísticas realizadas por la insti-

tución sanitaria: existe una caracterización de estos sujetos en relación a sus componentes culturales, ubicados claramente en la mencionada zona del departamento capitalino.

En un segundo lugar, podemos afirmar que las estrategias en relación a la salud propia se encuentran necesariamente en un mismo plano que las nociones, ideas y prácticas del saber médico, pues dependen del mismo. Casi sin excepción, todo tratamiento del dolor y la aflicciones está capitalizado y jerárquicamente reducido a este polo, por lo que toda acción de pacientes y allegados a los mismos se sitúa de antemano en una posición de subordinación y aislamiento en la práctica del tratamiento, una objetivación que despoja a la subjetivación. Así, toda estrategia se enmarca en una relación de dependencia —las composiciones de imágenes desencadenadas en la búsqueda de sentidos ante la enfermedad no pueden tomar el carácter de saber sin hacerlo problemáticamente, y sobre el propio cuerpo de uno mismo o de su ser más allegado—, y la clausura de quienes tienen en sus manos la tarea de curar configura una cotidianeidad conflictiva en la que toda acción subjetiva queda involucrada al tener un margen de legalidad tan reducido dentro de las normas de la institución.

En síntesis, es casi imposible mantenerse al margen sin tener confrontación con la institución. Para el caso del hospital Maciel y de otros centros públicos de entonces, la crisis estructural centrada en el 2002 provocó un ensanchamiento del espectro social de los usuarios, haciéndose presentes los sectores medios propiamente dichos que mantienen otros tipos de relación con la institución. Asimismo sus concepciones de la enfermedad son distintas a las elaboradas por estos sectores de corte popular, los típicos usuarios del hospital, junto a los del interior del país.

Pero en todos los casos el saber sobre la dolencia de un paciente, pertenece al experto, a veces de manera más acuciante, otras menos. La sobrecodificación de los significados asig-

nados a una enfermedad en el ámbito de su asistencia es generalizada, en tanto siempre pasa por ser una mercantilización.

> «... la antropología médica de las llamadas sociedades 'primitivas' también nos enseña que la medicina es preeminentemente un instrumento de control social. Nos enseña que la dimensión del 'porqué' o del 'malestar' de la enfermedad se proyecta precisamente sobre los valores que confieren sentido a la vida, forzándonos a examinar las causas morales y sociales de la enfermedad... Cargada con el peso emocional del sufrimiento y de la anormalidad, la enfermedad presenta un desafío a la complaciente y cotidiana aceptación de las estructuras del sentido convencionales. El médico y el paciente se encuentran en la clínica. La comunidad ya no puede observarlos y compartir ese trabajo. No obstante, si el paciente acepta tomar penicilina o no, si los demás estamos presentes físicamente en la clínica o no, el médico y el paciente están tratando la amenaza que se le presenta a la sociedad y a las convenciones, tranquilizando la perturbación que la enfermedad desata contra el pensamiento normal, que no es un sistema estático, sino un sistema que crece, se consolida y se disuelve sobre las complejidades de sus propias contradicciones. Lo que está en juego aquí no es la construcción cultural de una realidad clínica, sino la construcción y reconstrucción clínica de una realidad convertida en mercancía. Hasta que esto se reconozca, y se actúe como corresponde, la medicina humanística es una contradicción en sus términos.»[54]

En tercer lugar, más allá de la internación y del tratamiento por parte de los expertos, todo sujeto afectado por una enfermedad desarrolla actividades y le otorga sentidos y valores nuevos. Esto ocurre a los efectos de llevar adelante la propia vida cotidiana después de la aparición de la enfermedad, cuando se instalan sus efectos, tanto desde fuera como desde dentro, según los movimientos centrífugos y centrípetos en la causalidad que se impone en toda representación de una dolencia.

---

[54] Taussig, M. «La reificación y la conciencia del paciente», en *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente.* Gedisa, Barcelona, 1995, pp. 142-143.

Como vimos en este caso, la enfermedad de la madre de José Luis alteró drásticamente sus actividades y conductas rutinarias; por dificultades en la respiración, tuvo que empezar a dormir sentada, le tuvieron que subir la cama 40 centímetros más de lo que estaba, tuvo que cambiar sus hábitos alimenticios por la dificultad para tragar, pasó a estar más tiempo dentro de su casa y a ser acompañada siempre que se movía por la ciudad. Frente a todo esto, José Luis y su mujer aprendieron a realizar primeros auxilios, y se fueron interiorizando, en lo que pudieron, aprender sobre el padecimiento de su madre. La carencia así se lo impone: la necesidad de hacer algo frente a un servicio sanitario que no responde a la demanda; el tiempo en que tardan las ambulancias públicas en llegar cuando se las llama, y todo tipo de inconvenientes en el funcionamiento del servicio.

En cuarto lugar, esto implica necesariamente que siempre existe un saber subjetivo ante una enfermedad, saber que no necesariamente implica conceptualizaciones, como vimos, las imágenes existen siempre, metáforas, analogías, pero también se dibujan relaciones causales, todo lo cual configura una noción sobre el padecimiento y su tratamiento. Se establecen distinciones, como las de *nana* y *enfermedad* propiamente dicha, y la vez se configuran en una misma composición de significados con los retazos de opiniones y manifestaciones que diferentes expertos de la salud van haciéndole al paciente y a sus allegados a lo largo del proceso de enfermedad y eventualmente de internación.

Se configura así un relato narrativo en torno a la dolencia sufrida, siempre relacionada con una enfermedad, por la potente hegemonía del discurso científico en nuestra concepción social de la salud desde hace más de un siglo, lo que no excluye a los elementos religiosos y mágicos. En la condición de subordinación bajo el saber médico en la que hemos encontrado a todo sujeto que se interna en el hospital público, y en las situaciones que viven algunos de sus allegados en las prác-

ticas cotidianas de la resolución de problemas junto a ellos, la creatividad como actividad humana no cesa de actuar. Es el plano de una «producción maquínica»[55], de «autopoiesis» pero que nunca deja de estar en reciprocidad con un exterior.

> «... hay una gran diferencia entre el organismo vivo y esas máquinas que poseen cierta autonomía reguladora, ya que esa autonomía depende, evidentemente, no sólo de la energía, del combustible que se le suministra desde el exterior, sino también del ingeniero humano que repara la máquina cuando falla. En cambio, las máquinas vivas tienen la capacidad de autorrepararse y autorregenerarse sin cesar, según un proceso que llamo de organización recursiva, es decir, una organización en la que los efectos y los productos son necesarios por su propia causación y su propia producción, una organización en forma de bucle.»[56]

Aunque las creaciones sean, a nivel del discurso hegemónico sobre la salud, una cuestión de trivialidades, de ignorancias, que adolecen de *falta de objetividad*, en determinados niveles en los cuales es menor la penetración de los preceptos científicos de la medicina, las enfermedades, con sus significados adosados y sus explicaciones causales esbozadas, constituyen imágenes necesarias para comprender la situación vivida por el paciente. Estas imágenes, más que productos de una contemplación, son combinaciones de analogías y deducciones, anécdotas y explicaciones, y posibilitan el desarrollo de procesos que para el sujeto y sus allegados pueden constituir la única vía posible para mantener la vitalidad, la salud: la orientación de sentidos para atravesar lo que están viviendo.

La antropología general ha estudiado muy de cerca estas cuestiones, como el clásico de Evans Pritchard sobre la magia y brujería entre los azande. Para la forma humana de existencia azande, las enfermedades poseen tanto un *cómo* como

---

[55] Deleuze, G. - Guattari, F. *El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia I.* Paidós, Barcelona, 1985.

[56] Morin, E. «La noción de sujeto», en Fried Schnitman, D (comp.), *Nuevos Paradigmas. Cultura y Subjetividad.* Paidós, Buenos Aires, 1995, p. 70.

un *por qué* entrelazados, y remiten sus causas a lo social. La producción de significados, la necesidad de otorgar sentidos a la experiencia, se ve así dispuesta en un campo de experiencias que le da cabida, existencia: la misma sociedad azande.

Por el contrario, como plantea Taussig, la medicina occidental en tanto producto de la racionalidad científica emergida luego del siglo XVII, separa el *cómo* del *por qué*, siendo este último un elemento moral, si se quiere cósmico para el universo existencial del sujeto. La búsqueda de sentido ante la enfermedad, necesaria para toda búsqueda de salud, siempre está presente a pesar de todo intento por discriminar la descripción de la explicación en un mismo fenómeno, disociación que contribuye al estado de parálisis existencial que puede advenir ante un padecimiento y un sufrimiento sin un mínimo horizonte.

Procesos, acciones, estrategias, la creación de un discurso que dé cabida a un fenómeno intempestivo, traumático en muchos casos, son hechos importantes. Acceder a una comprensión, es decir, articular la vida cotidiana con los efectos de una enfermedad, constituye ya toda una actividad creativa, una operación antropológica. La búsqueda de sentido no se reduce a aquello estable, el proceso que Pierce denomina de «semiosis ilimitada» no es tan sólo el manejo de formas en ausencia de sus contenidos. El proceso de significación es producción de realidad a través de mediaciones necesariamente, a través de imágenes que desencadenen significaciones y formaciones más complejas como argumentos y teorías al respecto, en un perpetuo enfrentamiento, desde adentro, con el sin-sentido.

La enfermedad es un proceso, como todos, irreversible, y en el cual la incertidumbre sobre el destino de una vida no puede dejar de operar, si es el caso de eliminar el *por qué* y dejar solamente el *cómo* de una aflicción. En el marco de la internación en el hospital, estas formas subjetivas siempre se encuentran desvalorizadas, en mayor o menor grado, pero

no dejan de existir: constituyen, por el contrario, el lugar *desde dónde* cada sujeto se enfrenta al tratamiento de su padecimiento, son las disposiciones a partir de las cuales las vivencias pueden darse en la experiencia.

6
UMBRAL DE TOLERANCIA Y CUIDADO DE SÍ: ESTRATEGIA Y NECESIDAD

Los fenómenos que estudiamos en torno a la internación de un sujeto que padecer una enfermedad en el marco de un hospital público en el contexto de una crisis sistémica a escala social, nos pone frente a situaciones donde las estrategias son cuestiones de necesidad. Allí es necesario crear estrategias para sobrevivir.

Volvamos a la dimensión molar, a la cáscara que constituye el continente de las experiencias aquí extraídas de sus contextos; la institución hospitalaria como terminal del sistema sanitario que una sociedad se da a sí misma y se impone. Como ya lo sabemos, en la cultura occidental, y en particular en la uruguaya, el sujeto y sus allegados al sentirse superados por una enfermedad se encuentran casi inevitablemente en las manos de los expertos y especialistas, públicos y privados. Las estrategias en el caso de José Luis, de quien depende su madre internada casi por completo, se centran en el conflicto con la institución médica del hospital, por lo que las estrategias necesarias refieren a ello. En este caso, estamos ante una subjetividad conformada por vectores de socialización (educación, trabajo, género, etc.) anclados en las populosas barriadas del oes-

te montevideano —La Teja, Cerro, Paso de la Arena, Los Bulevares, hasta Santiago Vázquez, aparecen en el relato de su vida—, vectores cuya articulación configura una conciencia en particular, una fuerte politización característicamente relacionada con las formas culturales que mencionamos desde la denominada izquierda local. Es esa *conciencia de clase* la que lo lleva a posicionarse en conflicto frente al mundo: la realidad es vista desde sus injusticias y abusos a partir de una identidad elaborada en relación a las necesidades y aspiraciones compartidas de un mismo sector. Ese grupo, identificado a partir de la división social del trabajo, se encuentra hoy en día conformado por sectores muy heterogéneos, pero que mantienen una herencia cultural, un imaginario colectivo bien característico.

Siempre fuimos nerviosos nosotros, somos todos, muy nerviosos, muy nerviosos, salimos a mi vieja, ella también es muy nerviosa... se decía a sí mismo una y otra vez, cuando él con su discurso volvía a recaer en el tema de la riña con el cirujano, el acontecimiento que polarizaba todas sus angustias haciéndolas confluir en una experiencia singular, emblemática, significativa, paradigmática. Esa discusión y altercado constituye, para el sujeto, un acontecimiento desbordante por la intensidad de los sentidos puestos en juego, que son vividos angustiosamente, lo que se expresa en parte en lo acelerado del ritmo y en lo recurrente de las referencias a dicho acontecimiento en el discurso, tanto como en la afirmación de valores y significados que entraman esta experiencia en la totalidad de una posición. Emerge desde allí, desde esa ruptura, una toma de posición para una forma de subjetivación en la cual el movimiento de la reflexividad es un componente determinante.

Entrevista con J. L.

J. L: _ ¿Me entendés? Y los nervios, te matan viste. Aparte siempre fuimos nerviosos nosotros viste, somos todos, muy nerviosos viste, salimos a mi vieja, todos nerviosos viste. Seguro, aparte somos esas personas que, que no, que no nos callamos viste, que… de frente viste. Y agarré y me metí pa allá dentro viste...
E.: _ No jodas...
J. L.: _ Sí... casi me sacan (risa).
E.: _ De la 7:00 de la mañana.
J. L.: _ Esto era a las 3:00 de la tarde ya, cuando todo este relajo y todo.
E.: _ Ah... de las 7:00 a las 3:00, sin saber.
J. L.: _ De las 7:00 a las 3:00 sin saber nada que… A las 3:00 de la tarde vinieron, diciendo, que le iban a dar un medicamento y que le iban a dejar sin operar. Y le dieron de alta, la llevaron pa casa, la mandaron para la casa, la llevamos.
¿Querés un cigarrillo?
E.: _ Tengo, tengo, pera que agarro de los míos.
No te puedo creer, che, a las 7:00 te enteraste sin saber que...
J. L.: _ No, no, eh, a las 3:00 de la tarde...
E.: _ ... o esperaban ustedes...
J. L.: _ De las 7:00 a las 3:00.
E.: _ Pero a las 7:00 cuando te contaron vos esperabas que...
J. L.: _ Que la iban a operar seguro. Estábamos todos esperando viste. Toma, toma un cigarrillo acá.
E.: _ Bueno.
J. L.: _Toma, servite.
Y... este, como es.
E.: _ Ya lo tenían planeado digamos, estaban esperando ese día.
J.: _ Estábamos esperando que la operaban viste. Eran las 3:00 de la tarde dice 'no, le vamos a dar de alta'. Te podes imaginar. 'Le vamos a dar un medicamento le vamos a dar de alta, venga la próxima semana después de Turismo'.
Agarré, esperé que viniera el cirujano le digo; 'mirá, somos todos grandes ¿no verdad?, le digo, aparte esto es cortísima, cortísima, venís y me decís mirá no lo vamos a volver a… y ya está, la operamos otro día, y santo remedio muy bien', ¿me entendés? Pero la dejaron, sin desayuno, sin almuerzo, sin merienda, vino a comer

recién de noche viste. Aparte mismo por los medicamentos y todo que le dan viste, la dejan mal viste, la dejan muy mal viste.
E.: _ En qué la ves mal así, de los nervios...
J. L.: _ De los nervios viste y eso viste, porque ella estaba deseando, viste. Hacía 3 años que estábamos esperando pa operarla; vienen, la internan, diciendo que la iban a operar y después de repente me sacan, ¿me entendés? Ya, ya, ya, ya, ya... queda todo mal viste, mal, mal, mal, mal. Mal, mal.
E.: _ Tuvieron que volver para, para el barrio...
J. L.: _ Volvimos para mi casa. Y nos llamaron ayer domingo que se viniera a internar que la operaban hoy. Y ta, y ahora por suerte ta, ya entró ahora, y... estamos esperando a ver qué pasa.
E.: _ ¿Te agarré justo?
J. L.: _ Y seguro.
E.: _ ¿La están operando en este momento?
J. L.: _ La están operando (risa), yo bajé a fumarme un cigarro porque, los nervios sabés qué…
E.: _ ¿Y estás sólo acá José Luis?
J. L.: _ No... estoy con mis tías, mi señora y eso. Pero viste que uno a veces necesita un poco de tranquilidad, un momento solo viste, pensar... Viste aparte soy muy de pensar viste, pienso mucho viste, en las cosas, todas las cosas que te pasan... y todo viste.
E.: _ Hay que tomar distancia para mirar un poquito, achicar la pelota...
J. L.: _ Viste, ahí está viste. Aparte, es, siempre es bueno mirar, viste, calmarse un poco, mirar, pensar, ¿me entendés? Hay a veces que uno, de repente, hace cosas a lo loco, como al pedo allá. Pero con... el trayecto de mi vida, dentro de lo que he pasado, ¿no?, he aprendido, a esperar y a mirar, ¿me entendés? Si no esperamos y... ni observas ni siquiera, sabés pa dónde vamos, pa cualquier lado, ¿me entendés?

Hay que achicar la cabeza, bajar la pelota al piso, pensar, pensar mucho, mirar, a José Luis le gusta mucho mirar, se toma sus tiempos para estar solo y reflexionar. Como vueltas de rosca, como giros envolventes de la unidad del sujeto, el pliegue autorreferencial se apoyaba en una convicción, pues se trata como dijimos de un joven de 27 años, trabajador del Paso de la Arena, cuyos los valores se expresan en enunciados con-

cluyentes, sentencias sobre la praxis: *hay que saber esperar y mirar*. Necesita que su madre se sane, que los especialistas la atiendan, no puede desbordar en ataques contra ellos y perder la posibilidad de recobrar la salud de su madre, y del hogar que comparte también con su esposa.

Luego de varios altercados, de la presencia de la vigilancia hospitalaria y su búsqueda, sabe que necesita calmar su indignación. Esto lo enfrenta a la concepción de la situación dentro de diferentes grados de tolerancia, a esa indignación de la cual se siente víctima: lee perfectamente sus efectos sobre sí mismo. Hay un umbral, que si lo traspasa como ya ha sucedido, las consecuencias son negativas, la vida de su madre está allí en juego.

Se muestra incontrolable, su madre ya de antemano le dice que no haga nada, ella sabe como es él. Pero a la vez, concluye que por fin se lleva a cabo la operación gracias a que él rechazó el límite, no acató las posiciones instituidas y pidió explicaciones al cirujano, despojó el campo de cargas y horizontalmente le dijo que le mentía descaradamente, que le estaban mintiendo y eso lo indignaba. Popularmente se denomina «*tire-y-afloje*» a este tipo de metodologías y micropolíticas que, para el caso de la atención de la salud pública, son vividas como dramas debido al escenario en el que se dispone la acción, dados los deseos que están en juego y lo próximo de la muerte.

Esto implica, que cada tire y cada afloje significa un gasto de energía enorme, una recomposición de todo el sistema de relaciones, un cambio en la resultante de intereses y fuerzas; cada diálogo o cada pelea con los funcionarios del hospital es una batalla a librar en busca de la salud.

Estratégicamente esa circunstancia implica una carga de estrés altísima, pero como él mismo dice, ya la situación es en sí misma estresante: tener que lidiar entre un trabajo mal pago y peligroso y la enfermedad con cobertura tan dudosa de la madre con la cual vive. Para la estrategia no es más energía,

tiene la suficiente; por el contrario, el viraje estratégico lo recarga, y la libido fluye sin taponarse aunque sea tan solo en los momentos de la confrontación.

Parece como si el umbral de tolerancia a la indignación fuera traspasado cuando el deseo de justicia que José Luis siente y experimenta no puede ser ya contenido por su cuerpo, tanto físico como mental, por su comprensión cultural. Se produce entonces el estallido. Frente a este límite que implica un cambio de naturaleza, en este caso en una interacción humana, un umbral tras el cual los roles y sus atribuciones sociales cambian, donde no se respeta más la autoridad profesional. Lo que desarrolla José Luis en su estrategia es la búsqueda de la comprensión de la situación, en el sentido de apuntar a una mirada múltiple que le permita aproximarse a cómo ven el conflicto las distintas partes. Y en esa perspectiva debe tomar en cuenta el punto de vista de su madre, el del cirujano, el de la enfermera, de los guardias del hospital, buscando encontrar elementos para lidiar con la situación tan angustiante. El efecto que esto provoca es *desinflamatorio*, el momento o el movimiento de afloje.

José Luis tiene una experiencia sindical importante, a sus 27 años de edad ya ha participado en conflictos como delegado, incluidas la ocupación de una fábrica de calzados y de una curtiembre, donde trabajaba antes y fue expulsado antes de su empleo de entonces como repartidor de gas. La experiencia de la toma de decisiones colectivas, de enfrentamientos micropolíticos tanto como molares, en su carácter de representante en otras instancias mayores, era evocadas por él a la hora de expresar su frustración ante las condiciones que enfrentaba, según él mismo, en el hospital.

Existe una lógica singular, una «lógica viva» como decía Vaz Ferreira, una formalización de la concepción subjetiva que se expresa en términos axiomáticos. Y en este caso vino explicitado en la propia entrevista: José Luis nos plantea sencillamente cuál es para él la base de toda interacción, lo espera-

ble y deseable, la forma en que hay que hacer las cosas según su punto de vista, forma axiológica, sistema de valores, que sustenta la búsqueda de estrategias dentro del hospital.

Entrevista con J. L.

J. L.: _ Por eso hoy por hoy acá, me calientan, con estos locos, ¿me entendés?, porque piensan, que uno es gil y se chupa el dedo, ¿me entendés?, y no es así, no es así ¿me entendés? Aparte, es una cosa que, es lógico y es, más claro echale agua: aprende a tratar a la gente, la gente te trata bien; ¿me entendés?, la gente se trata bien. Si vos le hablas bien a la gente, no tenés ningún problema con nadie, ta todo bien con todo el mundo viste. Ahora, si vos, te cruzas con toda la gente... va a llegar un momento que… ¿me entendés?

Toda acción llevada a cabo en el marco de la internación y la operación de su madre en el hospital refiere a estos valores constituyentes de su subjetividad. El universo culturalmente poblado de sentidos, significaciones e imágenes difusas también posee una lógica propia, un plano de formalización en el cual se expresa y por tanto se realiza la axiología de una cultura en forma de preceptos, producto de una manera de ser compartida por amplios sectores de la sociedad. El sujeto nos dice que *es lógico, es claro*, que tratar bien a la gente es la única vía correcta, respetarla, de lo contrario, toda interacción, y en este caso en lo que refiere a la internación y operación de su madre en el hospital, será presa de un conflicto en el cual habrá que discutir los términos del otro, en este caso el médico o la enfermera, habrá que poner en funcionamiento las estrategias, la que venimos viendo, del tire-y-afloje, tan comprometedora en lo que hace al delicado manejo de los umbrales de

tolerancia sustentado por los roles sociales en que cada cual está instalado.

En el plano del análisis antropológico de las estrategias de sobrevivencia, vemos que éstas están conectadas a sistemas de reglas que el sujeto soporta y a partir de los cuales evalúa su accionar: es la relación entre valores y acciones, entre la ética y la lógica singulares, planteado así por el mismo sujeto.

Profundizando más en esta cuestión, nos encontramos con que la problemática vivida por esta familia es concebida en el plano de lo humano, y volvemos así a encontrarnos frente a la dignidad como valor central de esta forma cultural enfrentada a una crisis profunda de desvalorización. Se plantea directamente la cuestión de la categoría de lo humano ante el tratamiento que es vivido como un despojo. Al respecto José Luis nos relata el momento en que su madre era examinada en la sala de Urgencias del mismo hospital, y el conflicto vivido frente a los procedimientos institucionales. Hombre-Naturaleza, *Ser Humano-Bicho*, el estatus mismo del sujeto como ser es tensionado por los procedimientos corrientes de la asistencia/docencia, así lo experimenta el sujeto y frente a ello reacciona negando ser colocado por fuera de lo que él considera legítimo: la categoría de ser humano.

> «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... 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 profesionales 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 existen-

tes en el contexto exterior al campo y que definen en este caso las desigualdades en origen.»[57]

Entrevista con J. L.

J. L.: _ Acá venís, te tratan mal... que pam que pum, ¿me entendés?, siempre tenés un problema. Yo en el Cerro voy, a mi vieja, 2 años la estuvimos tratando, nunca un problema, nunca, nunca, nunca. Me hicieron el traslado pa acá, el pase pa acá porque la iban a operar acá, en el mismo año con todos los que me peleé, taranto que nunca en mi vida me peleé con tanto enfermero; enfermeras, doctores y cosos y… Una vuelta vengo y me pusieron, me pusieron, vinimos acá a Urgencias acá del otro lado allí, ta, venía mal mi vieja viste. Vienen las especialistas, como si...

[57] Romero Gorski, S. «Caracterización del campo de la salud en Uruguay», en Revista *Salud Problema*, Año 4, Nº 6, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1999, p. 32.

... se pusieron todos al lado, agarré me metí pa dentro, y le digo 'vos que te pensas que mi vieja es un bicho; qué me la estás analizando qué, ¿es un extraterrestre?, es un ser humano como ustedes'. 'No, que somos aprendices', 'si sos aprendiz no tenés que estar acá, si sos aprendiz vos no podes estar acá, en Urgencias' le digo, 'porque mientras que vos la estas examinando mi vieja se está muriendo hermano'. 'No que acá está bien' que pam que...; 'no, no está bien, si está bien no estaría acá' le digo, 'por algo está acá'. 'No, acá está vigilada, está bien atendida'. Le digo 'pero si la atienden, como ustedes la atienden' le digo, 'que se le vienen 5, 6 o 7 arriba, y examinarla acá y examinarla allá'. Bueno mi vieja cuando se, se recató así 'no me toquen que yo no soy ningún bicho, —gente de afuera viste—.
E.: _ ¿De dónde es tu vieja?
J. L: _ Mi vieja es de, de allá de Florida viste, ¿me entendés? 'No me toque; no me toca nadie, ¡nadie! me toca'. Y yo estaba atrás de mi vieja, 'quedate tranquila vieja que nadie te va a tocar acá'...

Ante todo lo inescrupuloso de la mirada, el proceso de objetivación médica al cual el sujeto se ve condenado, la cosificación por parte de los expertos pone en tela de juicio nuevamente los marcos de la situación hospitalaria. Haciendo un pequeño esbozo genealógico del tratamiento de la enfermedad, tenemos que tomar en cuenta, que la experiencia en la sala de Urgencias fue la primera en el Maciel, así arranca pues su periplo.

La madre venía de ser tratada en la Policlínica barrial del Cerro, a lo largo de 2 años, luego de que José Luis no le pudo costear más la atención privada con la que ella contó hasta que él perdió su trabajo en la curtiembre. La situación era conflictiva por todos lados, y la objetivación del cuerpo de su madre, la cosificación frente a miradas inescrupulosas, termina por poner al sujeto en estado de alerta ante lo que siente como una violación a su subjetividad. En este caso, además, estamos ante subjetividades fuertemente marcadas por las culturas del interior del país, las más distantes de los centros de difusión de la medicalización, donde menos rasgos moder-

nos podemos encontrar, donde más recientes son las marcas genealógicas en torno a las transformaciones de la salud y su asistencia.

En la reflexión de José Luis es claro que el horizonte sea la dimensión social, por las características de su forma de pensar, y que esa sociedad sea leída en términos de clase, de la clase trabajadora, de los *laburantes*. El conflicto con médicos y enfermeros se plantea como un conflicto entre gente con los mismos «intereses», y de allí el asombro y la consternación de este sujeto, que no comprende porqué el status de *trabajadores* es utilizado a veces y otras no, porqué vale de diferentes maneras según las circunstancias, porqué los trabajos son valorados de maneras considerablemente distintas como se evidencia en la polaridad entre un repartidor de gas y un profesional de la salud.

Entrevista con J. L.

J. L.: _Ahora, fue ahora, la llamaron ayer, que se viniera a internar ayer, y ta, y la misma enfermera le dijo 'quédese tranquila, que la vamos a operar, hoy'. Pero entonces cómo es, digo, qué tenés que hacer relajo pa que, tenés que estar bien de vivo pa que te den atención pa que… ¿me entendés? Porque nosotros hicimos relajo el jueves, el último día el jueves fue que le dieron de alta, el miércoles fue el relajo. Que me le metí pa allá adentro, entonces que tenés que venir bien de vivo pa que te la atiendan, como es debido, como tiene que ser. ¿Me entendés? Y por eso yo digo viste, yo, yo, yo, yo a... viste pienso... digo los miro... viste, los miro... viste, los miro como diciendo, loco, son inhumanos loco, son inhumanos, es un disparate loco es… aparte somos todos uruguayos loco, somos todos la misma, el mismo país bo, qué venís, ¿me entendés?, somos todos laburadores, si ellos son laburadores nosotros también... ¿me entendés? Aparte ellos paran o algo, ya paramos todos a favor de ellos ¿me entendés? Después bo venís, y te tratan pal culo. ¿Me entendés? Y después que si van a hacer paro o algo están desconformes

con algo qué, qué, qué me, nunca los vas a apoyar, porque después vos venís, y te atienden ¡mal! ¿Me entendés? Yo no, no, pa mí no es así viste. Por eso te digo viste, hay muchas cosas inhumanas viste, muchas cosas, que están mal viste, y... no se va a arreglar nunca más, si ya son así viste, van a seguir siendo así viste. Ahora ojalá que nunca me toque entrar en un hospital, el día que me toque entrar en un hospital la verdad loco, me mato, me mato antes de entrar a un hospital. Ya con la experiencia que estoy pasando chau.
E.: _ Yo estoy igual con Salud Pública.
J. L.: _ Seguro Salud Pública.
E.: _ Doy clase en alguna Facultad y nada más.
J. L.: _ Ahí va...
E.: _ 2200 pesos de sueldo.
J. L.: _ Pero si todos fueran como vos... así... que vos hablas con las personas... ¿me entendés?, o que, me entendés que. Digo, no... es tu problema pero digo... bo, hablas con las personas... me entendés, y, y vos cuando hablas con las personas, la persona así como yo ahora que me estoy desahogando te estoy hablando y eso viste, eso, ¿sabés cómo quedas?... Re-bien, te deja, te deja re-bien me entendés porque, es así viste. Sin embargo vienen ya te miran con una cara de culo, ya te miran mal, ¿me entendés?
E.: _ Además claro, con el peligro de la salud de tu vieja en este caso.
J. L.: _ Por eso, viste por eso, porque vos sabes que tener un enfermo hoy, y está peligrando la salud, del enfermo que tenés ¿me entendés?, y vos venís re-preocupado... y haces veinte mil esfuerzos pa, pa tratar de venir... y agregar una cosa; desarreglas una cosa pa venir acá, pa después arreglarla a ver cómo se puede arreglar, pa no perder el trabajo, pa que no te suspendan, y venís acá, y te ponen caras de culo... y te tratan mal. ¿Me entendés?, te dejan mal, mal, mal, te dejan mal, ¿me entendés?, te dejan mal.

El tratamiento de la enfermedad de su madre en el hospital Maciel es así evaluado poniendo en tela de juicio el *carácter humano* de los médicos y enfermeros, tomando en cuenta valores desde donde el sujeto concibe socialmente los derechos y las obligaciones. El tratamiento se convierte así en un ejemplo de injusticia, la vivencia de la enfermedad desde lo que es su tratamiento institucional tiene como efecto la generación de un

ícono de resistencia por parte del sujeto asistido o del responsable de éste, un paradigma dentro de los acontecimientos cotidianos que definen a nuestra sociedad, según lo dijo, como inhumana. Llama poderosamente la atención esta cualidad, la relación entre la salud y el trabajo, la condición social es el marco de análisis subjetivo, y desde allí se piensan estrategias, se llevan adelante acciones y se evalúan los resultados.

Entrevista con J. L.

E.: _ El día aquél que me contabas. Contame a ver, qué pasó (sonrisa).
J. L.: _ Qué pasa: Viene, primero entro, me dice la enfermera, yo soy nervioso viste y a veces me expreso mal viste. Y... de los nervios viste. Y... de pronto me, me mando alguna mala palabra o algo viste pero, después voy, yo mismo voy y pido disculpas viste ¿me entendés? Y le dije un... una mala palabra a una enfermera viste, y ya empecé ahí mal. Después cuando vinieron y me dijeron que no, fui me metí pa dentro de la sala de operaciones pa allá viste. Hicimos, hicimos un relajo viste. Me llama mi cuñado me dice, 'vení pa acá porque las veces que, vienen, los tipos y te van a sacar'. Ya venían viste esos, tipos de negro esos, viste, nunca viste todo vestido de negro; esos te dan de bomba ahí viste, te dan esos, te cagan a palo viste. Y más acá en la 1^{era} [Seccional de Policía] viste.
E.: _ Fa!, total, sí, sí, sí, acá en la Ciudad Vieja.
Y, ¿con quién hablaste ahí cuando entraste?
J. L.: _ Con… Qué pasa: Los guardias de seguridad no me querían dejar entrar viste, y tuve problemas con uno ahí de la guardia de seguridad. Y le digo ¡qué hermano!, no venga a... acá a decirme nada hermano' le digo 'lo qué hermano, de la 7:00 de la mañana hermano esperando pa que la operen y que vengan a último momento y que me digan no, no la operamos, por el paro' le digo, 'a mí qué me importa el paro loco, no me importa a mí el paro. Me hubiese dicho en el primer momento'. En eso sale el cirujano, y me dice, 'hu... a usted lo veo, muy nervioso...' dice... 'está mal...' y le digo 'qué te parece, ¿no voy a estar mal?, me están mintiendo' le digo

viste, 'no me mienta, no me mienta' le digo, 'somos todos gente grande, vos sos grande, yo soy grande. Todos, tenemos, razonamiento, pero no me vengas con mentiras, ¿me entendés? Venís y me decís, no, mirá, esto es así, así y así; me quedo más contento, que si vos vinieras y me dijeras, esto es así y así y así'. Ahora lo veo al cirujano y me dice (risa) 'mirá que la vamos a operar quedate tranquilo'. Le digo 'ah viste, lo que pasa que yo voy, de frente, con las cosas justas porque soy así me gustan las cosas justas. No me gusta que me estén mintiendo no soy un nene chico. Vos viniste, me mentiste, yo me puse como loco...' digo, me puse, como loco no, reloco me puse, me puse re-mal, están todos locos, no seas malo.
E.: _ Y... y el tipo ahí...
J. L.: _ No, el tipo bien, bien, bien, no... hablándome bien viste. Suave viste. Aparte, yo estaba con unos nervios viste aparte, así acá así (señalando su rostro) loco, la cara del así, un cara-a-cara y, ¿me entendés?, y todo eso que me subía y me bajaba y le decía 'bo loco no me mientas y... no, no es así, decime las cosas, legal loco que; ¡no me mientas, no me mientas viste! ¿me entendés? Aparte, que quedamos todos mal viste, todos mal quedamos viste, todos mal, mal, mal viste. Viste mi vieja, como que le vino como un ataque de nervios así viste, se entró a arrancar todo viste. Y yo veía a mi vieja, se entró a arrancar todo viste, porque decía 'me voy, me voy, me arranco todo' decía. Y entró a arrancarse todo mi vieja, viene la enfermera le dice 'no... señora... no se arranque', le digo 'no, lo qué' le dice mi vieja, 'lo qué, me están tomando el pelo ustedes están de vivos que' pam. Ta bien que tenía razón, ta tampoco era para que se arrancara todo tampoco, pero... también me pongo en la situación de mi vieja... Es ¡re!-nerviosa viste. Cuando vinieron le dijeron eso, sabés como fue, como un balde de agua fría me entendés. Y ta y todo eso que tenía guardado de los nervios y todo eso explotó; no se lo guardó, explotó y... y se fue al carajo y...
E.: _ Y se fue al carajo.
J. L.: _ ... Y ¿me entendés?, y ya se fue ella al carajo y ya nos fuimos todos al carajo... y ta. Y se armó un... lío... un... relajo... viste.
E.: _ Y al final ta, vino tu cuñado, te pintó esa...
J. L.: _ Vino mi cuñado, no, viene mi cuñado, mi yerno me dice 'vení, vení', yo estaba en la puerta, de la sala de operaciones, ya me quería meter pa dentro yo viste. Me dice mi cuñado 'vení, vení, vení', le digo 'sí, qué precisas', me dice 'vení, vení, vení que vienen los milicos y te van a sacar'. Dicho y hecho, doblo así, salgo, de sala de espera ahí, doblo, venían los milicos, viste. Después me entraron a

buscar ahí, me metí, en la sala de mi vieja viste (risa) quedé ahí, me quedé un rato viste. Me quedé, un rato, como 1 hora y ½, 2 horas, después bajo, bajo, bajo por acá, como me ve el guardia de seguridad me sigue, me sigue, hasta la puerta. Y llego a la puerta y estaban, el loco con el que yo había discutido, viste, y la… otra, la otra que, tiene más rango así viste como más rango viste como encargada así viste.
E.: _ También de blanco así...
J. L.: _ Seguro. No, no, todos guardias de seguridad.
E.: _ Todos seguridad.
J. L.: _ Todo seguridad viste. Y yo le decía 'dejame hermana, pero anda a cuidar lo que tenés que cuidar, anda a cuidar a los de verdad, a donde tenés que cuidar, qué venís a cuidar, que me venís a cuidar a mí, que soy un laburador' le digo, '¿he, porque no me dejo meter nada con ustedes, por eso, ta todo mal?' le digo, 'no, no, no', 'si está todo mal que esté todo mal, yo soy así y... ta, yo voy a ser siempre así y chau'. ¿Me entendés?, no me guardo eh... lo que no me gusta no me lo guardo, soy de esas personas que yo, ¿me entendés?, lo digo ¿me entendés?, de repente capaz que medio bruto en expresarme y eso viste, pero... no me lo guardo, ni aquí ni allá, ni allá, ni allá, ni allá. No, no, porque, no. Aparte después quedas mal vos porque...

La crisis que experimenta José Luis tuvo su momento de catarsis con nuestro diálogo, expresó toda su angustia, y en ciertos momentos, elaboró pensamientos a partir de ella. El instante que acababa de pasar, hacía tan sólo unos minutos, había sido la última escena de conflicto con el funcionario de la institución, en este caso el cirujano, detrás del camillero con su madre acostada, pronta para ser operada. En el diálogo, la conversación que tuvo José Luis con éste me la expresó como la conclusión, tanto de su punto de vista como del proceso vivido, resultado de dicho punto de vista convertido en acción. Allí podemos estar ante la concepción de la estrategia en su totalidad, allí aparece la dinámica del tire-y-afloje en la cual, luego de excederse y provocar una crisis necesariamente con las autoridades, se lleva a cabo su pedido, la operación

concretamente. Pero vuelve a dejar en claro que se ubica del lado de la normalidad, de lo estipulado, del respeto, y a la vez que no deja de señalar sus convicciones, las que le hace plantear la posibilidad siempre presente de volver a transgredir los límites, de trascender el umbral de tolerancia, pues su conclusión es que gracias a ello se consiguió la deseada operación.

Nuevamente aparece el valor central en esta particular configuración cultural: la dignidad, la verdad y la mentira, contando con un criterio de evaluación en la práctica desde donde se afirma, producto de un conocimiento de la interacción con el cuerpo médico luego de acumular experiencias a montones, como él dice, *llega un momento en que ya sabés cuando un médico te miente o no*. La estrategia parece haber funcionado, sin programación previa, sin un plan pre-establecido. El sujeto elaboró e implementó una estrategia, por supuesto conflictiva, dramática, peligrosa en cuanto que transgrede las normas instituidas, para luego re-ubicarse del otro lado del límite, volver a entrar en la legalidad, pero sin dejar de mantener en claro la siempre presente posibilidad de volver a transgredir los límites instituidos.

La existencia en sí misma de un umbral de tolerancia en esta estrategia nos plantea una problemática compartible por todo fenómeno en el campo de experiencias del hospital. Se trata del movimiento de «conversión» o transformación que la institución sanitaria impone como necesario para el cumplimiento de sus funciones en los cuerpos asistidos, que incluyen toda la moral del paciente, lo que veremos más adelante.

Existe por tanto para el sujeto, primero la instalación de una enfermedad, que ya modifica su vida, luego el advenimiento en nuestro caso de un proceso de internación hospitalaria, que conlleva también una modificación superpuesta a la anterior, más radical que la que presenta la propia enfermedad. Frente a este hecho, cada caso y cada estrategia es distinta, pero en cualquier caso todo paciente internado y sus alle-

gados experimentan prácticas sobre ellos que tienden a modificar sus componentes propios, su identidad, su vida.

Si hay necesidad de estrategia es porque hay cierto «cuidado de sí»[58] que desarrollan el sujeto y sus allegados, cierta actitud, punto de vista y prácticas ejercitadas, que se encuentran orientadas hacia deseos concretos, como curarse y sanar, como salir del hospital. El mismo cuidado de sí que busca la salud, también responde ante la institución sanitaria, sus procesos de objetivación e intentos de neutralizar las subjetividades, de allí la situación crítica, difícil de sostener, y para la cual se elaboran estrategias, para buscar la salud sin dejar de ser sujeto.

Se trata de actitudes hacia la mejora, de iniciativas ante el dolor, ambiguamente atrapadas en un campo de experiencias que exige transformaciones del yo. Frente a estas exigencias, diferencialmente, se instauran los campos de creación y ejecución de estrategias, dependiendo de las formas del cuidado de sí que cada paciente define en su relación consigo mismo, y en la definición de umbrales de tolerancia, que miden constantemente sus fuerzas.

Como fue planteado, la división en dos sub-mundos dentro del hospital estructura todo el campo. En las fronteras borrosas entre estos dos sub-mundos pasan muchas cosas. Allí se juegan día a día los afectos de pacientes y funcionarios de salud, se generan grandes amistades, se desarrolla un conflicto. La visión, la construcción identitaria de ese otro del sub-mundo complementario se hace de muchas maneras. Es así que algunos sujetos pacientes diferencian rigurosamente entre médicos, enfermeros, la gente de la cocina, los de la seguridad; otras veces todo el otro sub-mundo se muestra homogéneo, monótono, es lo mismo una enfermera que un doctor, un practicante de la facultad y un camillero.

[58] Foucault, M. *Hermenéutica del sujeto.* La Piqueta, Madrid, 1994.

El Toco aborrece del personal enfermeril, le atribuye la responsabilidad de todo lo que sufrió en su internación, mientras que con el médico: *Ahí, hasta ahí, más o menos... bien el loco, bastante bien*. Carlos, al cual conoceremos más abajo, respetaba a todos los profesionales con los que interactuaba mientras su esposa María se encontró internada, pero ponía a prueba a ciertos médicos frente a otros, entre sí, para acceder a lo que él consideraba como lo necesario de saber y promover para la sanación de su compañera. Ella agradecía por las atenciones prestadas hacia su persona, mientras lideraba una ardua lucha contra las limpiadoras por la situación higiénica del baño de la sala, intolerable desde sus valores. Para Correa, prototipo del paciente anciano y solitario, las túnicas blancas encubrían lo mismo, salvo al médico principal de la sala.

Es sustancial reconocer esta proliferación que se da en un espacio que a simple vista parece tan duro, pues es incuestionable el dualismo axiológico que determina la experiencia de cualquier campo hospitalario (e instituciones totales en general), más aún en aquellos que se encuentran más lejos de los modelos contemporáneos de hotelería y servicios de alto costo. Pero también es innegable que este divorcio, al que nos tiene acostumbrados el modelo moderno de instituciones, entre funcionarios y usuarios, en los hechos se sustenta en relaciones humanas de todo tipo, que traspasan y agencian concretamente lo que la idea programada estipula en abstracto. El respeto y la admiración hacia doctores y enfermeros por parte de pacientes y allegados es muy frecuente, así como el reconocimiento a la dedicación de quienes ofrecen sus servicios con una vocación a prueba de fuego; la carga afectiva desencadenada por las experiencias allí vividas sustentan todo un complejo de emociones. No son menos reales el miedo de un lado y los actos de vandalismo por el otro, que generan una atmósfera afectiva opuesta a la anterior, dándose así el movimiento de articulación y desarticulación entre estos dos sub-mundos que componen el universo del hospital.

7
Y NO SÉ QUÉ TENGO; INCERTIDUMBRE Y PÉRDIDA DE AUTONOMÍA

No recuerdo cómo comencé a hablar con Correa. Me lo encontré sentado en el pasillo que mediaba entre la entonces sala Pedro Visca y uno de los patios enjardinados del hospital, —el histórico Patio del Brocal— hoy también reconvertido en un gran estar público bajo una claraboya. Como si no hubiera habido corte, ya estaba presente un flujo en el cual ligarse. Era de mañana, temprano, y había muy poca gente en el edificio. En esa época el mejor momento para poder entablar un diálogo y conocerse con un paciente eran esas horas tempranas de la mañana en que salían a instalarse a tomar sol en los pasillos que daban al patio abierto.

Recuerdo que luego de unos minutos en los que le hablé sobre el clima, destacando lo agradable que estaba la mañana, la tranquilidad, de pronto me pidió que le hiciera el favor de comprarle tabaco y fósforos. Cuando salí en busca de aquello, fui hasta uno de los bares de 25 de mayo, no les quedaba, y terminé en el otro extremo de la manzana, en el kiosco ubicado en el cruce de las calles Guaraní y Washington.[59] Ya no recordaba cómo nos habíamos enganchado a dialogar. Embarcado en la dinámica, cumplí con el pedido y regresé.

[59] Ver capítulo 4: Un hospital en *la capital de la capital*.

Correa es un tipo muy flaco, escuálido, ya encorvado por su afección. Me dijo que tenía problemas cardíacos, una hernia, los testículos caídos. Tenía más de cincuenta años pero aparentaba ser mucho más viejo. Pelo blanco, lacio, y peinado hacia atrás por el peso de la grasa acumulada en su cuero cabelludo. Su cara era muy flaca, se percibía claramente la estructura de sus huesos. Los ojos claros, sobresalían de su cadavérico rostro, saltando hacia fuera, contenidos los gestos por una barba blanca irregular, de pocos días. Mantuvo constantemente una expresión de asombro, una mirada expansiva al infinito, que se mezclaba con cierta sonrisa picarona. Al principio, me costaba comprender lo que llegaba a mis oídos.

Como decía, me lo encontré sentado, en pijama, fumando un tabaco. Junto a los problemas de salud que padece, el tabaco termina por hacerlo casi inaudible. Hablaba muy bajo, y lo más importante, algo pasaba con su mandíbula o dentadura, que no permitía que emitiera los fonemas tal cual acostumbramos a escucharlos entre nosotros.

Cuando me mandó a comprarle tabaco y fósforos, me dio los 7 $U que me costarían. Los acepté. Volvería luego con aquellos dos productos, pero con hojillas también. Inmediatamente Correa me hizo notar que él no me había dado el dinero para las hojillas que venían extra. Y quedó rápidamente instalado un sobreentendido, es común que siempre que se compra tabaco y fuego, hay que conseguir hojillas para armar los cigarrillos. ¿Común para quiénes?, en el marco de esta interrogante se instauraba cierta confianza, sobre una conducta que me colocaba de buenas a primeras transgrediendo las normas de la institución, sin saber cuán flexibles en realidad eran por entonces.

A Correa le agradó mi gesto, me lo hizo notar con una sonrisa complaciente, un *gracias* bien roncado, y trayéndome una silla de plástico blanca, igual a la de él, de adentro de la sala.

Ahora estábamos sentados uno al lado del otro. Correa se sentó esta vez del otro lado de la entrada a la sala, quedando yo más próximo a la misma. *Así no me ven fumar*, me dijo, y allí comenzó el diálogo entre nosotros. De haberme mantenido en pie, con el mate en la mano, tan lejos de su boca, no hubiera podido entender casi nada de lo que decía, y la posición en la que me encontraba no me permitía disponer de un ámbito de entrevista adecuado. Al volver, y establecer cierta reciprocidad, la silla con la cual Correa me dispensó nos permitió el ingreso al mundo cotidiano de los pacientes internados.

Ahora, uno al lado del otro, se había pasado la sutil frontera entre quien circula por el pasillo y quien se encuentra allí instalado, territorializado junto a una ventana, a la puerta de una sala, fenómenos ya no permitidos por la institución. Desde la silla pude sentirme rodeado de pacientes. Enseguida me llamaron la atención los movimientos de los demás que así comencé a distinguir. En total, de los 19 que ocupaban esa sala —número, que hoy en día es considerado como un disparate, según la institución—, pude reconocer a 6 de ellos.

Correa, y posteriormente otro más, Oscar, fueron aquellos con los que entablé diálogos y compartí una mañana completa. El resto de los pacientes se encontraban muy próximos a nosotros, aún más, a nuestro alrededor. Algunos de ellos se mostraban muy atentos a nuestros diálogos, a mi presencia entre ellos.

Uno de los pacientes estaba realmente en mal estado. Lo sacaron de la sala dos enfermeros mientras yo dialogaba, ya sentado, y lo acostaron en un banco del pasillo frente a nosotros, a nuestra izquierda. No podía moverse por sí mismo, estaba allí tirado como una bolsa, de espaldas a la circulación. La gente pasaba y lo miraba, algunos se preguntaban quién lo habría depositado allí. Él estaba frente a nosotros pero era como si no se tratara de un ser humano, no daba signos de ningún tipo de contacto con el exterior, salvo con los dos enfermeros que lo habían depositado allí. Los demás pacientes no

parecieron tomarlo como un hecho de importancia, eran quienes convivían con él cotidianamente en la sala.

Colgaba de él una sonda con una bolsa llena de orina. Tirado allí, en forma fetal, arrinconado en el banco del pasillo, mirando hacia la pared. El despojo de todo grado de autonomía en él superaba el límite admitido por el imaginario compartido por los presentes, aunque para ello fue necesario que mi actitud se graduara en el acontecimiento. Como investigador debía transformar el sentimiento que me despertaba ese sujeto allí tirado para tratar de comprender cómo es posible que eso exista en la realidad, junto a quienes comparten su vida cotidiana con ello, quienes viven así, de esa forma.

> «Las etnografías de instituciones modernas suelen tomar la forma de lo que Werner y Schoepfle han denominado 'etnografías conmutantes'... 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. Esta situación, sin embargo, puede variar notoriamente... Sea como sea, es esencial que el etnógrafo se acostumbre a entender el campo que estudia como un lugar para vivir, aun cuando las posibilidades reales para llevar a cabo este propósito sean limitadas. Un entramado sociocultural (también la institución formalizada) es siempre un contexto que cobra sentido a través de modos concretos de experiencia vividos por personas de carne y hueso... Entender el campo como un lugar para vivir nos sensibiliza, en el acto social de la presencia, hacia la percepción de las acciones de los otros como acciones integradas en un marco complejo de experiencia.»[60]

A otro paciente lo registré en mi memoria gracias a un rasgo que esgrimía, una pose singular, escuchaba la radio a través de un pequeño grabador de mano, de bajo costo, de los que venden en las ferias populares. Era un hombre joven, de menos de 30 años. Muy flaco también. Se sentó tranquilamente en las escaleras que daban al jardín, hoy patio interior, a dos metros de donde nos encontrábamos nosotros sentados.

---

[60] Velasco, H. - Díaz de Rada, A. *La lógica de la investigación etnográfica.* Trotta, Madrid, 1997, pp. 104-105.

De lentes, con el pelo crespo y corto, escuchaba la radio cerca del entonces jardín, acompañado esporádicamente por otro paciente, más corpulento. Era el único de todos los de la sala que no presentaba en su cuerpo signos de desnutrición. Era alto, robusto, y con el pelo corto al ras del casco. Un cuarto paciente, era un veterano que leía un diario con suma concentración; se encontraba sentado en una silla del mismo tipo que la de Correa y la mía, a poco más de un metro de distancia de nosotros. Bigote fino, lentes a lo Quevedo, morocho, y concentrado en su lectura por momentos, y en otros, muy atento a nuestra conversación, especialmente cuando se nos unió Oscar.

Oscar iba a ser crucial en todo esto. En ese momento, no pasaba de ser otro paciente más que deambulaba entre la sala y el pasillo. Miraba de reojo lo que pasaba entre Correa y yo y volvía a desaparecer dentro de la sala. De pronto, estaba delante nuestro, y dispuesto a ser escuchado. Oscar tenía muchísimo para decir, necesitaba ser escuchado. Digo esto, porque desde que apareció en escena de esta manera, comentando algo con Correa, haciendo una pequeña broma, mirándonos, se mantuvo en relación con nosotros y no paró de hablar por más de hora y media, hasta que una cuestión de estrategia justamente lo obligó a pararse por unos momentos, atender un asunto con un médico, y volver a sentarse.

Mi atención fue inmediatamente capturada por este hombre mayor, al igual que la atención de Correa. Oscar también presentaba fuertes síntomas de anemia, problemas cardiovasculares, y no se sabía específicamente qué más. Esto fue lo primero que supe, estos elementos de diagnóstico sobre sus dolencias. Pues así se presentó él mismo, antes que nada, como un sujeto enfermo. El diálogo no pudo pasar a ser de tres, dando lugar a un pequeño grupo como yo hubiera deseado, más que nada por una distribución espacial y por la propia vida interna del hospital. Correa quedó en silencio, el diálogo que mantenía con él, con su voz ronca y estilo pausado, se

había cerrado con la presencia de Oscar, y su avasallante personalidad. El pasillo se encontraba ya más denso, acercándonos a la hora del mediodía, los ruidos, las voces, la gente, aumentaban su presencia.

Enseguida todo se aceleró. Oscar, se presentó ante mí de una manera totalmente distinta a la forma en la que lo había hecho el anterior paciente; y sus movimientos por el espacio lo diferenciaban del resto. Superado el cambio abrupto que percibí frente a dos sujetos tan diferentes en sus expresividades, lo demás fue escuchar activamente y ver lo que pasaba alrededor nuestro, mientras el mediodía en el hospital seguía acercándose.

La dinámica de los pacientes de la sala fue afectada por esta misma aceleración. Quienes se encontraban desperdigados al sol que ingresaba por el entonces patio, empezaron a quedar aislados entre sí por el flujo de personas que circulaban en mayor cantidad por el pasillo. Algunos de ellos ingresaron a la sala un par de veces y volvieron a salir. De pronto, me percato de la fuerte presencia de estudiantes practicantes en la sala, un grupo de más de quince personas, algunos pasan y nos ven, nadie pregunta qué hago allí sentado tomando mate en la puerta.

Oscar se había sentado en la silla que Correa había abandonado en su momento. En esta posición más cómoda para el diálogo, quedamos los dos mucho más conectados afectivamente. Concentré toda mi atención en los múltiples relatos que salían de su boca, guiando los temas. Me contó con lujo de detalles toda la travesía que le implicó su internación. En determinado momento, me pregunta quién era yo y a continuación su atención fue dirigida hacia un médico que pasaba caminando por el pasillo, lo detuvo y conversaron unos minutos. En ese ínterin, reflexioné sólo sobre qué iba a contestarle a ese hombre. Luego fue retomado el diálogo, y allí construí mi identidad ante él, al momento en que se nos incorporaba Correa, regresando de la sala. Me paré, quedaron los dos pacien-

tes sentados. Oscar volvió a monologar, esta vez sobre su vida, y genéricamente, sobre la vida, el escribir, la lucha de todos los días, haciendo un fuerte énfasis en una ética que, debajo de todo su discurso lo iba sosteniendo.

El movimiento era ya intenso y nos encontrábamos al medio día. La despedida venía anunciándose, mientras era surcado el pasillo por todo tipo de participantes. Oscar se paró, me dijo que iba a conseguir dos platos de comida para alcanzárselos a dos *compañeros*, que no podían por sí mismos conseguírselos. Correa se mantuvo sentado, con el mismo gesto que tuvo desde temprano en la mañana. Nos saludamos con apretones de manos y palmadas. *Vení cuando quieras botija*, me dijo Oscar mientras yo saludaba a Correa, *vení cuando no estén los médicos y entrá en la sala*.

El grado de participación de algunos pacientes como Oscar en la vida interna del hospital era altísimo, colaboraba con otros sujetos que, como vimos, no podían ni moverse por sí mismos. En una amplia gama de estados y de afecciones, los pacientes comparten una sala según el diagnóstico acumulativo, —producto del pasaje por una carrera institucional heterogénea y discontinua a través de diferentes hospitales y profesionales—, que los asemeja y agrupa en relación a los órganos afectados, en este caso el corazón y las vías circulatorias. El plano de lo compartido ofrecido formalmente por el hospital, la identidad de paciente internado, pasa justamente por esta condición biológica que determina el agrupamiento de sujetos de muy distintas procedencias, en más de un sentido. La abstracción de las subjetividades radica allí, en tomar como cualidades clasificatorias a afecciones y padecimientos sufridos por órganos o sectores del cuerpo, o por sistemas funcionales, como vías circulatorias o respiratorias. Es factible entonces afirmar, que la identidad del paciente internado en una sala del hospital va construyéndose a partir de una cotidianeidad con otros, que antes que nada, como condición inicial, tienen en común el diagnóstico definido por la institución, que así los

agrupa, re-codificando los componentes culturales singulares de cada uno de ellos.

Mientras algunos leían el diario, otros escuchaban la radio, Oscar no paró de entrar y salir de la sala, asomarse hasta donde yo me encontraba sentado, y luego llamar por completo la atención de quienes escuchábamos. Al retirarme, él emprendía toda una estrategia cotidiana en torno a la comida y sus redes de solidaridad. Dialogamos sobre sus estrategias en el hospital y su vida en general, mientras no dejaba de tener una actitud consecuente con lo que decía, pues estábamos en el Maciel, y sus asuntos no se detuvieron por mi presencia allí.

Como decíamos, el sujeto, Oscar, se define desde el padecimiento y su situación de internado, lo que hace de su identidad una construcción basada en esa condición. Problemas cardiovasculares se mezclaban con una artritis que comenzaba a aparecer en la mano derecha de su cuerpo débil. Todo su discurso giró en torno a un enunciado que puede sintetizarse en *y no sé qué tengo*.

Lo que más impactaba de este caso era la incertidumbre que el sujeto padecía junto a las dolencias de su cuerpo, su casi vacío imagónico. Su situación de absoluta incertidumbre lo había hecho recurrir a distintos especialistas de la salud, sin resultados favorables, desde hacía más de seis años. Acompañando su discurso con ademanes, se esforzaba por darme a conocer su punto de vista. *No ves cómo tengo, nunca estuve así*, me decía mostrándome su mano afectada.

Tener una interpretación que represente lo que padecemos, esbozar una explicación con mínimas causas posibles, nos da tranquilidad, aunque estemos en manos de un saber que ignoramos, pero en el cual depositamos toda nuestra confianza. Cuando ni siquiera puede plantearse una mínima figura cargada de algún sentido, cuando luego de años, todos los días recomienzan con un *y no sé qué tengo*, la autonomía del sujeto sufre procesos que hacen de su dependencia a la institución un hecho problemático.

Oscar no podía siquiera esbozar la composición de alguna interpretación, algún trazo de causa en la que creer firmemente. Según lo veía, su destino estaba en manos de una fuerza extraña que lo estaba dejando inutilizado desde sus miembros, sin que existiera procedencia, aunque fuera dudosa, y estuviera hecha como una colcha de retazos.[61] Desde que comenzamos el diálogo, se explayaba con lujo de detalles sobre el proceso de su internación, sin que jamás se le hubiese consultado al respecto.

El edificio anexo en frente al hospital por la calle Guaraní, desde donde son derivados muchos pacientes internados.

[61] Ver capítulo 5: Vivencia y representación de la enfermedad.

Su proceso de internación parecía una saga, por su tono y expresividad en general, pero también por los acontecimientos narrados. Como en un espejo, —pues al principio ni siquiera tuve la necesidad de presentarme—, este paciente internado narraba el proceso de esa anhelada internación, que no era otra cosa que el relato de una larga estrategia iniciada desde el mismo hecho de ingresar como paciente internado.

Vayamos a su particular proceso. Oscar venía tratándose con la misma doctora desde hacía ya 3 años. La llamaba Dra. Cora. Cumplía una rutina de revisión bastante regular, me expuso toda su vida como muy rutinaria y ordenada. En una de estas consultas regulares, su doctora le dijo que lo iban a internar de inmediato en el Maciel. *Me agarraron desprevenido*, me dijo, y de allí en más, lo que siguió luego fue la sucesión de etapas por las que pasó y cómo las evaluó según sus intereses: ser aceptado como paciente internado, para saber qué le pasa y curarse.

Una vez que la Doctora Cora dio orden de que lo internaran, Oscar tenía que ir necesariamente hasta el Banco de Previsión Social, por trámites relativos a su condición de pensionista. *Bueno, vaya y vuelva entonces, me dijo la Doctora.* Así fue y volvió en el mismo día. Esperó su turno hasta las primeras horas de la tarde, en un día caluroso de enero. En un momento *me escapé*, dice picaronamente, y fue *a almorzar al bar de unos amigos, una familia amiga*, en la Ciudad Vieja.[62] Y de allí se volvió para su vivienda, en Punta Espinillo, zona semi-rural del oeste montevideano. *Al otro lunes estaba acá* me dice, enfatizando siempre su fuerte decisión de lograr su internación en el hospital. *Ese día me vine bien preparado, me traje dos milanesas al pan. El viernes anterior* me decía, había sufrido mucho el hambre, en una espera que no dio sus frutos.

Según le había comunicado su doctora, el procedimiento para su internación implicaba la realización de unas placas

[62] Ver capítulo 4: Un hospital en *la capital de la capital*.

y ciertas revisiones. Fue así a presentarse donde debía. Allí lo recibieron una mujer y un hombre encargados de realizarle las placas, y tuvo un enfrentamiento con la primera. Nuevamente, la espera duró varias horas. Cuando logra ser atendido por los funcionarios, le discuten el hecho de que tenga ya asignada una cama en el hospital antes de pasar *correctamente* por la sección de Ingresos, argumento que esgrimió sin saber lo que le acarrearía.

Su doctora le había asignado una cama en la sala previamente a los exámenes requeridos, y él lo planteó ante los funcionarios buscando un efecto positivo para acelerar su internación. Él había ido personalmente con su doctora a conocer la sala de internación antes de ser ingresado. Fueron y vieron el lugar, le presentaron al doctor encargado de la misma, y de esa forma se concentró en conseguir la admisión. Al hacer explícito esto ante los pasos que la institución requiere en sus normas, luego de horas y días de espera, se enfrentaba a un problema que lo volvía a retrasar.

Se aferraba así a *su* doctora, tanto en este episodio como frente a mí cuando me lo narraba. *Yo solo decía que la Dra. me había dado cama, que tenía el taloncito*. Recién a eso de las 22:00 horas de ese lunes, en el que había arribado al hospital temprano en la mañana, y luego de un viernes frustrante, ingresaba a la sala de internación. Proceso de internación más que voluntario, deseado, y obtenido, a pesar de accidentes por el camino.

Su relación con la profesional de la salud representaba todo un capítulo importante de su actividad como estratega. Al respecto, el vínculo parecía ser muy estrecho para él. *Le regalo flores todos los fines de años*, junto a otros halagos, Oscar sentía la necesidad de corresponder recíprocamente ante quien tanto le daba con sus atenciones; *me trata muy bien, y ella, es muy bien*.

Fue justamente la aparición de un médico lo que llevó a Oscar a retirarse justo en el momento en que yo debía decirle

quién era. Al regresar, luego de saludar cortésmente al profesional que así siguió su camino, nos concentramos de lleno en las particularidades de su vida, en el intercambio que implicaba ahora el diálogo, después de que le planteé mi identidad. *¿Sos pariente de Correa?*, *realmente no*, le contesté, *soy estudiante de antropología. Ah... antropología, ¿conocés a Danilo Antón?* me preguntó. Estaba muy interesado en materiales de divulgación y por la lectura y escritura. Había sido muy activo en este sentido a lo largo de toda su vida. *Soy un autodidacta*, me dice, mientras yo, desde allí, trataba de comprender cómo se articulaba lo de fuera y dentro del hospital, tan contradictorio en cierto plano, pero complementario en otros.

Vivió los últimos 30 años de su vida, un poco menos de la mitad, en Punta Espinillo. Había sido militar, y me aclara con cierta premura, *antes de la dictadura*. Siempre había trabajado la tierra y su vida había estado pautada por el modo de vida rural. Durante el último régimen de facto al que hacíamos referencia (1973-1984), le costó mucho ganarse la vida trabajando, *todos me decían comunista*. En los posteriores años de la llamada *apertura democrática*, él, junto a otros pocos, conformaron el primer Comité de Base del Frente Amplio —la coalición de partidos de izquierdas—, en la zona montevideana de pequeñas chacras y plantaciones. También me confesó su gusto por el alcohol, a su pesar —por eso confesión—, y su intento por alejarse del mismo, se trataba tanto de una exigencia del hospital como de su propia persona. En el momento en que nos encontrábamos, seguía residiendo en Punta Espinillo, como encargado de una plantación de aloe.

Su formación la había conseguido gracias a la biblioteca del *patrón*, en realidad de la esposa de éste. Allí, me decía, tenía libros para leer, y cuando demostró su interés por la escritura, esta mujer le hizo llegar unos textos sobre composición y crítica literaria. Me habló, allí sentado, escuálido, —vertiginosamente afanado en encontrar un sentido a su padecimiento a través de los profesionales de la salud—, sobre es-

critores como García Márquez, de temas como la presencia del autor en un texto, sobre cuentos escritos por él, el proyecto de realizar una memoria personal, etc. A lo largo de su vida, como técnica, la escritura y la literatura habían conformado su subjetividad, combinada con los rasgos de un solitario trabajador de la tierra, joven militar y posterior luchador de ideologías libertarias. Una mirada sobre sí mismo, lo había acompañado a lo largo de los años, en los cuales también se percibía claramente la ausencia de figuras familiares. Realmente se trataba de un sujeto auto-didacta, constructor de estrategias a lo largo de sus más de 60 años de vida.

Vivía solo pues, entre los aloes, y la única persona que se preocupaba por él, era la señora del campo, la esposa de su patrón, la dueña de la biblioteca en la que tanto afecto depositaba. Esta señora era su único allegado, iba a visitarlo una vez por semana. Junto a la Doctora Cora, esta señora representaba la otra figura —ambas femeninas— que componía su marco afectivo más allá del hospital, afectos que como vimos, estaban en ambos casos sustentados por deseos y aspiraciones trascendentes desde su punto de vista, necesarias y a la vez desprovistas de interés directo.

¿Cómo conciliar, en una comprensión o explicación, una trayectoria de vida agitada y estratégica, en diferentes campos de acción, con una situación hospitalaria como la que vivía, despojado de sus capacidades activas, enfrentado a una incertidumbre que rozaba el sin-sentido?

La imagen de un sujeto con sólidos valores morales se completa al final, cuando Oscar se despide para ir en busca de dos platos de comida para otros pacientes internados imposibilitados de caminar, dos de los 19 *compañeros* de la sala.

La incertidumbre que emocionalmente recubre todo su proceso de internación, —que llevaba más de diez días, y que tenía para otros diez días más—, lo llevó a desarrollar estrategias con cualidades muy particulares. No podemos asegurar que ningún sujeto internado en las salas del hospital perma-

nezca ajeno a los fenómenos aquí investigados. De alguna u otra manera, por medio de otros sujetos que comparten una misma condición, o teniendo un gran protagonismo y movilidad, todo internado es un estratega, por el tiempo que permanezca en la institución. Y esto se vio profundamente radicalizado en los peores momentos de la última de las crisis sociales, cuando la asistencia sanitaria de segundo y tercer nivel se daba en un contexto de carencia extensiva.[63] Sujetos como este paciente internado, entrado en años, de vida solitaria, de fuertes convicciones en torno a los derechos y las obligaciones sociales, desarrollan estrategias en el marco de relaciones sociales que pueden catalogarse de «cordiales». De su caracterización nos ocupamos en el capítulo siguiente.

La problemática que aquí nos impone tratar la investigación, es el carácter mismo de la «autonomía» en este contexto de la internación en el hospital Maciel. Es decir, en el análisis de la construcción y creación de estrategias, la capacidad activa de crear formas diferentes de ser, no cesa jamás, y menos ante la incertidumbre, ante la imposibilidad de poseer una imagen mínima producida principalmente por el diagnóstico de profesionales y otros elementos fragmentarios. Es entendible que sea en la institución en la que se depositen todas las aspiraciones, y que sea frente a ésta que el sujeto desarrolla toda una actitud para ser reconocido y tomado en cuenta.

> «El conocerse a sí mismo y el juzgarse a sí mismo requieren, implícitamente, la presencia y el reflejo del otro. En la situación clínica esta dialéctica entre el ser y el otro debe favorecer siempre el poder de definición del otro, quien se encuentra estampado con el aura del curandero y que debe, por lo tanto, tratar este poder con gran sensibilidad, para evitar que imponga una visión completamente parcial de la realidad, que convierte la relación en nula. El curandero intenta moldear y modular el autoconocimiento del paciente, sin doblegarlo hasta el punto de destruirlo pues, si eso sucede, el curandero pierde un aliado en la lucha contra el mal-estar. Sin embargo, como fue

[63] Ver capítulo 2: La salud pública uruguaya entre 2001-2003.

> ilustrado por este caso, un procedimiento perverso excluye esta alianza y convierte al paciente en un enemigo. No es, como afirma Ilich por ejemplo, que los pacientes pierdan su autonomía. Nada de eso. Al contrario, lo que sucede es que la situación clínica actual engendra una situación contradictoria en la cual el paciente oscila como un péndulo entre una pasividad alienada y un intento de autoafirmarse, también alienado.»[64]

Toda noción de autonomía humana necesariamente implica la presencia y existencia de lo otro. Es por tanto en las relaciones donde se juega la libertad. No se trata por tanto de la presencia o no de lazos relacionales lo que distingue la existencia o no de una condición de autonomía. Como condición, se sustenta en la posibilidad del sujeto de poder realizar una lectura propia de sus propias vivencias, para evaluarlas, buscando el desarrollo de los procesos que tienden a la mejoría de su condición.

Al respecto es claro, que como plantea Taussig en desacuerdo con Ilich, la autonomía nunca se perdería. Es el problema de la alienación, tan irresoluble. La pequeña máquina perversa a la cual se encuentra sujeto el paciente internado sería aquella pendular, entre dos posiciones: la autoafirmación por un lado, y la pasividad, que en definitiva se encuentran circunscritas a una forma alienada. Es decir, en ambos extremos del movimiento pendular que representa la condición del paciente el sujeto es despojado de su carácter a razón de una objetivación efectuada por la institución y reforzada por esta «reacción» con la cual responde el mismo paciente.

Lo que en el fondo yace aquí es la distinción entre el determinismo y la libertad, que como vemos, seguirá siendo una de las problemáticas sustanciales para las ciencias humanas en todo contexto de análisis. Oscar se muestra entregado a las manos de los profesionales y sus designios, lo que le queda

---

[64] Taussig, M. «La reificación y la conciencia del paciente», en *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente.* Gedisa, Barcelona, 1995, p. 131.

es activar la confianza y promover a la institución desde su lugar de paciente internado, desarrollando una carrera moral que le asegure la legitimidad frente a las autoridades. La incertidumbre que domina su caso particular, define el destino de su carácter de paciente internado, en tanto debe ser estratégico en una condición en la cual no posee entre las manos más que su buena disposición a ser hospitalizado y medicalizado en general. Pero esto no lo priva de su carácter de sujeto, carácter vivo en su clara meta de saber qué es lo que padece, aunque para ello tenga que aceptar todas las normas de la institución.

Este tipo de pacientes internados nos muestran el límite de la creación de estrategias desde el punto de vista donde la conflictiva relación pendular entre intentos de autoafirmación y pasividad no entra en funcionamiento. Menos aún estamos ante un caso en el cual exista un «umbral de tolerancia» que demarque el conflicto que ya hemos visto.[65] Por el contrario, en este tipo de pacientes internados, el hospital pasa a ser considerado como la propia casa, un lugar donde habitar indefinidamente, con toda la paciencia que requiere la búsqueda de la salud así entendida. Se encuentra solo, además, salvo por las dos figuras femeninas cercanas: una profesional de la salud que es su médico de cabecera desde hace años, y la otra, la esposa del dueño de la tierra en la cual habita y trabaja, único sujeto allegado por fuera de la institución que tiene de referencia. Una trayectoria de vida que nos muestra una preocupación, un cuidado de sí en torno al saber y la reflexión sobre su propia experiencia, configuran un sistema de valores donde el respeto a los investimentos instituidos no parece ser contradictorio con su condición de sujeto autónomo.

Esto es posible en tanto el deseo de encontrar algún sentido a su padecimiento, insistente problema que lo mantiene en vela, se ve volcado hacia la responsabilidad y autoridad de médicos y enfermeros. Podemos afirmar que es un ejemplo

[65] Ver capítulo 6: Umbral de tolerancia y cuidad de sí; estrategia y necesidad.

de «iatrogenia», en el sentido en que el hospital pasa a ser semejante a un espacio de vida cotidiano más; no hay deseo de dejarlo, por el contrario, las estrategias que desarrolla han tenido como objetivo la admisión, la internación, y la procura del tratamiento por parte de los entonces limitados y escasos profesionales, a pesar de o más bien en una incertidumbre incorporada al padecimiento.

Entre la situación de un anciano solitario y la de un joven adolescente, ambos de sectores populares y de estratos bajos, existen infinitas diferencias pero también se despliega un mismo campo estratégico. Son dos configuraciones antropológicas, dos tipos de resultantes en el cruce de modos de subjetivación quienes comparten un mismo rango de grados intensivos de autonomía, así como posiciones semejantes en la micropolítica dentro del hospital en lo referente a la subordinación instituida. Ambos tipos de subjetividad dependen de los profesionales en el mayor grado posible, inversamente presentan el menor grado de autonomía para sí. Los años y la experiencia en última instancia siempre otorgan más herramientas, aunque sea por la acumulación, y más aún cuando siempre se dan procesamientos de la misma, por lo cual la situación de un joven adolescente resulta aún más crítica y el sentimiento de desamparo es mayor. El desamparo es compartido en algunos sentidos, pero entre las dos posiciones se despliega todo el campo de las estrategias cordiales.

El Toco, a pesar de buscar e intentar cierto diálogo, cierto intercambio con los profesionales para incidir en su situación valorada como insoportable, no puedo conseguir nada más allá de lo que la institución le ofrecía. No tuvo oportunidad de incidir en lo más mínimo en el cuerpo médico, su voz no sólo no era escuchada, era más bien descalificada en su mayor grado debido su lugar de paciente, pobre, y adolescente; configuración de diversos estatutos subjetivos entramados en su singularidad. Igualmente intentó hacer algo, y la búsqueda emprendida lo llevó inmediatamente a encontrarse

frente a una puerta cerrada. Sin más, no se le escuchó. Desde entonces sus relaciones más productivas fueron desarrolladas en la interacción con los demás pacientes y con sus allegados que lo visitaban cotidianamente. Pero frente a médicos y enfermeros, no le fue posible ningún tipo de intercambio. Se encontró por tanto en una situación que prefiere olvidar, nuestra entrevista demuestra la dificultad para recordar y hablar de ello.

No pudo concretar ninguna intención, no puedo moverse para cambiar algo de lo que tanto lo incomodaba y exasperaba. Tuvo que optar por aceptar las condiciones en todos sus términos, en ser un paciente ejemplar ante los ojos de la institución. No es así el caso de ancianos como Correa u Oscar, para los cuales las estrategias cordiales constituyen una vía conocida y desarrollada a lo largo de décadas de internación hospitalaria. Como adolescente, como joven de Palermo casi sin instrucción educativa, su palabra y su dignidad como sujeto no encontraron eco dentro del hospital. Ni siquiera logró la mínima posibilidad de moverse por intersticios en los vínculos entre pacientes y funcionarios. Despojado de toda autonomía, puso su cuerpo y su vida en las manos de los funcionarios, y rogó para que todo saliera bien, mientras sí establecía lazos en la convivencia de la sala con algunos otros pacientes.

Entrevista con el Toco

T: _ Me pincharon. Me pincharon por todos lados. Cicatrices de las pinchaduras tengo, que no te miento, tengo cicatrices de pinchaduras… ¿no te acordás? Me sangraba, bastante me sangraba y me apretaban la jeringa y entró a sangrar, pa fuera. Y ahí me *jadearon*, me sacaban muestras pa todo: muestras para analizar a ver qué era, pal HIV, y otra pa esto, y otra pa lo otro. No sabían, ¡cuánta

sangre y no sabían! Cada tubito debe tener, más o menos un tanto así de sangre, acá todo eso (tomando un objeto de la mesa).
Y el día se iba, después volvía, venía otra, con jeringa (risas), con otra jeringa; me sacaba de un brazo. Se iba una, venía otra; venían con la jeringa y me sacaban... Iban y venían, con jeringas, iban y venían. ¡Piré! No sabían, qué era. Pa, impresionante.
E: _ ¿El tema es ese no?, que si te dicen qué es vos más o menos...
T: _ Claro me dejaba, me quedaba quieto pero... más nervioso me ponía, ¡más histérico me ponía! ¿Entendés?, más histérico me ponía, ¡más rebelde! ¿Por qué iban, se venían, y no me decían nada? ¡Dios! Ella me preguntaba, me buscaban la vena, no podían, me sacaban la jeringa, le digo 'me están lastimando el brazo'. Y yo más nervioso, con todo esto que me pincharan... Y me la aguanté. Ta.
E: _ ¿Y hubo algún momento en que hablaste de esto con algún enfermero, un médico?
T: _ Sí, con el médico solo.
E: _ ¿Con el médico que te atendió siempre, con ese mismo?
T: _ Sí, con ese mismo.
E: _ ¿Y, cómo le dijiste?
T: _ Ta, que me estaban tratando ¡para el orto!
E: _ ¿Así no más?
T: _ Así no más.
E: _ ¡Mirá!
T: _ Así en frío. Le dije que me estaban tratando para el orto, que soy un bicho de experimento, así, qué soy un experimento, que me tienen pa acá pa allá, me sacan sangre y me, me metían sus jeringas por donde querían ellos, ¡pará!
E: _ ¿Y qué te dijo el hombre?
T: _ Nada... no me dijo nada.
E: _ ¿Nada, nada?
T: _ Absolutamente nada, no es joda, me escuchó y no me dijo nada. Me dijo que 'me aguantara'.
E: _ Qué te aguantaras, no jodas. ¿Y tu viejo pudo hacer algo o algún familiar tuyo pudo también hablar de eso o...?
T: _ No, no.
E: _ Lo tuviste que pasar y chau.
T: _ (Deprimido) Sí... me lo tuve que pasar. (breve silencio).

Si tomamos como criterio para designar como estratégica a una acción de las que aquí investigamos, la real concre-

ción de la misma, el Toco no entraría en el grupo de los estrategas. Pero la cosa es mucho más compleja, como hemos visto; nadie escapa de ser un estratega en un hospital público en situación crítica. Pero esa condición y esa necesidad no habilitan a la totalidad de experiencias vividas dentro de las paredes de hospitales a ser consideradas como estratégicas. Estrictamente, en el marco de la relación entre los sub-mundos de pacientes y profesionales de la institución sanitaria, el Toco no pudo desarrollar ningún tipo de actividad productora de transformaciones para la situación que él valoraba como negativa. Sí lo hizo al nivel restringido de las relaciones con los demás pacientes de la sala, sintiendo la clausura de toda posibilidad de cambio frente a quienes administraban su propia vida buscando las causas de su mal. Por fuera entonces de todo campo estratégico en lo que hace al conflictivo abanico de relaciones con los funcionarios de la salud, ya no hay ni siquiera estrategias cordiales, tan solo sumisión, lo que no invalida la existencia de una actitud y actividad productora y creativa por parte del sujeto en otros estratos y en otros campos también presentes.

Es sustancial poder comprender la relación entre estas condiciones micropolíticas que definen los marcos de acción dentro del hospital y las representaciones y vivencias de los padecimientos por parte de las subjetividades, desde donde éstas se piensan. Todo este ámbito de estrategias cordiales, —desde su máximo inalcanzable representado por quienes manejan perfectamente los roles y posiciones instituidas para su provecho hasta quienes no tienen ninguna posibilidad de incidir en lo más mínimo justamente por la posición inferior en la que quedan situados—, tiene como correlato, en el ámbito de la significación del padecimiento y su contexto hospitalario, la dificultad para establecer un diagnóstico, a lo que se suman las dudas frente al dolor y su eventual tratamiento. Significativamente, y anclado en lo más vital, los pacientes dependen de los profesionales de la salud en la elaboración de la mínima

interpretación necesaria que le otorgue sentido a lo que se vive, y calmar así la angustia generada por dicha incertidumbre. Allí se encuentran situados, en la misma precariedad.

En estos casos se nos hace patente la diferenciación de las situaciones de los pacientes en función de un corte etario y étnico, según la posición generacional que nuestra sociedad en general y las instituciones sanitarias en particular, asignan. Ser adolescente, tener la piel negra, no haber pasado por la escolarización más allá del segundo grado de primaria, y estar enfermo en el Maciel por entonces, parece ser, según nos lo narra el propio sujeto, una de las peores situaciones posibles.

La historia de la internación puede ser también la historia de una micropolítica, una genealogía, un devenir caracterizado por las fuerzas y sus resultantes a lo largo de un proceso en concreto. A lo largo del mismo se van modificando todas las variables imaginables, a partir de lo que son las relaciones de poder y los efectos representacionales en el campo de los significados culturales. El fósil guía, como le dicen los arqueólogos, en este caso estaría dado por aquellos significados que están en relación directa con la experiencia de este campo de fuerzas en movimiento. El propio sujeto nos narra su internación desde la relación con los médicos y profesionales, y nos sintetiza en tres pasos lo que fue su periplo existencial según su punto de vista, tomando como constante la existencia o no de algún tipo de explicación o de información que desde la posición jerárquica del profesional haya sido emitida para ser por él recepcionada: *No, no me daban muchas explicaciones. A principio... ta; después me dijeron; pero... después no, me dijeron 'no mirá, no vas a poder salir'... 'Órdenes del doctor'.*

Allí está trazado todo el proceso de su internación desde su punto de vista en relación siempre al otorgamiento de explicaciones, a la existencia o no de diálogos en los cuales los profesionales pusieran en circulación los saberes en juego. Un primer momento, el ingreso, en el cual el sujeto acepta el desconocimiento de su mal a la espera de la realización de los

análisis, en medio del asombro y el miedo; después le hacen saber el diagnóstico: tuberculosis, con lo cual el sujeto obtiene elementos significativos para armarse su propio relato explicativo y orientarse de esa forma en sus expectativas en el marco de lo que está viviendo; y por fin la vuelta a la desinformación; esta vez no tolerada por el sujeto y en un carácter de imposición; por tanto, sin explicaciones, lo que le comunican son solamente *Órdenes del doctor*. Nada de explicaciones, tan solo *restricciones*, como él mismo dice. La diferenciación entre explicación y restricción denota un cambio radical en el campo de experiencias desde la vivencia subjetiva de uno de sus actores. Quizás los términos que los profesionales utilizaron en la comunicación no hayan diferido mucho en esencia, en el estilo, pero en el conjunto del proceso de internación cobran un sentido diferente, quizás opuesto; los componentes significativos del saber médico aparecen así como necesarios y sustanciales para la subjetividad hospitalizada, y a la vez como coacciones impuestas. Esos términos se diferencian, desde el punto de vista del proceso sanitario, entre lo que fue primeramente la búsqueda de un diagnóstico, y posteriormente el tratamiento dispensado.

8
SOBRE «LA CARRERA MORAL DEL PACIENTE»: ESTRATEGIAS CORDIALES

Este capítulo es un apéndice del anterior; trata sobre un tema central en las investigaciones del tipo de las aquí practicadas. Etnográficamente, la investigación de Goffman se desarrolló a lo largo de cuatro años, en los cuales tuvo acceso a los pacientes internados de un psiquiátrico desde el rol de asistente del director de gimnasia de la institución. Esta vía de acceso, la principal, le permitió tener un contacto directo con pacientes, por fuera de las salas de internación, a las cuales le estaba vedado el ingreso. Igualmente, Goffman supo aprovechar su lugar, lo que se hace en toda investigación, tomando en cuenta el tipo de acceso y conocimiento que se puede producir desde allí, recurso epistemológica que hemos seguido en nuestra investigación. Se trata de lo que él denomina la «autorreflexión metódica». En los ejes problemáticos que atañen a *Internados*, se ataca un mismo fenómeno: la situación del paciente internado, distintos puntos de vista que se van articulando desde dicho tema central.

En el primero, pone la mirada sobre la vida social dentro del establecimiento; en el segundo sobre los efectos de la institucionalización manifestada en las redes sociales, donde

aparece la problemática denominada como «la carrera moral del paciente». Sigue un análisis en torno a lo que espera la institución del paciente internado, y la adhesión solicitada al programa a ejecutar sobre sí mismo.

Una institución total se caracteriza por deslindar y agrupar, re-codificar asignando al sujeto un rol diferente al que lo caracterizó hasta el momento. También es central la administración de la vida, lo que implica un manejo de las necesidades, actividades y tiempos cotidianos. En síntesis, nos dice Goffman, toda institución de este tipo posee «tendencias arborescentes» o «totalizadoras».

> «El hecho clave de las instituciones totales consiste en el manejo de muchas necesidades humanas mediante la organización burocrática de conglomerados humanos, indivisibles —sea o no un medio necesario o efectivo de organización social, en las circunstancias dadas—.»[66]

Esto nos hace necesario establecer el hecho de la existencia de una sub-división básica, que a lo largo de nuestra investigación también ha ido tratándose: la existencia mínima de una «división dualista» e idealmente polarizada del mundo del paciente y usuario de la salud por un lado, y el mundo de los funcionarios y profesionales que dan el servicio por el otro. Entre estos mundos se desarrollan un sin fin de procesos como vimos, pero en concreto, siempre subyace la existencia de «rígidos estereotipos», en los cuales el funcionariado siempre tiende a sentirse por encima de la debilidad en la que se instala y es instalado el paciente internado.

Son restringidas la comunicación y la información que se transmiten sobre la propia vida del paciente. La ignorancia sobre las decisiones en torno a su propio destino, es aquí el tema central que nos ocupa, en relación con la creación de estrategias frente a ello. En ninguno de los casos estudiados, nos

---

[66] Goffman, E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires, 1984, p. 20.

hemos encontrado con la ausencia de este fenómeno que define tanto la posición del paciente internado para poder pensarse como sujeto de acción —el marco de creación—, como los efectos que pueda querer provocar según sus aspiraciones —la estrategia creada en sí misma y puesta a funcionar o no en el medio hospitalario—.

Como también nos plantea Taussig, el manejo de poder que se dispone sobre la vida en este tipo de fenómenos alrededor de la atención sanitaria, se funda, más que en un conocimiento, en el «misterio» que provoca su ocultamiento, en la duda provocada por la exclusividad de conocimientos e información manejada que atañe a uno mismo. Todo aquello que hace a la subjetividad de un paciente, es filtrado por la máquina institucional que, como vimos, recodifica los parámetros culturales. La «cultura de presentación» como la llama en este sentido Goffman, es objeto de un proceso de «desculturización». Estos efectos dependen de la concepción y el significado que para el propio paciente posean el mundo exterior y su propia subjetividad; depende:

> «... del significado especial que tenga para él el 'salir' o 'quedar libre'... las instituciones totales no persiguen verdaderamente una victoria cultural. Crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres.»[67]

Estos fenómenos no son necesarios en los casos de pacientes internados que, solitarios y con sus cuerpos desgastados por la edad y las actividades duras de tantos años, resignifican al hospital como un espacio cotidiano donde vivir tranquilamente, a pesar de las carencias. Los mecanismos institucionales pasan a ser perjudiciales en estos casos, en los que las estrategias de los pacientes están orientadas a perpetuar la permanencia en el hospital el mayor tiempo posible, o por lo

[67] *Op., cit.*, p. 26.

menos, dejar la internación cuando se considere que definitivamente se está curado, consideración que a veces jamás concluye.

Existen casos en los cuales las estrategias creadas con este fin resultan victoriosas por lo grotesco y aberrante que resultan en el contexto donde se las pone en funcionamiento. Este es el caso de un hombre de la calle, un *bichicome*, que para extender su internación comenzó a escupir a todos quienes se le acercaban. Fue así derivado por el psiquiatra del hospital a otra sala, con otro diagnóstico, y residió allí por 15 días más. Esto me lo relataba una enfermera que había comenzado sus prácticas en el Maciel, y recordaba el acontecimiento con mucho desagrado. Y es que los medios a través de los cuales se ponía en acto la estrategia ponían en crisis directamente el plano de lo compartido intersubjetivo, inhibiendo toda posibilidad de negociación a partir de los usos y costumbres imperantes. A través de la saliva —segregación cargada de significados en relación a la interacción social—, el paciente hacía efectiva una estrategia corporal desde su cama, creando un área de dominio frente a cualquier figura humana que se le acercara, sabiendo que ello posibilitaba quizás otro diagnóstico, el de *loco*.

Igualmente, las estrategias que persiguen una extensión en la internación en las salas de hospital —así como una atención y tratamiento profesional— que más efectivas resultan ser, son aquellas conformadas desde los marcos de las normas de interacción social tanto dentro del hospital como fuera, a nivel social.

Las estrategias cordiales tal cual las concebimos, operan justamente en el campo de las relaciones sociales, en el ámbito en el cual se vive la separación entre los dos mundos del hospital: el de pacientes y allegados, y el de profesionales y funcionarios.

Frente al carácter superior en el que se instala el subcampo correspondiente a profesionales y funcionarios, una de

las opciones estratégicas es la de tender vínculos hacia arriba, aceptando la subordinación, respetando los roles instituidos. Ahora bien, para que esto no sea simplemente una actitud servil, sino que se respeten los valores de una sociedad democrática, y liberal. En los hechos, la relación del paciente con el funcionario no deja de ser respetuosa en un plano, en una dimensión cultural en la cual como ciudadanos del mismo Estado con derechos y obligaciones, cada cual desde su rol, hace lo posible y lo necesario.

Por esta razón las llamamos estrategias cordiales: no subvierten ningún orden social pre-existente, por el contrario, hacen uso de él para operar estratégicamente. Los citados mecanismos de totalización que se dan en toda institución total son aquí perjudiciales para el propio hospital, dado que llegado un momento y según determinadas circunstancias, los pacientes internados pasan a ser tan correctos en su conducta, imagen, etc., que no hay manera de sacarlos de la cama. Aparentemente, en cierto nivel de registro, en una dimensión cultural de significaciones, parecería que no existe estrategia, cuando en realidad, cuando nos detenemos a observar más en profundidad —y siguiendo los pliegues— comprendemos que estos sujetos cordiales desarrollan todo un dispositivo propio de actividades que incluyen a otros pacientes, y son esenciales en la cotidianidad de una sala de internación, efectuando transformaciones en ella.

La primera medida estratégica a tomar en estos procedimientos que aquí nos ocupan es la de encontrar un anclaje humano dentro de la abstracción hospitalaria. En este sentido, es el personaje de la Doctora Cora para Oscar, mientras que para Correa es el personaje de una asistente social. Este vínculo es lo que asegura, para éstos, su existencia en el proceso de medicalización e internación que reclaman sus cuerpos más allá de su voluntad, hasta alterarla, al punto de pasar a ser antes que nada un enfermos, y después, identitariamente, hombres o mujeres de tales y cuales cualidades, correspon-

dientes a una vida más o menos sana. Se trata de estrategias cordiales de enfermos que —antes que nada— despiertan sentimientos de compasión y solidaridad.

Debe de quedar en claro, que la posición de subordinación así asumida no es equiparable con la pérdida de autonomía, ya que por debajo de las impotencias y las dudas, subyace un impulso vital que se manifiesta en la vida cotidiana de la internación. Es visible, pero tan solo gracias a nuestra mirada des-naturalizadora, nuestra dinámica dentro del flujo de extrañamiento-familiarización. Al respecto, es claro el ejemplo de Oscar en su relación con los doctores. No es servicial, es cordial, se muestra como sujeto honrado y respetuoso, con las manos cruzadas detrás de la espalda, saluda cortésmente al doctor que pasa por el pasillo, está atento a la distribución de comida, y ayuda a sus compañeros de sala a conseguirla en los casos en que no pueden hacerlo por sí mismos.

Por las características de las subjetividades involucradas en el hospital, por las de la internación que allí se llevaba a cabo entonces, nos encontramos ante un límite claro en lo que hace a los fenómenos en torno a los estrategas del Maciel. Cuando no es posible distinguir entre sumisión y resistencia, entre reacción y acción, nos encontramos ante el límite inferior de este campo, desde el punto de vista de las estrategias creadas en él. Podríamos afirmar que se trata del «grado cero» de la estrategia, tomando esta noción de Barthes aplicable a todo proceso de creación de significado, que aquí, consideramos indisociable de la propia acción.[68]

Este hecho nos exige comprender a los estrategas del Maciel, en diferentes niveles y relaciones al mismo tiempo. La complejidad siempre existe en todo fenómeno humano, aquí, en concreto, se evidencia en el hecho de que la afirmación de las normas instituidas, acción que tiende a perpetuar la estructura, en otro plano, o en otro tipo de registro de la misma ex-

[68] Barthes, R. *El grado cero de la escritura*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1997.

periencia, corresponde a una acción de resistencia, de búsqueda de transformaciones.

En los casos como el que acabamos de utilizar de ejemplo, esta dinámica se da en su expresión más nítida, en el límite de las posibilidades subjetivas, en el grado cero de toda estrategia, de todo proceso de significación y acción. La cordialidad que tiñe las instancias en las que el paciente actúa en el medio hospitalario, la absoluta devoción ante los profesionales de la salud, los pequeños rituales y las ofrendas para con éstos, son inseparables de propósitos y deseos en relación con la promoción de intereses subjetivos que buscan viabilizarse. No se trata por ello de hacer sencillamente un uso instrumental de los otros sujetos[69], sino de jugar en un plano de humildad y respeto mutuo, lo que conjugado con la plena autoridad otorgada a los profesionales, nos hacen ver esta realidad muy próxima a la vivida por niños en espacios de escolarización. El paciente se coloca así en un espacio de indefensión y dependencia, al mismo tiempo que sus deseos son dirigidos y afectan el campo de experiencias —el hospital—, siguiendo así motivaciones subjetivas. En este sutil juego con las normas instituidas, —una posición más que ambigua en términos micro-políticos, posición «ambivalente»—, el paciente internado espera lo mejor de la administración.

Al mismo tiempo que acepta cordialmente sus normas, no deja de luchar por lo que considera su finalidad más concreta y no por ello definitiva —teleológica—, aunque sea en el límite del sin-sentido, como en este caso, sin un diagnóstico que calme la ansiedad despertada por el padecimiento de una enfermedad que no se sabe cuál es o qué es, en un grado cero de certezas, en la incertidumbre.

[69] Tanto en la concepción weberiana, como en la teoría crítica, el análisis de las acciones tendientes a fines y medios más que anularse entre sí se complementan; por ejemplo, hay desinterés en tanto un interés que le da sentido a la acción desinteresada.

9
TERRITORIOS DE LA INTERNACIÓN

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 los estrategas del Maciel. Es allí donde más densas y complejas son las interrelaciones que cada paciente construye 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. La institución actualmente posee un fuerte control en el acceso a las salas, como ya hemos visto, por cuestiones que hacen al propio objeto de esta investigación, a la realidad de la salud pública uruguaya y su política administrativa, así como al ejercicio y práctica médica cotidiana.

A lo largo del trabajo de campo hemos podido conocer tres momentos recientes en la genealogía de las salas de este hospital. Hasta el 2001, éstas se encontraban abiertas al exterior, a los pasillos y patios por los que los pacientes internados se desplazaban; al llegar se entraba en contacto directo. Las salas llegaban a albergar a más de 20 sujetos. Posteriormente, la situación cambia radicalmente a partir de la prohibición y la ejecución sistemática de las normas hospitalarias por parte de

la administración, con lo cual las salas quedan cerradas sobre sí mismas.

Los pasillos quedaron así libres de la presencia de pacientes internados, a la vez que ya no es posible acceder a éstos desde el exterior. Estos cambios también incluyeron el reciclaje del llamado Patio del Brocal, espacio de interacción con la naturaleza convertido hoy en una gran sala de espera. Finalmente, en la actualidad este proceso ha seguido su curso, reduciendo los espacios de internación, de 4 a 5 camas en promedio, y también la duración de la misma. La meta de las autoridades del momento, según nos lo dijeron en entrevista, era llegar a salas con un promedio de 3 camas, y a una internación con una duración reducida a un tercio de la de entonces, lo que correspondería a 5 días.

Las distintas capas genealógicas conviven visiblemente a través de los dos pisos del hospital. Encontramos algunas salas que mantienen la forma que poseían en los estratos anteriores a estos últimos años. Hay sectores ya remodelados en los que las antiguas salas han sido fraccionadas en dos o en tres espacios gracias a la construcción de paredes. Y algunos espacios del hospital que se encuentran en plena obra edilicia por parte de obreros y funcionarios.

La sala de internación se convierte en el espacio compartido en el cual van acumulándose, solapándose, olvidándose y reconfigurándose estrategias sin cesar. El campo de experiencias es aquí un campo propiamente estratégico en su mayor grado. Evidentemente los procesos grupales desencadenados en la cotidianidad de una sala de internación eran mayores cuando las estadías compartidas así lo permitían. También existen diferencias en torno a la duración de la estadía en las camas según las aflicciones y los tratamientos que el servicio sanitario ofrece. Por ejemplo tenemos las salas pre-operatorias, en las cuales se espera para ser operado, así como el CTI, en el cual la dinámica posible por la inactividad consciente de los

internados reduce el margen de alternativas posibles frente a la situación.

Sala del hospital Maciel repleta durante una de las epidemias de fines del siglo XIX (probablemente la de cólera de 1886). En Lockhart, J. *Historia del hospital Maciel*. Ed. de Revistas, Montevideo, 1982, p. 138.

Es evidente que en espacios de interacción reducidos a 3 o 4 camas no pueden desarrollarse procesos grupales mayores, que incluyen construcción de roles diferenciados al nivel de líderes, distintas fracciones de intereses, una micropolítica interna compleja. La intimidad reina progresivamente en estos recintos reducidos y privados. Como contrapartida, los efectos de este tipo de internación, si bien han hecho desaparecer la figura del paciente internado en los pasillos y patios del hospital, han provocado la multiplicación de allegados que velan en estos espacios públicos. Al quedar confinado en el interior de

la sala, el paciente internado depende más de algún allegado que logre hacer de puente con el exterior y en la relación con el profesional y funcionario en general. Igualmente pueden observarse pacientes que solitariamente salen a conseguir algunos víveres en los territorios del entorno hospitalario como hemos descrito, pero esto ocurre a la hora en que está cayendo el sol en el horizonte, ni antes en el día ni después en la noche. En aquellas salas en las cuales aún la cantidad de camas se acerca a la decena, el universo de interacciones cotidianas sigue siendo el marco de referencia para los pacientes allí internados. En una de estas salas —con 9 camas— sobrevivientes de la época anterior a la reforma, pudimos realizar un trabajo de campo intensivo, que junto al resto de las instancias en otras salas y por los pasillos y patios del hospital, nos permitirá plantear las cualidades y los fenómenos recurrentes en lo que hace al espacio social de la sala de internación en cuanto a la creación de estrategias por parte de los sujetos internados.

I

Las experiencias humanas, las maneras de ser y sus puntos de vista que aquí investigamos se encuentran contenidas dentro de un edificio. Como hemos visto, no cesa de desbordarse hacia afuera así como de ser infiltrado sin cesar: desde su entorno inmediato, y desde lo que cada sujeto lleva a la hora de convertirse en un usuario, en un internado o allegado. Una de las cualidades esenciales de los fenómenos que aquí tratamos es la dolencia, la problemática de la salud y enfermedad; y otra esencial es la internación, la problemática de la convivencia y la cohabitación. Los pacientes internados desarrollan sus experiencias particulares dentro de las paredes del hospital, dentro de una estructura arquitectónica que soporta las actividades, una forma espacial con sus doscientos años a cuestas, que no cesa de ser intervenida.

La espacialidad es uno de los vectores de subjetivación, podemos conceptualizarla como un medio a través del cual se determina —y es determinado a su vez— por la actividad humana. En la gran mayoría de los casos las espacialidades existentes se constituyen casi exclusivamente por la resultante de actividades humanas, de múltiples funciones que van componiendo el espacio, podríamos decir, en una forma colectivamente inconsciente, generando lo que se da en llamar «lugares». Otro es el caso de espacios que han sido intervenidos por arquitectos y urbanistas, donde se ha realizado un ejercicio de proyección y ejecución por parte de especialistas socialmente instituidos, donde ha operado un proceso de objetivación ante los fenómenos. Allí se propone un producto dentro de determinado paradigma y se lo concreta según recursos y necesidades disponibles. Posteriormente esas intervenciones serán reconvertidas por los usuarios, por quienes las investimos de significaciones, y en algunos casos alteramos su misma materialidad, generando en definitiva lugares en aquello ideado.

El paso del entorno hacia el hospital es un salto cualitativo, pues existen algunas cuestiones que pueden relacionarse según parámetros compartidos que nos habilitan a pensar en términos de macro y micro, pero otros no, y son justamente éstos los que terminan definiendo el carácter del fenómeno. Es la diferencia cualitativa entre lo molar y lo molecular, que existe entre una porción de ciudad y el interior de un edificio, las mal llamadas escalas urbanística y arquitectónica respectivamente. Ahora bien, las cualidades particulares del hospital como programa acercan su espacialidad a los problemas de la ciudad, discusión del propio campo de la teoría arquitectónica de los hospitales que ha sido planteada y que merece ser tenida en cuenta.[70]

[70] Benech, A. - Sprechmann, Th. «Hospitales: complejidad o anarquía», en *El Arqa*, Año V, Nº 14: *Arquitectura y salubridad, buena salud*. Dos Puntos, Montevideo, junio 1995.

Los hospitales han sido algunos de los lugares más cargados de intervención consciente en su forma, debido a los requerimientos de toda índole que le dan sentido a la institución: *el tratamiento de las enfermedades del cuerpo social*, todas ellas nociones constituidas por esa misma sociedad en su devenir, para sí. Distintos modelos se suceden en la forma en que debe ser efectivamente un hospital para las instituciones que lo gestionan, mientras que quienes los van usando, quienes confluyen dentro de sus espacios, los van cargando con significados, van experimentando los distintos espacios que se generan en cada intervención, y silenciosamente viven el proceso de su internación según espacialidades que los marcan, los determinan. Y es que todo lo que vayan a vivir sucederá en esos escenarios así dispuestos, decorados sí, plausibles de ser revestidos, investidos con cargas de sentidos de otras naturalezas, portados por cada uno de los que llegan al Maciel. Pero la resultante de materia y vacío será indiscutidamente la forma en que se darán los acontecimientos; es el «aquí», o «acá» para el paciente, el allegado, el médico y cualquier otra presencia. Nosotros también estamos allí como investigadores o lectores, pero nos movemos inexorablemente hacia afuera, por lo cual el hospital se nos trasforma en el «allí», o «allá» de referencia.

Allá en el hospital Maciel los sujetos internados experimentan su pasaje por la institución sanitaria, «allá» es donde elaboran creativamente estrategias para encausar los acontecimientos que enfrentan, la situación de malestar y sufrimiento, la necesidad de sanar. ¿Cómo se experimenta el «aquí» particular del hospital Maciel; cómo se vive la internación dentro de esos espacios; cómo se vincula la espacialidad con otros vectores de subjetivación; de qué manera lo que se percibe y siente dentro de esos escenarios está determinando y es determinado por quienes perciben y sienten?

La temática en sí de la percepción del entorno no es la nuestra, aunque necesariamente se nos plantee como sustancial para aproximarnos aún más a los puntos de vista de quie-

nes habitan el hospital. De esta forma se pretende determinar las cualidades más sobresalientes de los espacios del hospital como intervenciones instituidas, para hacernos una idea cabal de los escenarios que pacientes y allegados pueblan y dentro de los cuales tienen lugar los fenómenos de creación de estrategias subjetivas. Accedemos así a un conocimiento que escapa a las posibilidades comunes de todo paciente o allegado, accedemos a la genealogía de intervenciones arquitectónicas que le han dado forma al continente de las vivencias que nos interesan, y que en la actualidad prosiguen según proyecciones sobre el hospital hacia el futuro.

Contrastando, la participación en el campo de experiencias, compartiendo momentos en las salas, dialogando y entrevistando gente en el lugar, sumada a un abordaje visual que se integra en la metodología desarrollada, permite concretar la «imagen del lugar», el plano intersubjetivo de lo que se muestra. El habitar el hospital Maciel es vivir una cotidianidad limitada dentro de sus paredes, dentro de espacios cargados de historia, repletos de símbolos e íconos de distinto orden, de distintos regímenes semióticos. Supone además el desarrollo de actividades que ponen en juego valores diversos en escenarios de distintas datas, pero todo tensionado por la experiencia de la enfermedad y la búsqueda de su sanación, la vida y la muerte en un mismo espacio.

Es muy difícil, me decía Thomas Sprechmann, arquitecto responsable por entonces de las intervenciones en el hospital, componer espacios en los cuales se cruzan tanto la alegría como la tristeza extremas. En un mismo ascensor, en un mismo patio, pueden encontrarse quienes acaban de tener un hijo con quienes lo acaban de perder. Sobre una concepción milenaria que ha marcado la particular forma occidental de tratar con la muerte, la vida, la enfermedad, el encuentro de estas experiencias en un mismo espacio es problemático.

II

Las características de la internación varían notoriamente de institución en institución así como en función de los cambios por los que va pasando la institución que la regula. El Maciel está en su totalidad bajo el control universitario en lo que hace a sus salas, consultorios y laboratorios de análisis. La presencia de estudiantes realizando sus pasantías colman los espacios surcándolos sin barrera alguna. Su número, a lo largo de los años del trabajo de campo, ascendía a los 500 practicantes en promedio, a los que debemos sumarles los estudiantes de enfermería, de número considerablemente menor. La presencia de los *internos* como también se los denomina, resulta conflictiva pues es ante ellos que pacientes y allegados suelen poner en duda la autoridad con mayor soltura, por la inexperiencia requerida para el investimento profesional, por la edad de aquellos y por todos los vectores que constituyen un rol y su estatus.[71] La presencia de estudiantes de medicina ha sido un fenómeno muy resistido desde que comenzaron a hacerse presentes a finales de la década de 1870 junto a las reformas estatales en torno a la infraestructura sanitaria.[72] Aún hoy, su presencia y actividad sigue siendo fuente de conflictos para pacientes y allegados, incentivados por el desmesurado número de éstos presentes en todos los espacios del hospital, formando grupos, como observadores distantes pero omnipresentes.

La rutina diaria es administrada en las salas tomando en cuenta tres momentos bien diferenciados. El primero corresponde a la mañana, que incluye la revisión colectiva de los pacientes por parte de docentes y estudiantes que recorren las camas; cerca del mediodía, se incluyen los informes dados por los doctores a los allegados en las puertas de las salas. Luego

[71] Ver capítulo 3: Extrañamiento y Graduación de la creencia. Crónica de una búsqueda.
[72] Lockhart, J. *Historia del hospital Maciel.* Ed. de Revistas, Montevideo, 1982.

del almuerzo del mediodía, a lo largo de la tarde va disminuyendo la presencia humana dentro de las instalaciones, tanto de allegados como de funcionarios. Con la caída del sol se prepara la noche, y aquellos allegados que se instalan a dormir en los pasillos toman sus posiciones, pudiendo estar junto al paciente en algunos casos y de forma variada. A lo largo de toda la jornada, los familiares y amigos allegados más íntimos, los llamados *acompañantes*, pueden ingresar a compartir con el paciente su estadía, eran quienes se anotaban en el registro que la empresa privada de seguridad llevaba diariamente en la puerta de ingreso de la calle Washington, realizando el control por medio de la documentación, la *cédula de identidad*.[73]

Concebir la dinámica propia de una sala en relación a la capacidad de los sujetos para crear estrategias, nos obliga a tomar en cuenta no sólo la dimensión horizontal de la singularidad de la configuración de una sala en un presente dado, sino también las experiencias y conocimientos que cada sujeto posee al pasar o no a lo largo de tal o cual sala del mismo u otro hospital, público o privado. Realizamos así cortes horizontales y verticales buscando la transversal, dónde se encuentra el paciente internado y cuál es su experiencia previa en relación a la internación. Esto diferencia, radicalmente, una vez más, a los estrategas del Maciel entre sí, según lo que traen, y lo que elaboran allí adentro. Algunos sujetos poseen una larga experiencia en diferentes centros hospitalarios, lo que los posiciona con una experiencia acumulada en torno a la creación de estrategias, otros son novatos al respecto.

De todos los efectos posibles, que son producto de las condiciones de internación, aquí nos detenemos en aquellos que hacen a la movilidad y producción subjetiva de quienes se encuentran internados. Como hemos visto, estos fenómenos no pueden aislarse de los efectos de la administración formal

[73] Ver capítulo 3: Extrañamiento y Graduación de la creencia. Crónica de una búsqueda.

llevada a cabo por la institución total en los pacientes, —su mínimo grado de objetivación—, que se dan inevitablemente en forma conjunta a las posibles prácticas estratégicas. Pero lo sustancial en este sentido resulta del hecho de que las condiciones objetivas en la cuales se desarrolla la atención e internación hospitalaria pública tienen como efecto la posibilidad de que el paciente internado se haga de relaciones, significaciones, y acciones que pueden afirmar sus búsquedas de alternativas, por fuera de los ojos de lo instituido, es decir, cuando se generan medios y técnicas propias, por dentro. Jamás, si se está internado en una sala de un hospital público como en el Maciel de entonces, se puede escapar de la objetivación, las diferencias vendrán de las formas que ésta adopte, en relación por supuesto a la subjetivación, con la que se cierra o en lo que recae todo proceso objetivo. Al respecto es interesante la experiencia de un doctor que tuvo que pasar por la internación hospitalaria a causa de una operación al corazón. El Dr. Testa, experimenta la internación *desde el lecho del paciente*:

> «O resultado sobre o enfermo das normas impostas junto aos comportamentos dos trabalhadores de saúde do hospital é a anulação simultânea de sua individualidade e de sua socialidade, quer dizer, o paciente assume inconscientemente sua característica de objeto, que é a única que pode garantir-ilhe um trânsito adequado pela instituição, porque responde adequadamente às necessidades do serviço. Este comportamento do qual suo um exemplo (pelo menos parcial) permite resolver, ademais, as necesidades do enfermo enquanto objeto, mas deteriora suas características e capacidades como sujeito. Não tenho dúvida de que sai do Hospital P sendo um objeto que funcionava melhor que quando entrei (embora que ainda tenho dúvidas sobre se as coisas não poderiam ter sido resolvidas de outra maneira). Mas tenho uma permanente sensação de haver sofrido um deterioramento como sujeito, já que nao pude expresar minha solidaridade com o velho Victor porque nao me animei a manifestá-la, nem a ele nem aos trabalhadores hospitalares, porque tinha medo. Nesta

> relação institucional que não vacilo em qualificar de perversa todos saímos perdendo.»[74]

Correa, como vimos, era un paciente que se encontraba internado junto a Oscar en la sala de cardiovasculares, posteriormente remodelada, en los tiempos en los que convivían 19 sujetos dentro de las mismas paredes[75]; el primer estrato de la genealogía de las salas de internación del hospital antes esbozada, anterior al 2001 inclusive. Correa poseía una larga historia en salas públicas. Cuando yo lo entrevisté, se encontraba internado en el Maciel hacía ya 15 días, y tuvo que permanecer 15 días más allí. Su dinámica adaptativa resultante de la internación, era muy diferente de la de su compañero Oscar, quien centraba sus preocupaciones en lograr obtener información sobre la dolencia que lo atormentaba, aumentada por la incertidumbre que despertaban los funcionarios. Al mismo tiempo no dejaba de realizar actividades centradas en el bien colectivo como ayudar a otros pacientes en la alimentación y otras cuestiones.

Correa tampoco sabía lo que le sucedía, pero tenía todas las certezas que necesitaba al respecto. No mostraba una dinámica tan densa como la de su compañero, permanecía sentado en su silla y luego en su cama sin buscar mayores protagonismos. Pero Correa tenía un conocimiento más que valioso, producto de la internación, efecto de la misma a lo largo de hospitales y centros de atención primaria. Lo más interesante al respecto, fue el hecho de que él mismo planteara, en el diálogo que tuvimos, no solo la posibilidad, sino la efectiva utilización de un método de comparación. Correa había estado internado en el hospital de Clínicas, y la experiencia le había resultado sensiblemente diferente en relación a la del Maciel.

---

[74] Testa, C. «Visão desde o leito do paciente», en Revista *Saúde mental coletiva, Revista de Fórum Gaúcho de Saúde Mental,* Ano 1, N° 1, *Universidade de Região da Campinha,* Porto Alegre, Reedição 1993, pp. 64-65.

[75] Ver capítulo 7: *Y no sé qué tengo*, incertidumbre y pérdida de autonomía.

Por sí mismo, realizaba una comparación consciente entre distintos centros de internación hospitalaria, sacaba de allí conclusiones y las aplicaba a la forma en que se movía en el lugar en esos momentos. Era un caso claro de lo que sucede en estos fenómenos que investigamos: el sujeto convertido en paciente por extensos tiempos de su vida, que posee una larga carrera institucional, elabora gracias a los conocimientos que extrae un método propio, una teoría en tanto «caja de herramientas»[76] para proceder en su internación. Siete años atrás un doctor en el Clínicas le dijo que tenía dos años más de vida, cuando lo contaba, reímos juntos.

En el desarrollo de sus comparaciones, recortó y focalizó el universo considerado en lo que refiere a las acciones que se le permitía realizar, en diferentes grados. El criterio de evaluación por tanto era explícitamente estratégico, refería a las posibilidades de tal o cual acción subjetiva, impulsada por su interés. Le pregunté si lo dejaban fumar en el hospital, mientras lo hacía con el tabaco que le había comprado en la esquina; me contestó tranquilamente que no. Según su punto de vista, *las cosas en el Clínicas eran mejores*, podía moverse allí con más libertad. No lo molestaban si lo veían fumando, nadie controlaba si estaba o no en su cama, y además, —y eso lo recalcó mucho—, en el Maciel se aburría. El Clínicas tenía una sala de juegos, me decía. Más que nada, señalaba la diferencia en relación a los naipes, mucho *truco* entre los enfermos quienes así se conocían más profundamente.[77] Según él, ahora se encontraba más vigilado, eran bastante estrictos en cuanto a apagar las luces en la noche, en *meter a todos los enfermos en la cama*. En el Clínicas, había contado con la ayuda de una asistente social. Gracias a ella, pudo hacerse de lo que fue necesi-

[76] Álvarez Pedrosian, E. «Teoría y producción de subjetividad: ¿qué es una caja de herramientas?», en Rasner, J. (comp.), *Ciencia, conocimiento y subjetividad*. CSIC-UdelaR, Montevideo, 2008.

[77] La Sala de Recreación -en el primer piso-, gestionada por las Hermanas de la Caridad del hospital, se inauguró en 2000.

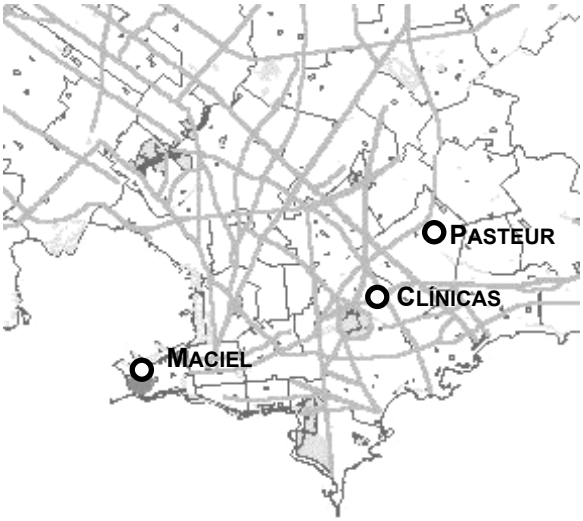
tando, gracias a su trato directo y continuo, y como me decía gesticulando la mano, con *muñeca*. Este término designa acciones que escapan a las normas de la institución, el «espacio de trasgresión»[78] permitido, conocido y utilizado en lo cotidiano de las instituciones. Gracias a la asistente social, Correa me decía que había podido conseguir un par de anteojos para ver de cerca, lo que para él significaba una gran victoria. Al lado de esto, el Maciel lo tenía sin herramientas, y así versaba su discurso evaluativo. Evidentemente, la asistente social realizaba su tarea al conseguir un par de anteojos para un paciente que los necesitaba, pero en el planteo de Correa hay mucho de fantástico e imaginario. El límite con lo real se desdibuja en el momento en que constatamos que la carencia de los suministros hospitalarios en la atención pública es un hecho. Sabemos que una cosa es la indicación o prescripción que realiza un doctor y otra la ejecución de la misma (dispensar un medicamento, un par de anteojos...). Entre las dos instancias media la burocratización del sistema en la cual hay que pelear frente a centenares de solicitudes similares para un número mucho menor de posibles otorgamientos. Lo importante aquí es el punto de vista del paciente, su horizonte de comprensión que coteja diferentes hospitales públicos, que los compara tomando en cuenta rasgos, en una dinámica de internación hospitalaria de una década de experiencias. Quizás la transgresión que él ve, no la vivía aquella asistente social que atendía a sus necesidades. Pero para el sujeto es así, y por tanto vive lo real desde esa óptica, y desde allí busca y encuentra sentidos, orienta sus acciones, en otra realidad que se abre como producto de sus acumuladas internaciones.[79]

---

[78] Foucault, M. *Los anormales*. FCE, Buenos Aires, 2000.

[79] La problemática en torno a la locura y la salud mental, no la hemos tomado en consideración en esta investigación, pero no por ello deja de asomar constantemente, lo que desde el punto de vista antropológico nos abre las puertas a los distintos estados de consciencia, ninguno por encima de otro, pero donde la salud también está en juego.

Correa no es el único en hacer comparaciones, por el contrario, es un rasgo frecuente entre los pacientes internados con largas afecciones crónicas tratadas en diferentes servicios públicos de salud. Podemos por tanto plantear que la producción de subjetividad en la que participa el sistema sanitario de internación pública lleva a la creación de un horizonte de comprensión, una visibilidad del campo de experiencias para quienes lo viven desde dentro, que es compartido desde el imaginario social de los estrategas del Maciel. Es dicho imaginario particular, que cruza transversalmente los distintos imaginarios de los diferentes modos de subjetivación de los participantes que conviven en este campo de experiencias, el que circunscribe y compone a «lo posible» de una estrategia, territorio de «lo real virtual»[80].



[80] Guattari, F. *Cartografías esquizoanalíticas*. Manantial, Buenos Aires, 2000, p. 43.

Otros campos de experiencia se configuran así como cercanos para quienes los viven, como campos co-laterales y co-extensivos al del Maciel. Y esto se produce por experiencia propia, pero también como horizonte de enunciación compartido más allá de ésta. El hospital Maciel aparece así, como un campo de experiencias semejante y diferente: al Clínicas, al Pasteur, a los centros de atención primaria de la llamada Zona Oeste del departamento del Montevideo; y por fuera del entonces sub-sector público, —desde las subjetividades de los montevideanos de una clase media en descenso por la crisis estructural y por ello usuaria también del hospital—, aparecen las comparaciones con el sub-sector privado.

Esta es una de las cualidades producidas por la internación en las subjetividades participantes en el proceso, rasgo que es tanto modelado por la institución como creado por los usuarios de la misma, y es el tipo de efectos que queríamos investigar, aquellos que posibilitan las acciones desencadenadas por pacientes internados. Luego de establecer la constelación de campos hospitalarios tomados en cuenta más o menos por todo estratega del Maciel, profundicemos aún más en las técnicas, medios y efectos en los territorios de la internación, en un sentido tanto reactivo como activo.

III

Desde el pasillo nadie diría que allí había una sala de internación. Una puerta ciega, al lado de bolsas y maderas de los obreros que entonces reciclaban las instalaciones, no la hacían visible para mí hasta el momento. Luego vería todo el hospital de otra manera, percibiendo espacios internos frente a puertas de este tipo, en los que permanecían parados, intermitentemente, algunos allegados. Al ingresar, el acceso fue rápi-

do y acelerado, nuevamente de *shock*.[81] Me encontré así con la posibilidad de describir la dinámica interna de una sala de internación femenina. La sala constaba de 9 camas y todas estaban ocupadas. En un espacio no mayor a los 70 m², contra la cama más arrinconada, me encontré con un grupo de más de 15 estudiantes, realizando la rutinaria revisión médica, se trataba de una clase práctica para ellos. Carlos, el «portero», me guió hasta allí. Él era portero, tanto de ocupación laboral, como para mis circunstancias en el trabajo de campo, al que yo ingresaba en ese momento a través de un allegado desde el exterior. Su mujer, María, se encontraba internada allí, y accedieron a mi petición para compartir momentos con ellos. Todo comenzó con una silla, al lado de la cama, una entrevista de presentación, dejando que mi presencia desencadenara lo que fuera.

En la sala se vivía el alboroto cotidiano habitual a la hora del mediodía. Esta dinámica incluía la presencia de allegados, de un grupo de funcionarios internos a la sala y principalmente, de los practicantes en gran número. Me encontraba así sentado al lado de María, que yacía acostada sin incorporarse en la cama. A mi derecha, otra cama con una muchacha en estado grave, y entre nosotros, los restos de la carcasa de un pollo asado comido sobre una bandeja.

María tenía 57 años, y gozaba hasta entonces de un vigor increíble, al igual que su marido. Inmediatamente le comenté que me interesaba saber cómo la estaba pasando en la sala, y comenzamos a dialogar mientras fue pasando el efecto de mi abrupto acceso. Desde un primer momento saqué mi libreta de notas de campo y comencé a registrar de alguna manera todo lo que me parecía sustancial. *Y qué es lo que escribís*, me preguntó; "sobre cómo son y quiénes son las personas acá internadas" le contesté, con lo cual profundizamos más,

[81] Ver capítulo 3: Extrañamiento y Graduación de la creencia. Crónica de una búsqueda.

adentrándonos en las historias de las pacientes de las camas de su sector de la sala, mientras nos íbamos conociendo.

Contra la pared que comparte la sala con el pasillo, se encontraba internada una mujer (cama 9), de más de 50 años, que estaba siendo inspeccionada por profesores y estudiantes, sentada sobre la cama, mientras la auscultaban. Según me decía María, se trataba de una paciente que sufría problemas renales, igual que la otra paciente (cama 8), a la derecha de María, que yacía tapada y en silencio, mirando tranquilamente a su alrededor, esperando su turno. Después, hacia el otro lado de la pared, a la izquierda de María, detrás de los restos de comida que tenía a la altura y muy cerca de mis ojos, se encontraba una muchacha, Rita, no mayor de 40 años, con la mirada extraviada en la nada. Estaba acompañada por una allegada, era la única que tenía acompañante, además de María, que contaba con Carlos y, en ese momento, conmigo. Esta joven mujer padecía un tipo de reuma deformante, luego tuve la oportunidad de conocerla en mejor estado, acompañada por su esposo, en otra de las jornadas que pasé en la sala. Luego, frente a María, tres camas más. Una de ellas, (cama 3) era ocupada por una señora mayor, que había sido encontrada semiinconsciente y ensangrentada en la calle. Lo mismo una joven de al lado (cama 2), de 34 años me dijo María, que había fugado de uno de los albergues de la Orden de las Hermanas de la Madre Teresa de Calcuta, y que fue encontrada en las calles del Centro de la ciudad en estado de descompensación, siendo identificada también como diabética. *La están controlando; las monjas trabajan en su recuperación como persona*, me dijo. Por último, bien en frente (cama 1), la cama estaba ocupada por una señora de similares características a las del diagnóstico de María: obesidad, y graves problemas circulatorios, presunta diabetes; eran conocidas del barrio, de Playa Pascual.

La primera procedía del Cerro, la segunda, según me dijo María, de Propios, como se llamaba antes el bulevar Batlle y Ordóñez; la tercera paciente provenía del Centro, al igual

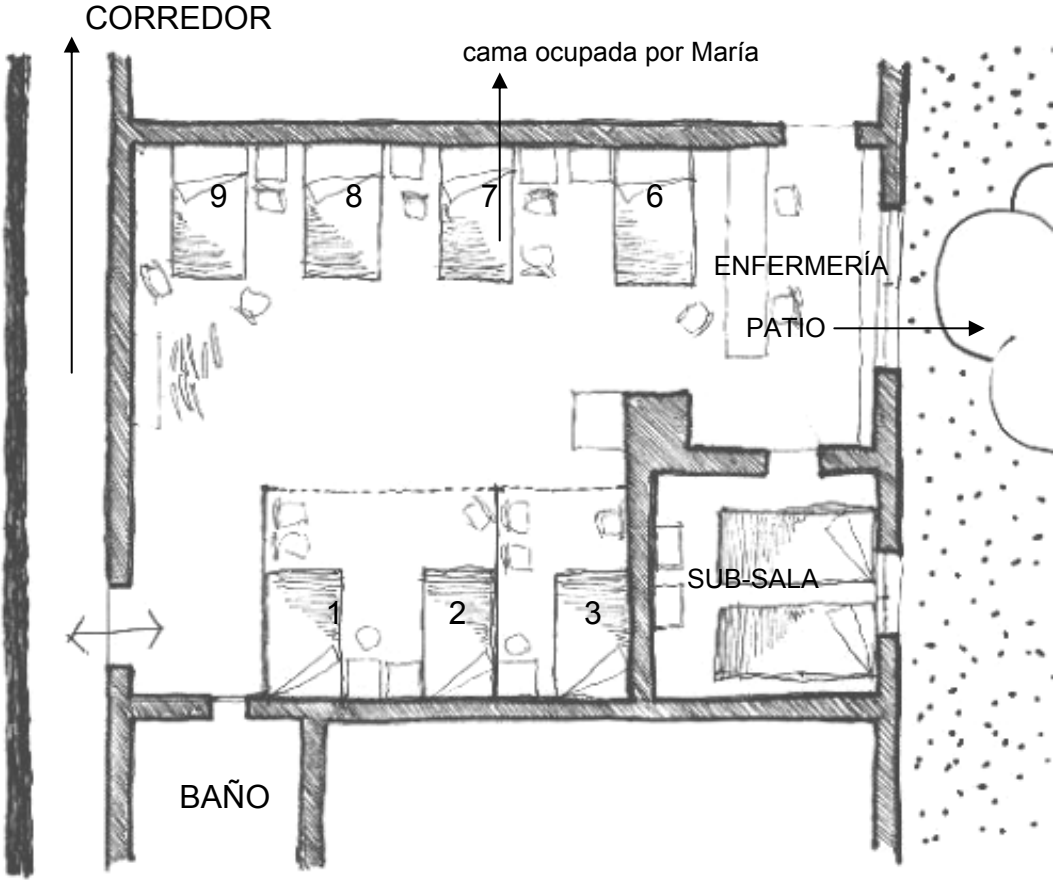
que la chica catalogada como extraviada y descompensada. María es de Playa Pascual, en el departamento de San José, a unos kilómetros de la frontera departamental, una zona semirural hacia el oeste de Montevideo, y antes, unos nueve años atrás, vivía a unas cuadras del Maciel. De la paciente restante no supe su procedencia.

María, como paciente, padece graves problemas cardíacos y vasculares. *Estoy desahuciada*, me dice, *no hay remedio*. La única opción que le han planteado los profesionales consiste en recibir, de por vida, una medicación rigurosa en un ambiente protector, evitando cualquier actividad que implique un gasto de energía. Tiene en su haber más de 15 intervenciones médicas sobre su cuerpo: 6 cateterismos, y 2 angioplastias realizadas todas en instituciones de asistencia pública; así como 7 partos. Conformó una gran familia nuclear junto a su marido. Los reiterados partos implicaron, para ella, recorrer distintos campos de internación. Por todo este haber en la genealogía de las intervenciones sobre su cuerpo y subjetividad toda, es que no puede ser nuevamente operada. Había sido intervenida diez años antes, y en ese momento le anunciaron que tendría que hacerse un nuevo cateterismo en el futuro. Esperó, pero su padecimiento se impuso, como naturalmente era esperable para ella y su marido.

María no tenía ningún tipo de queja sobre la atención recibida por parte del campo de la salud de nuestra sociedad desde hacía varias decenas de años. Al contrario, fue siempre muy clara en explicitar su agrado y aprobación frente a la labor desarrollada por profesionales en la atención de todos los pacientes. Ni en el Maciel —en el que había estado internada 20 años antes—, ni en el Clínicas —al cual apeló por sí misma en su diálogo—, se encontró con situaciones que afirmaran un conflicto como el que ya hemos visto en otros casos. No era así para su marido Carlos, quien enfrentaba más directamente las circunstancias de confrontación con las instituciones sanitarias cuando así lo requería la situación. De esta manera, se mueven

como pareja, dentro de un campo de estrategias cordiales, pero sin dejar de enfrentar en algunos momentos acontecimientos situados en los umbrales de tolerancia, donde se discuten los roles y posiciones asignadas socialmente con los funcionarios.

Croquis de planta de la sala Bienhechores, 1er piso.



Hay que ser optimista, dice y siente María, *los que se quejan son gente pudiente, que ahora viene al hospital, la gente tiene esa parte de disconformidad*. Aceptando de buena fe todo tratamiento por parte de los profesionales, y ubicando el conflicto en quienes no saben lo que es la carencia, se establece un punto de vista desde donde se piensa y acciona. En el proceso de comprensión de la situación, María hacía hincapié en hechos que, según ella, afirmaban su punto de vista. Entre ellos, se encontraba la presencia de la muchacha de la cama 2, *la chica de la calle*: su tratamiento era un ejemplo de que las autoridades hospitalarias se preocupaban por las personas desvalidas y la trataban de ayudar al máximo. Otros hechos se vinculaban a su experiencia personal como paciente en los distintos centros en los que estuvo internada. Y lo más importante, el suministro de medicamentos convertía la actitud sobresaliente de los funcionarios de la salud en una verdad incuestionable, pues *cuando hay, te los dan*, y es el bien más escaso.[82]

Los niveles estratégicos son múltiples, tanto en la paciente como en la pareja que constituye con su allegado más íntimo, su acompañante, en este caso su marido. Como hemos visto, la multiplicidad de niveles hace que a la vez se esté tanto en las zonas del campo de experiencias que se encuentran tranquilas, mansas, cordiales, como por momentos o al mismo tiempo en situaciones que enfrentan al sujeto a los umbrales de su tolerancia.

Por ejemplo, María llevaba adelante una fuerte campaña para reclamar una mejor limpieza de la sala toda, pero principalmente del baño. Comprendía lo escaso de la remuneración y lo arduo de la tarea, pero eso no exoneraba a la funcionaria correspondiente de cumplir con la labor que había aceptado realizar, *te das cuenta que hasta se lleva los gérmenes a su casa*. En las oportunidades en que compartí momentos en la sala, siempre emergía esta cuestión como un hecho cotidiano y

[82] Ver capítulo 10: Intercambios y redes de reciprocidad: bases de toda estrategia.

tenía el sentido de una reivindicación, de una lucha, era pues toda una cuestión de creación de estrategias: buscar a quién dirigirse, hablar con enfermeras, médicos, planteárselo a todas las pacientes y buscar un consenso al respecto. En otra dimensión, en la resolución de todo aquello que acompaña a la internación de un integrante familiar, el allegado enfrenta a responsables de distintas entidades. Carlos tuvo que hacer valer el contrato con la empresa privada de compañía hospitalaria que habían firmado, pues se negaban a cubrir más allá de 5 días de internación, y logró solucionar el problema. También se encargó de plantearle a los profesionales los exámenes que a su entender necesitaban hacérsele a su esposa. *Me hicieron caso* dice, cuando logró que accedieran a examinarle el funcionamiento glandular en la búsqueda de las causas de su obesidad. También se las tuvo que ver con la vigilancia del hospital, en las entradas y salidas. Se plantó ante el absurdo de normas irrisorias. Por ejemplo, el documento de identidad, como hemos dicho, se dejaba en la mesa de ingreso por la entrada de la calle Washington, puerta que cerraba al caer el sol. *Por hacerme el canchero* dice Carlos, cuando salió en busca de algún alimento o bebida a los negocios ubicados por la calle 25 de mayo, le comentó al guardia de esta entrada que saldría para volver a entrar rápidamente.[83] Éste, sorpresivamente le exigió que lo hiciera por la otra puerta, que estaba obligado a dar la vuelta a la manzana completa, cuando sin decir nada, el resto de las personas entraban y salían ante sus ojos sin ser llamados, como yo mismo lo hice en varias oportunidades. *Pero este botón me salió bueno*, le dijo Carlos, sin poder creerlo, sin poder comprender ese ejercicio mezquino de poder del que era víctima. Para no buscar conflictos mayores dio la vuelta y salió por la otra puerta, que aún no había sido cerrada, y volvió a entrar por la misma.

[83] Ver capítulo 4: Un hospital en *la capital de la capital*.

A lo largo del período de su internación, que duró 11 días, las metas estratégicas de la pareja estaban claramente planteadas. No había dudas sobre el diagnóstico general que ofrecían como interpretación los expertos, sobre la difícil situación del sistema cardiovascular de la paciente, y sobre de la imposibilidad de volver a intervenirla quirúrgicamente. El diagnóstico por tanto recomendaba de allí en más el desarrollo de una vida tranquila, en la quietud, dentro de las mayores comodidades posibles del hogar, realizando el menor esfuerzo junto a una considerable medicalización —en variedad y dosis—, que posibilitaría la extensión de la vida de María. Carlos logró hablar con los médicos encargados de la sala, con toda crudeza, y en términos que él consideró fueron muy claros. Las estrategias por tanto consistieron en hacer de la estadía en la sala una experiencia lo más agradable posible. La paciente misma, en su lucha activa y colectivizada por exigir una mejor limpieza e higiene de la sala, y por mantener el estado de ánimo y la fe general, siendo ella la organizadora de *rosarios* diarios junto a las pacientes que así se adherían al rezo. Su acompañante, en proporcionarle sábanas limpias y todo tipo de bienes escasos necesarios, desde botellas de jugo a talco y productos de tocador, y por supuesto, medicamentos si hacían falta. En común y por tanto enmarcando toda acción y planos estratégicos, la meta era conseguir que le realizaran a la paciente los análisis que eran considerados por ellos mismos como esenciales para la lucha que luego de la internación representaría la frágil vida cotidiana que María emprendería. Estos análisis resultaron ser de tres tipos: uno cardíaco, con la implantación en una jornada de un Holter, el esperado análisis glandular referente a la obesidad descontrolada, y otro examen estomacal, siguiendo las indicaciones de la propia María que sentía dolores en la boca del estómago y se lo comunicó a los profesionales en consulta.

IV

La internación en salas públicas como las del hospital Maciel produce estrategas, las instituciones hospitalarias funcionan de tal manera que los sujetos toman este carácter en particular, que es el que aquí investigamos. Nuevamente debemos dejar en claro que lo que se pretende conocer es el campo de experiencias de los estrategas, el campo de prácticas culturales, que es producto tanto de las fuerzas de la institucionalización como de las respuestas y resistencias de todo tipo que hemos venido distinguiendo en sus marcos de determinación, variación y singularización.

Podemos establecer como productos de esta forma de internación, característica del hospital investigado, un imaginario compartido que enmarca las posiciones de pacientes y allegados, el tipo de «visibilidad» resultante del juego de identidades múltiples que allí se suscita cotidianamente. El campo de prácticas culturales —incluyendo a las discursivas— que estamos investigando, está conformado por relaciones que exceden la simple lógica formal binaria, no podemos buscar en él una coherencia. Nos encontramos con cierta consistencia significativa, variable y diferenciada, que le da cuerpo a todo, a pesar y gracias a contra-sentidos y sin-sentidos entramados en ella de determinada manera. Esto lo vemos claramente en las experiencias que se viven en todo el campo de la salud, especialmente, como hemos visto, el destinado a las poblaciones carenciadas y de menores recursos, como los hospitales públicos, pero también en centros de atención primaria. El Dr. Carlos Guida, informante calificado en nuestra investigación, expone claramente el tipo de vínculos que se producen entre los participantes de la atención sanitaria, un mundo complejo que engloba a todos, sosteniendo a veces lo insostenible.

CAPILLA

Entrevista con Carlos Guida

C.: _ Como decía Sartre, semi-víctimas y semi-cómplices... Y la gente, siente una ruptura con eso. Entonces las mujeres le dicen 'sí, sí', me dicen a mí, 'Carlos, yo les digo que les doy de mamar hasta los 8 meses, mentira, le interrumpí la teta a los 4 meses, pero él quiere escuchar eso, y se queda contento, y se lo digo... yo le digo lo que quiere decir para que no me rezongue', porque se sabe, que hay una relación de poder, y que el otro con ese poder puede. Cuando yo estudiaba en el Pereira Rossell me acuerdo que había una ginecóloga... me acuerdo en la práctica le introduce el espéculo a la mujer, de una manera muy bruta y la mujer se queja, y le dice 'si gritas, ta vas': apropiarse hasta del propio dolor del otro… Cuando la mujer sale, le digo, 'eh, te acompaño a hacer la denuncia' —yo me pongo en juego también—, y la mujer me dice 'no, porque cuando la denuncia circule, cuando vuelva a atenderme acá me van a tratar mal, o sea que también sabe que hay una cuestión que puede ser corporativa. Entonces, hay muchas cosas buenas, muchísimos profesionales que dejan lo mejor de sí, con sus horarios y todo. Y bueno, con respecto a los pacientes y a los acompañantes, hay que generar estrategias. Los tipos hipertensos, no pueden comer sal, entonces, la vieja le trae la sal escondida, y... 'toda la vida comí guiso y quiero comer guiso'... ¿Y no hay posibilidad entonces de que al guiso se le puedan meter otros ingredientes y enriquecerlo?... También lo vi en algún centro de salud, cuando tenía una consejería en salud sexual para adolescentes, que venían a buscar preservativos...

E.: _ ¿En algún barrio?

C.: _ Sí, en el Centro de Salud del Cerro... como en los ´90 por ahí. Y, en un momento, los jóvenes no venían y, la empleada —porque este es un modelo que todos tomamos un poco—, había puesto un banco, y lavaba a esa hora, y no quería que los jóvenes entraran, y me decía que le molestaba que se rieran, y que por eso ponía un banco, para que no pudieran entrar al centro de salud una barra de varones. Venían para aprender a cuidarse, y charlar, en un consultorio que tenía posters y no había túnicas, y nos sentábamos en rueda. Por qué, yo no era médico en eso, ni eso era salud, y además, el placer no puede estar asociado a la medicina... El banco, el banco que separaba. ¡Pero era la empleada!, que limpiaba. Se había apropiado del discurso, la alegría estaba prohibida, tenía que

haber llanto, tenía que haber tristeza, tenía que haber subordinación... También yo me pregunto en esto que planteas vos como las grandes interrogantes que uno tiene, de qué manera, la transgresión se canaliza como transgresión en sí misma o como una cuestión cultural… Cómo se tolera o no se tolera, o cómo, el discurso, del que tiene el poder, se ejerce, inclusive con las mismas contradicciones. Por ejemplo, médico, gordo, que fuma, cardiólogo; explota, muere, muere de un infarto, cardiólogo, ha pasado. Y le dice al otro que no fume...

Y lo mismo me manifestaba Carlos, el allegado de María, en relación a experiencias pasadas en conflictos con médicos en otras instancias donde su esposa estuvo internada. Doctores gordos que acusan al sujeto paciente de gordura desde un lugar de autoridad suprema. Los sujetos pacientes perciben y se plantean esas contradicciones, y es recurrente escuchar anécdotas al respecto una y otra vez de la boca de éstos y sus allegados.

Este plano trascendente de lo imaginario establecido —que como vimos incluye contradicciones y ambigüedades radicales, que dislocan la realidad por la ruptura entre los actos ejercidos hacia sí y hacia el otro por parte de las subjetividades hegemónicas—, va acompañado en su existencia, necesariamente, de un plano de inmanencia que hace a la cotidianidad de la sala de internación, por debajo o cobijado por este paraguas de imágenes y expresiones de experiencias pasadas y transmitidas, donde están planteadas las reglas dentro del campo sanitario, las posiciones asignadas y las posibilidades de acción para el paciente y el allegado.

Nos referimos al plano de las vivencias, el resultado subjetivo que los seres humanos experimentan dentro de estos marcos en los cuales se efectúa la acción estratégica, la dimensión de lo real donde se transforma el medio. En todos los casos estudiados los sujetos se encontraban inmersos en una red de relaciones tal que incluso se reconocían entre sí como veci-

nos de alguno de los barrios de la capital de los que procedían los usuarios[84], teniendo como marco de referencia ante la institución un conjunto de experiencias de diversa índoles dentro de un mismo imaginario compuesto por varios centros hospitalarios también comunes, públicos en su mayoría, privados en algunos casos.

De esta forma, se encuentran vecinos de Nuevo París cuando la madre de José Luis esperaba para ser operada; en la última internación de María, el encuentro es entre gente de Playa Pascual. Y a la vez, cuando se reflexiona sobre la condición de interno y la capacidad de acción allí dentro, emergen los hospitales como el Clínicas y el Pasteur en la cotidianidad de la atención sanitaria de entonces.

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. Como los navegantes en alta mar, 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.

Esto, que se describe, puede conceptualizarse como la dimensión antropológica en el campo de experiencias de los estrategas del Maciel. Es la totalidad holística de un mundo culturalmente vivido por sus participantes. Como sabemos, esta totalidad se desborda todo el tiempo, está compuesta por

[84] Ver capítulo 12: La salud de una sociedad en Estado de indigencia.

elementos sólidos y otros que no cesan de diluirse; todo campo es un entramado de flujos que lo conectan siempre con otros campos. Pero el campo siempre posee cierta consistencia, ciertas redes que le dan forma, más o menos autónoma. Humanamente, esto es vivido dentro de un universo cultural en el cual existen sistemas de significaciones compartidas, afectos, creencias y certezas, espacios de transgresión a las mismas, en pleno movimiento de procesos de armado y desarmado, de sentidos encausados que desbordan en cada acontecimiento.

Cortando las distinciones de género y las distintas capas etarias, la red de reciprocidades e intercambios involucra a todos los presentes, dentro de un hospital concebido en relación a una abstracción: la forma que se desprende como trascendente, la institución sanitaria de los uruguayos más allá del Maciel, involucrando primero a hospitales públicos como el Clínicas y el Pasteur, y después —temporalmente— a hospitales privados.

La distinción de los sub-sectores, que aparecen así en el imaginario de los estrategas del Maciel de entonces y de ahora, refiere a la existencia de un campo de relaciones que sí diferencia a los participantes de estos fenómenos. Y es que la clase social, la marca otorgada por el sistema estatal-capitalista en su reproducción, es el eje de relaciones que imanta a todos los otros, el campo que se expande y produce más efectos dentro de la internación hospitalaria. La abrumadora incorporación de nuevos pacientes provenientes de las capas medias en el contexto de la última de la crisis —centrada en 2002—, implicó un fuerte impacto y una rápida transformación del campo social del hospital anterior al 2007.

Tanto para pacientes como María, como para profesionales como el Dr. R., la nueva presencia de estos pacientes es un hecho objetivo. Según María, son los pacientes de clase media quienes se quejan del mal trato en el hospital, y de lo sucias que están las instalaciones. Y si hacen eso es porque

comparan con los sanatorios privados donde antes se internaban. Para el Dr. R., representante del Comité de Ética del hospital por entonces, y responsable de los 500 practicantes de medicina, la irrupción de pacientes de esta clase en descenso, era positivo, en tanto emparejaba los distintos «capitales culturales»[85] de los participantes, acercaba a estudiantes y pacientes. Para José Luis, la presencia de sujetos de una procedencia obrera y popular como la de él, junto a estos nuevos pacientes, es la causa por la cual los profesionales del hospital pueden desvalorizarlo y humillarlo. En todos los casos, las experiencias humanas dentro del hospital en el marco de la internación, están involucradas en este proceso social que está transformando el campo de la atención sanitaria pública en su totalidad.

Los profesionales de la salud por lo general son integrantes de los estratos económicos medios; para ellos, realizar la atención de sujetos provenientes de estratos más bajos es una cuestión problemática, aquella problemática, como ya se ha planteado, pero ahora lo estamos observando desde el vector económico y de estratificación social. Es claro por tanto que con la presencia de pacientes de un estrato medio, los profesionales encuentran una gratificación, una «adhesión» producto de una especie de identificación de clase, una proximidad de códigos, significados y valores, más allá de la situación de internación hospitalaria, en lo que son los modos de subjetivación.

Por tal motivo, el ingreso de un pequeño flujo de estos pacientes, en comparación con los que desde las últimas décadas se atienden en el Maciel, produce un efecto considerable. Éste efecto se potencia enormemente por la respuesta que se obtiene desde el sub-mundo de los funcionarios, convirtiendo a esa minoría exigente y lastimada por el descenso de sus dife-

[85] Bourdieu, P. - Wacquant, L. *Respuestas. Por una antropología reflexiva.* Grijalbo, México, 1995.

rentes tipos de capitales, en un conjunto influyente que genera modos de subjetivación dentro del universo del hospital. Este proceso de aumento de la conflictividad separa aún más los dos sub-mundos: el de pacientes habituales de estratos económicos bajos del hospital del de los profesionales, que ahora encuentran, en esta minoría de su misma procedencia de clase, semejantes con quienes poder establecer la realidad que desean para la cotidianidad de la internación, para la inmanencia del día a día hospitalario del futuro.

La internación funciona como producción de realidad, y los pacientes internados y sus allegados ingresan al campo de experiencias así organizado. La creación de estrategias se efectúa dentro de esta realidad hospitalaria pública. Más aún, las acciones estratégicas en cierto nivel de registro no se diferencian de las obligaciones que la institución le pide que se cumplan al paciente. Esto lo hemos visto con las llamadas estrategias «cordiales»[86], así como en los casos de conflicto explícito donde se subvierten los órdenes para volver a encausarlo, en el «tire-y-afloje»[87] como práctica de acontecimientos que son así vividos como peleas y disputas. En todos los casos, a veces desde posiciones más pasivas, otras más activas, la creación de estrategias está contemplada dentro de los marcos de esta realidad vivida en el hospital.

La totalidad holística que se constituye cuando fenómenos y acontecimientos se reiteran y suscitan una y otra vez con sus variaciones y solapamientos dentro de un mismo campo, se naturaliza, en un «estilo de vida» estándar. En las salas y en todo el hospital, dicha totalidad le llega al nuevo paciente por todos lados, por todo vínculo, —en la mezcla del tratamiento funcional hospitalario con la convivencia de dolientes semejantes a sí mismos—. De los mayores efectos producidos por las técnicas a través de los medios que se presen-

[86] Ver capítulo 8: Sobre «la carrera moral del paciente»: estrategias cordiales.
[87] Ver capítulo 6: Umbral de tolerancia y cuidado de sí; estrategia y necesidad.

tan en la internación, la existencia de esta cotidianidad englobada por un imaginario es la más abarcativa. Frente a ella es difícil fugarse, pues es también con la que se mantiene en pie la estructura de la atención sanitaria en crisis, de ella dependen enfermos y usuarios en general que cuentan tan sólo con ella para enfrentar sus dolencias y los riesgos que corren sus vidas. Un universo es producido, un territorio existencial singular dentro del cual se desarrollan los acontecimientos día a día.

V

La totalidad se desborda todo el tiempo, se planteaba más arriba, y es que no podemos comprender lo que sucede dentro de la sala sin percibirlo en sus relaciones con el exterior. Como se viene reiterando, todo campo está atravesado por flujos que conectan a otros campos. Es necesario realizar mapas de intensidades de los territorios de las salas de internación, según una variación del flujo con el exterior, de las entradas y salidas existentes. Eso nos serviría para poder comprender los tipos de experiencias de internación dentro del mismo hospital, según la variación en la consistencia de la realidad vivida dentro de cada internación, en relación, como decíamos, con el exterior. Es sustancial tomar en cuenta la relación que puede existir entre los tipos de vínculos y accesos entre una internación y su exterior, y el grado de consistencia de la realidad allí vivida.

Todo lo que hemos visto sobre las formas estratégicas desarrolladas por los pacientes y sus allegados está inmerso dentro de esta dinámica de territorialización y desterritorialización que le da la consistencia particular a cada internación, en espacio, tiempo y sujeto. Hay que ver por ejemplo, si una internación prioritariamente cerrada sobre sí misma, según códigos que prohíben casi la totalidad de elementos entrados

desde fuera, implica o no un mayor grado de consistencia de la realidad vivida para el sujeto que la experimenta. Y si al mismo tiempo, del otro lado de la variación de intensidades, una internación donde sea permitido el acceso de todo tipo de componentes exteriores al hospital, implica un grado tal de una particular realidad menos consistente en sí misma, y más vinculada con el exterior y así cotidianizada, en el barrio, en las costumbres y rutinas, sostenida por lazos y afectos de un entorno mucho más extenso y vasto que el hospital.

El código que define normativamente estas variaciones es el código de la institución hospitalaria, que por supuesto se termina definiendo en lo real por la forma en que los sujetos actúan en lo concreto; código instituido compuesto de formas cotidianas conectadas no muy estrictamente pero sí en su totalidad con los trascendentes ordenadores, provenientes del propio código social del enclasamiento profesional médico y de las funciones asignadas por las normas laborales del ámbito público.

El tratamiento y la internación que experimentó el Toco, en Cuidados Intensivos, sufriendo el inicio de una tuberculosis, se coloca entre las internaciones más duras, más sufridas en su vivencia. El tratamiento de la enfermedad prohíbe, según los códigos del saber médico, el ingreso de cualquier elemento del exterior a la sala. El nombre de la sala habla por sí mismo: Cuidados Intensivos, una actividad bien definida, en su calidad y cantidad. El personal de enfermería debe trabajar con tapabocas todo el tiempo entre los pacientes, que eran, en ese entonces, unos 20. Podemos así también ubicarla según la genealogía institucional de las salas que hemos visto, en la cual teníamos salas que permanecían más allá de los cambios y que eran objeto de modificación en ese momento. El Toco se encontraba experimentando una internación bastante rigurosa en lo que hacía a la frontera entre las paredes y el afuera, por los requerimientos establecidos para el tratamiento de la tuberculosis; y lo hacía en una sala que venía manteniendo su

forma a través de esos últimos años y quizás no por mucho tiempo. Todo esto define el carácter de su internación, todo lo allí vivido por él.

El territorio de internación se completa con la dimensión de enunciación: donde lo real es actual, allí donde se define lo que los flujos formalizaron. Ni televisión, ni radio, tampoco juego de cartas, nada. El Toco, mientras no dormía, pasaba el tiempo pensando a solas, o hablando con uno o más compañeros de sala. Largas horas de charlas y charlas. *Ahí en esa sala no te dejaban pasar nada... pasábamos hablando, con los otros, hasta la noche, y después ir, cada uno a dormir. Estábamos ahí. Y después, de mañana nos levantaban para desayunar, nos levantábamos de dormir y hablábamos de nuevo.*

Es el tipo de re-territorialización aceptada por la institución, es la resultante de las negociaciones implícitas entre la forma y el contenido del hospital. La red y los lazos afectivos que se desarrollan con algunos pacientes permiten al Toco transitar su internación. Dentro del espacio cerrado, de un interior duro en sus paredes, el intercambio fluido y continuo entre pacientes asegura su sobrevivencia, la formación de afectos necesarios para la identidad del sujeto dentro de un espacio que lo despoja de ésta. La compañía de allegados, en ciertos momentos, complementa ese proceso. Se trata de un despojo instituido que a su vez habilita la existencia de esta red interna, que es la única posibilidad de trazar líneas al exterior, virtualmente, en la amistad entre pacientes que se cuentan sus vidas de una cama a la otra. De todos modos, se trata de un fruto del campo de fuerzas, la resultante de fuerzas o micropolítica de esa sala en ese momento. No había formación de grupos, procesos de grupalidad más extensos que los de dos a tres personas. El Toco lo veía así, al comparar la situación que vivió en el Maciel con la del Saint-Bois —a donde fue posteriormente trasladado—, donde lo que se vivía *era como más agrupado*.

10
INTERCAMBIOS Y REDES DE RECIPROCIDAD: BASES DE TODA ESTRATEGIA

«Yo vivo solo, completamente solo.
Nunca hablo con nadie; no recibo nada,
no doy nada».

Sartre, *La náusea*.

No se puede sobrevivir dentro de una sala sin entrar de una manera u otra en el flujo de las redes de intercambio que entretejen la totalidad del campo de internación público vivido en un hospital. No se puede permanecer ajeno a esto por las condiciones que hacen a la propia internación. No se puede, en fin, convivir dentro de un espacio de interacción tan reducido sin procurar un mínimo sentido compartido y una red de circulación de los elementos necesarios para hacer de la sala un lugar donde sobrellevar un padecimiento.

Colectivizar este último, implica una forma de relacionarse con el otro-paciente desde los rasgos comunes de la experiencia de la internación, rasgos que cobran, a lo largo de los días, cierta «cohesión social» estructurante de las experiencias allí vividas. Toda estrategia pasa por la sala, en el sentido en que es producto de dicho marco social antes que nada, quizás

antes que subjetivo, desde dicha intersubjetividad que marca los límites de lo posible.

Y vos escuchas, vos escuchas... me decía José Luis, en la entrevista que tuvimos en el Patio del Brocal mientras operaban por fin a su madre. Para un paciente, es inevitable entrar en relaciones cotidianas con quienes se comparte una sala de internación. Esas relaciones se ponen en juego desde un punto de vista holístico, tanto según las directrices administrativas como en función de la forma en que las subjetividades involucradas llevan adelante su dolencia desde las camas; tanto por la espacialidad y todo otro tipo de vector de estructuración de la atención sanitaria, como por las cualidades de las subjetividades que habitualmente conviven en este hospital en particular.

La problemática de esta red parece estar en todos lados, es necesaria hasta para los intersticios, para las fugas. La complejidad de esta temática radica en lo básica que resulta para la creación de toda estrategia dentro del hospital. La ambigüedad articula posiciones que igualmente caen dentro de la lógica de esta malla de reciprocidades. Y es que la necesidad de entrar en relaciones de intercambio y mantener reciprocidades entre los pacientes, nos obliga a plantear los fenómenos de creación de estrategias desde un punto de vista donde el deseo se licúa, donde el poder parece dejar lugar al «don», al enigma del dar y recibir a pesar y más allá de los intereses, aunque esto sea muy difícil de concebir desde el punto de vista hegemónico en nuestra cultura occidental fundada en el mercantilismo y sobre-codificada por el capital.

> «Como plantearon Marx y Engels en *The German Ideology*... y como muchos otros escritores como Louis Dumont han repetido desde entonces, este modelo de satisfacer una investigación precede en mucho a sus propiedades utilitarias y pasa al frente con la victoria de la burguesía en las revoluciones inglesas del siglo XVII. Marx y Engels sugirieron que las interpretaciones se hacen con el único criterio de la utilidad, porque en la sociedad burguesa moderna todas las relaciones están subordi-

> nadas en la práctica a la única relación monetario-comercial abstracta. Las relaciones reales de la gente en situaciones de intercambio como hablar o amar, supuestamente no tienen el significado que les es particular —dicen Marx y Engels— sino el de ser la expresión y la manifestación de alguna tercera relación que les es atribuida: la utilidad. De ahí que estas relaciones se vean como disfraces de su interés. Esto puede verse como una... reducción de la relación a individuación... bastante análogas a la visión mundial de la burguesía y a la conducta práctica social según la criticara Marx... no es más que la aseveración del principio de escasos recursos, y se incorporó como axioma a la teoría económica moderna, desarrollada y aplicada originariamente a la organización capitalista.»[88]

Hacer el intento de atravesar los intereses y las carencias, nos permite ver esta malla esencial, primero y último territorio en estos fenómenos. Más allá de la frontera entre el poder y el no-poder, más allá de la distinción entre fines y medios, entre bienes de consumo y mercancías de intercambio, la problemática del don —del hecho de dar y recibir en algunos casos sin ningún tipo de provecho hacia una de las partes del intercambio—, nos plantea la fuerte entidad que cobra la institucionalización de la vida cotidiana dentro de una sala, en diferentes grados, que tienden a la fusión de las formas de consumo, extremo nunca alcanzado por diversas cuestiones también componentes de dicha forma concreta de relacionarse.

La fusión —no homogeneización—, de las formas de consumo entre los integrantes de una sala, la tendencia a poner en relación todas las subjetividades que conviven allí desde la misma posición de paciente, es un movimiento hacia el cual se tiende, pero jamás es la realidad concreta de los vínculos experimentados. Existen distinciones según los bienes considerados, según el tipo de afectos puestos en juego, pero existe también una tendencia general, —promovida por la totalidad de significados, sentidos y acciones— hacia la conformación de esta red abarcativa que sustenta como una base la es-

[88] Taussig, M. *El diablo y el fetichismo de la mercancía en Sudamérica.* Siglo XXI, Buenos Aires, 1993, pp. 33-34.

tructura de estos fenómenos. No se trata de los bienes materiales por un lado, y de los llamados espirituales por el otro. Todo tiene su registro material, y los afectos, son una línea de variación que traspasa todo tipo de bienes, los revisten de su aura, su «hau»[89], que trasciende al objeto y permite establecer el vínculo a través de su circulación, la creación de un vínculo social.

La sala de internación, como hemos dicho, es el campo en el sentido más urgente para el sujeto paciente internado. El estratega del Maciel, si es paciente, se encuentra durante la enorme mayoría de sus horas dentro de la sala, si es allegado, acompañante más específicamente, es en las salas donde procurará implantar un orden de relacionamiento en el que reine cierta armonía, cierta noción de normalidad, donde las carencias experimentadas en común por quienes habitan el hospital confluyan en la necesidad de soportar esta malla estructurante donde se negocian las vías de circulación de todo tipo de bien.

La solidaridad no parece oponerse a la fuga, la necesidad de compartir no parece oponerse a la creación de estrategias subjetivas; éstas siempre son intersubjetivas en algún sentido, en algún plano, en determinadas circunstancias centrales, como lo es el hecho de compartir la búsqueda de la salud.

> «Existe amplia evidencia de que una red social personal estable, sensible, activa y confiable es salutógena, es decir, protege a la persona de las enfermedades, acelera los procesos de curación y aumenta la sobrevida... la gente menos integrada socialmente tiene más posibilidad de morir, o, para plantearlo en términos menos dramáticos, que la pobreza de red social afecta negativamente a la salud... Este efecto, merece acotarse, no es lineal: no es que a medida que aumenta la calidad y el tamaño del grupo social se reduce la probabilidad de muerte, sino que la mortandad mayor se acumula en el subgrupo con red social

[89] El *hau* es un término utilizado por los maoríes de Nueva Zelanda, que fue tomado para conceptualizar la problemática del don por parte de Mauss y luego retomado por Lévi-Strauss. Puede traducírselo tentativamente como la «fuerza vital en la cosa». Ver Godelier, M. *El enigma del don.* Paidós, Barcelona, 1998.

menor, en tanto que no hay diferencia entre los subgrupos de red social media y amplia.»[90]

Parecería como si esta red de relaciones fuera la pista de lanzamiento de los estrategas en busca de su salud particular y singularizante, y no simplemente su anclaje en una tabla rasa o «mesa» como diría Foucault.[91] Es el contexto de producción de la estrategia más cotidiano, en el cual las necesidades y metas se muestran crudamente compartidas, a través de todo tipo de afectos con sus registros materiales. Desde papel higiénico e hipoclorito de sodio para desinfectar los baños sucios, a la comunión del rezo experimentada en salas como en la que María compartió con las demás mujeres, cada paciente desarrolla sus estrategias en relación a esta red de intercambios, gracias a ella. Podríamos conceptualizar esta red como rizomática, en oposición, —en un nivel general con el submundo de los funcionarios y administradores— al modelo arborescente y calcado que caracteriza toda institucionalización de la vida cotidiana, por ejemplo en una sala de internación pública.[92]

---

[90] Sluzki, C. «De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a al red social», en Dabas, E. – Najmanovich, D. (coord.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*. Paidós, Buenos Aires, 1995, pp. 114-117.

[91] Foucault, M. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI, México, 1997.

[92] Comprender y experimentar en el campo esta red de reciprocidades básica en toda creación de estrategias dentro del hospital Maciel, nos exige tomar en cuenta los seis especies de principios que para pensar rizomáticamente se han planteado: Primero y segundo, principios de «conexión» y de «heterogeneidad», cualquier punto del rizoma puede ser conectado con cualquier otro, y debe serlo; se trata de eslabones de regímenes de signos distintos hasta de estatus de estados de cosas diferentes. Tercero, principio de «multiplicidad»; lo múltiple tratado como sustantivo, no tiene ni sujetos ni objetos, únicamente determinaciones, tamaños, dimensiones que no pueden variar sin que ella cambie de naturaleza, de «agenciamiento». Cuarto principio, de «ruptura asignificante», un rizoma puede ser roto, interrumpido o cortado en cualquier parte, pero siempre recomienza según ésta o aquella de sus líneas, y según otras nuevas; todo rizoma comprende «líneas de segmentaridad» según las cuales está estratificado, territorializado, organizado, significado, atribuido, y también, líneas de desterritorialización según las cuales se escapa, se desarma, sin cesar. Y por último, quinto y sexto

Es interesante poder observar cuánta energía se pone en mantener sana esta red, en favorecer su desarrollo rizomático. En la sala Bienhechores, Carlos, era más que el acompañante de María, era el allegado que más ponía de sí para resolver constantemente cualquier conflicto nocivo que atentara contra el desarrollo de un clima afectivo continente y positivo para quienes allí sufrían los procesos de enfermedad y dolencia. Y es que, estratégicamente, eso es lo que posibilitaba que su esposa tuviera un buen pasar, el mejor posible, y lo mismo quienes iban convirtiéndose de a poco en pacientes conocidas y sus allegados respectivos.

La situación de Oscar, el viejo paciente que compartía la sala con 18 hombres más, incluido Correa, también nos hacía ver cómo se combina una relación de cordialidad, rozando la pérdida de autonomía ante la institución hospitalaria, con una fuerte vitalidad en el mantenimiento y fortalecimiento de esta red de intercambios y reciprocidades con los demás pacientes, con los *compañeros*.

El deseo de sanar, la creencia en que ello es posible, es lo único que termina —si queremos establecer alguna determinación más fuerte a todo el abanico existente en cada situación—, por definir la calidad de los vínculos de intercambio y reciprocidades, que como vimos, está indisolublemente ligado a la calidad de vida.

Como en el caso tomado por la antropología clásica del *hau* maorí, el «contra-don», para el paciente y allegado que redistribuye y comparte, es producto de un desdoblamiento en el cual siempre existe un tercero entre los dos términos en re-

---

principios, de «cartografía» y de «calcomanía»; el mapa está totalmente orientado hacia una experimentación que actúa sobre lo real, es empírico, el mapa no reproduce a un inconsciente cerrado sobre sí mismo, lo construye, contribuye a la conexión de los diferentes campos, el mapa es abierto, posee múltiples entradas como una madriguera, es un asunto de performance, se puede entrar por los calcos que lo simplifican, pero con mucho cuidado de no quedar atrapado en ellos. Ver Deleuze, G. – Guattari, F. «Rizoma», en *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia II*. Pretextos, Barcelona, 1997, pp. 9-33.

lación, una mediación; en ella está el fruto de la acción, la red tejida gracias a un acto que siempre tiene un carácter ritual, un desprendimiento —«des-alienación»— que no busca una retribución directa y ni equitativa, ni cuantificable.[93]

Todos los pacientes internados y allegados que hemos conocido a lo largo del trabajo de campo en esta investigación sobre la creación de estrategias, han coincidido en afirmar siempre que dentro de las salas de internación reina un clima de solidaridad. También lo pude experimentar como observador participante dentro de las mismas, sentado entre las camas, a diferentes horas y a lo largo de todo un proceso de internación colectivo. Esto no quiere decir que no existan conflictos. En tanto que pista de despegue de diferentes estrategias, en tanto red que persigue la salud en una situación compartida de dolencias y enfermedades, éste territorio rizomático no cesa de bifurcarse y abrirse, así como tampoco de tender hacia la integralidad por extensión, no sin gastos considerables de energía por parte de sus participantes. Pero el grado de inmanencia que posee la red de reciprocidades entre pacientes internados y allegados entre sí, es la más consistente de todas las que conviven en el campo de experiencias que al hospital refiere.

Entrevista con J. L.

J. L.: _ Por eso, viste por eso, porque vos sabes que tener un enfermo hoy, y está peligrando la salud, del enfermo que tenés ¿me entendés?, y vos venís re-preocupado... y haces veinte mil esfuerzos pa, pa tratar de venir... y agregar una cosa; desarreglas una cosa pa venir acá, pa después arreglarla a ver cómo se puede arreglar, pa, pa, pa no perder el trabajo, pa que no te suspendan, y

[93] Godelier, M. *El enigma del don.* Paidós, Barcelona, 1998.

venís acá, y te ponen caras de culo... y te tratan mal. ¿Me entendés?, te dejan mal, mal, mal, te dejan mal, ¿me entendés?, te dejan mal.
E.: _ Che, ¿y tu vieja estuvo en una sala con más personas así?
J. L.: _ Mm. Sí, sí.
E.: _ ¿Cómo era la sala?
J. L.: _ Ah no, la sala está bien. De la sala no, no me puedo quejar.
E.: _ Cuánta gente había, quienes eran...
J. L.: _ Eran, era... ahora, eran más que la semana, antes de la Semana de Turismo muchos más.
E.: _ ¿La misma sala?
J. L.: _ En la misma sala, y habrán 5, 6 más, 5, 6 más pacientes.
E.: _ Y cuántos había.
J. L.: _Y... cuando vino mi vieja habían, 4. Operaron a 3, y dejaron a mi vieja pa atrás, y esa más la calentura que fue todavía, 'espere señora que ya, sale ella y entra usted'. Al rato vinieron y decía, 'vos no, no, no; espera que viene un caso de urgencia, un caso de urgencia eh, mucho más grave que el tuyo'. ¿Me entendés?... No, no, vienen a último momento y te dicen 'no te operamos nada', ¿me entendés?, 'no te operamos nada y chau, y toma unos medicamentos y andate pa tu casa', ¿me entendés?
E.: _ Y el resto de la gente de la sala era compañera, había algo ahí o...
J. L.: _ Toda compañera, toda, aparte otra, de la cama de al lado es de allá del barrio también viste, nos conocía a nosotros y todo viste. Y este como es este, y ta, y vio todo la movida, todo el relajo, ¿me entendés?
E.: _ Vio toda la movida.
J. L.: _ Toda la movida, me entendés y... Después viene el cirujano a arreglarla viste, 'mirá, se complicó' dice, 'venga, venga, porque usted es el que está mas nervioso' me decía por mí...

La madre de José Luis se encontró compartiendo la sala con otras mujeres a la espera de las intervenciones quirúrgicas respectivas, en dos ocasiones, con una semana de por medio. Dentro del clima emocional que experimentaba este allegado, habíamos visto la angustia vivida en los umbrales de tolerancia, cuando el acontecimiento requería que las posiciones y roles asignados fueran discutidos y puestos en duda, para lue-

go volver a re-establecerlos, de manera de asegurar la atención sanitaria de la paciente. Dentro de la crisis del allegado, la sala de internación no es parte del conflicto: *Ah no, la sala está bien. De la sala no, no me puedo quejar*. Se encontró con una vecina, hecho ya más que constatado en la vida íntima de las salas del Maciel. Aquí lo interesante es señalar la calidad de los acontecimientos vividos dentro de la sala de internación, en estos casos, de enfrentamientos entre los sub-campos de profesionales y de usuarios —la gran división dualista—, donde se dan las estrategias concernientes a la dinámica del tire-y-afloje en los umbrales de tolerancia frente a la situación experimentada. Como valora el sujeto, la sala es otra cosa que la institución hospitalaria propiamente dicha, realiza allí una separación, una distinción entre la administración formal y los pacientes y usuarios. Valora los efectos que tienen sus acciones allí dentro, a la vez que lo que prima es también el contacto previo que existe entre vecinos que se encuentran; *aparte otra, de la cama de la lado es de allá del barrio también viste, nos conocía a nosotros y todo viste; y ta, y vio todo la movida, todo el relajo, ¿me entendés?* Es imposible así permanecer ajeno a los efectos de estos acontecimientos dentro de una sala. La intimidad, la proximidad producto del encierro, conjugadas con la cercanía cultural entre pacientes provenientes de los mismas zonas de la ciudad con fuertes rasgos identitarios —que se encuentran sin saberlo en la misma situación de internación—, hacen que en la red de vínculos dentro de las salas se vaya inscribiendo y conformando una memoria colectiva. Ésta estará compuesta por acontecimientos sucesivos compartidos frente a problemas también semejantes, que constituyen también una formalización que los trasciende a todos, que institucionalizan sus experiencias en un cuerpo de anécdotas y entredichos.

Entrevista con J. L.

E.: _ ¿Y se comparte eso entre la gente?
J. L.: _ Y se comparte porque seguro, te están viendo, te están viendo el problema que tenés ahí, ¿me entendés? ya, después se queda todo el mundo en la expectativa, ¿me entendés?, queda todo el mundo mal, porque si vos te peleas con uno de la sala, la enfermera con vos de la sala, por algo está discutiendo.
E.: _ Y tiene efecto en toda la sala.
J. L.: _ Y tiene efecto en toda la sala. ¿Me entendés? Aparte ya la gente observa, la gente mira, ¿me entendés?, ya la gente escucha, eso, ¿me entendés? Aparte yo, yo, yo creo que es mal para ellos ¿me entendés?, claro uno, uno se va y, y le dice a un superior de ellos, 'qué pasa con la sala tal y tal, con la enfermera tal y tal y tal, que no da la atención que tiene que dar'. ¿Me entendés?, yo creo que es, menos puntos para ellos, calculo yo... es riesgoso para ellos, hasta de perder el trabajo me entendés.
Pero si ellos están para una cosa tiene que ser 'esa' cosa y chau, están pa eso y chau. Viste, es como vos estás para lo tuyo yo estoy para lo mío, ellos están para lo de ellos.
E.: _ Bien separado.
J. L.: _ Como tiene que ser.
E.: _ Y vos, entre las separaciones en el medio.
J. L.: _ En el medio, me entendés, sí, sí, yo qué sé, si esto sigue así bo. Hay maltrato en todos lados.
E.: _ Claro. Y hay algo así como, ¿se... pasan piques, entre la gente?
J. L.: _ Seguro, se comentan viste. Como que viste, me pasó una, a la cama antes de mi vieja viste, y él ya viene, el médico viste, viste así pam, pum, pam, y ya entran a hablar viste, y ya se comentan, y ya sabe toda la sala. ¿Me entendés? Aparte son, poca gente en la sala viste serán, 7, 8 personas más o menos viste. ¿Entendés? Y... se comenta, aparte vos sentís, me entendés, vos sentís... vos sentís por más que no quieras sentir sentís igual, estás ahí. Y bueno, qué va a hacer.

Se desarrolla así un conjunto de experiencias compartidas entre quienes se encuentran internados y se configura una

memoria. Frente a estos acontecimientos, existirán por supuesto distintas interpretaciones y aprehensiones, pero no se puede huir de ellos, de su pasaje, de su vivencia; además, los tiempos de internación hacen de lo cotidiano un proceso mucho más acelerado que el vivido fuera del hospital. Acontecimientos donde se juega la vida y la muerte, a veces en forma cordial, otras en franco enfrentamiento, van sucediéndose en un ritmo acelerado, y van configurando una memoria intersubjetiva formada muy de prisa y con urgencia, hecha a los apurones, corta pero intensa, sustentada por un conocimiento externo entre los sujetos que en mayor o menor medida siempre se encuentra presente. Las distintas acciones estratégicas del paciente o allegado son vivenciadas dentro de la sala y frente al resto y transmitidas casi sin mediación alguna. También circulan los relatos de estos acontecimientos, contados varias veces a distintas personas, algunas de las cuales además son conocidas del barrio, comparten un punto de vista cultural; no son necesarias las traducciones.

Debemos comprender la constitución de la red de intercambios siempre en relación al entorno que la carga desde el afuera, desde donde ingresan los bienes que circulan de determinada manera. Además están los bienes producidos allí mismo, recomendaciones e indicios transmitidos oralmente sobre tal o cual funcionamiento del hospital en el cual hay que moverse: desde el suministro de alimentos hasta la realización de análisis e intervenciones quirúrgicas. El saber aquí posee mucho valor, y entra en circulación, lo demandan las condiciones mismas. La vulnerabilidad de la salud propia y la búsqueda de la salud pueden constituir el componente más cohesionante de la red, lo que le termina por otorgarle el carácter fuertemente compartido que posee. Se trata de una red que es impregnada cotidianamente por la potencia de estos afectos, además de estar conformada por subjetividades de procedencias comunes. Es inevitable por tanto pasar por esta red en toda acción de cualquier internado del hospital.

E.: _ Che, entonces, contame un poquito de la sala… ¿qué tipo de cosas compartían?
J. L.: _ No, no, cada gente, sus cosas, aparte, cada cual con sus cosas.
E.: _ ¿Y toda la gente con allegados o había gente sola?
J. L.: _ No. Había gente sola también. Había una señora que estaba... con cirrosis viste, con cirrosis, y... hacía como 2 semanas, 3 semanas que estaba acá y nunca la había venido a ver nadie. Ta, nosotros la, cuando veníamos nosotros, la semana cuando vinimos nosotros le, le alcanzábamos agua... o la, acompañábamos al baño... ¿me entendés? Porque... no, no, viste, mal, mal, la dejaron sola. Ahora venimos y nos enteramos que la señora había, largado todo por la boca y, y estaba en el CTI grave viste. Y recién ahora vino el marido hace un rato viste, unas ganas de decirle 'bo loco', ¿vos sabés porqué me aguanté?, por que mi vieja me dice 'no vayas a armar relajo vos' porque mi vieja ya me conoce viste. Le digo, pero terrible hijo de puta bo, después de 3 semanas, pobre señora a punto de morirse, viene el marido a verla, ¿me entendés?, y haciéndose el preocupado 'dónde está y cómo está y…'. No seas malo, no seas malo bo... Viste pero a esa gente, Dios no los castiga, ¿me entendés?, lamentablemente no los castiga viste, pero ya le va a tocar un día que realmente lo castigue, no va a tener salvación de nadie, ¿me entendés?, y esa gente, termina mal porque no los va a ver nadie, ¿me entendés?...

Decíamos que no se trata de homogeneización sino de tendencia a la integralidad de los consumos, a la disponibilidad de los recursos, pero donde existe una diferenciación en distintos grados, *cada cual con sus cosas*. Se puede decir que existe una forma de reciprocidad re-distributiva, no existe autoridad que jerárquicamente desde un poder otorgado organice y dirija el diseño y destino de la red. Si existe un plano de utilidad, éste siempre es supra-individual.

El don seguirá siendo un enigma en tanto el interés y las relaciones de poder en las sociedades contemporáneas se hacen cada vez más determinantes de lo real. Algunas concep-

ciones pueden afirmar que el sujeto siente la obligación moral de contribuir al cuidado del otro prójimo que yace a su lado sin compañía, pero los hechos no pueden reducirse tan solo a eso, a una moral que cohesione por la presión de normas sociales. Existe un grado en el cual la subjetividad necesita experimentar una consistencia tal, una coherencia, pues está en juego la identidad: si persigo la salud de mi madre y al lado hay una mujer semejante sin cuidado, no puedo mirar hacia otro lado y no acercarme. ¿De dónde surge pues esta demanda activa?

De esta manera se contribuye, no a establecer una conducta normativa sin más, sino a hacerlo con el fin de promover un estado que se quiere producir, en este caso, el de la salud y el bienestar de quienes comparten las mismas condiciones de asistencia. La red es un hecho, se instala más allá de las voluntades individuales y resulta necesaria para alcanzar la salud propia; ese hecho no se discute, es tácito, pues la condición de desamparo y carencia demanda al sujeto de tal forma que no puede mantenerse ajeno sin más, está en juego su identidad, pero antes que nada, la vida misma.

Existe entonces un deseo que afianza esta red de intercambios y reciprocidades, como vimos, definido tanto positivamente —alcanzar la salud—, como negativamente —la constatación de la falta de salud—, que al cruzar toda la red supera así a las voluntades individuales y se constituye en un plano de inmanencia y no de simple reproducción de normas trascendentes. Afirmar que esta red rizomática no homogeniza, es afirmar que la misma permite la proliferación de diferencias y singularidades. No existe dentro de la vida íntima de la sala un poder focalizado que centralice la distribución, no existe un código único en el cual se puedan medir los bienes y así se establezcan valores de intercambio en un mercado interno. Por el contrario, los valores son de uso y no de cambio, la acumulación no entra en los parámetros de consumo que abarcan todo tipo de bien dentro de las salas, nadie compite con el otro

para obtener el éxito por la vía de la acumulación de nada. Lo que está en juego no se resuelve con un stock cuantioso, sino con la calidad de los elementos que necesariamente son compartidos: el cuidado, la alimentación, el calor, la tranquilidad, la higiene, la dignidad, son cualidades consideradas por pacientes y allegados como las necesarias en el proceso de salud perseguido.

> «La diferencia entre valor de uso y valor de cambio corresponde a estas formas distintas de proceso económico: por un lado, tenemos el objetivo de satisfacer las necesidades naturales; por el otro, tenemos un impulso que nos lleva a buscar la acumulación de ganancias. Esa diferencia por lo general es rastreada hasta la doctrina económica... por Aristóteles, quien vio una diferencia clara entre lo que llamó el uso correcto de un artículo, por ejemplo, el zapato hecho para el pie, y el uso incorrecto del mismo, la producción y el intercambio para obtener ganancias... consideró que obtener lucro era perjudicial para los fundamentos de una economía de subsistencia, y un elemento destructivo de la buena sociedad en general. Esta diferencia entre valores de uso y valores de cambio, entre satisfacción de las necesidades naturales y la satisfacción de la motivación lucrativa, es un tema persistente en la historia de la teorización económica occidental.»[94]

De esta manera cada paciente no pierde su singularidad a causa de esta red de intercambios y reciprocidades ya que no existe una fuerza que exija un control y una obligación reguladora salvo la «natural», aquella que es desencadenada por el peligro ante la muerte y la búsqueda de la salud, «culturalmente» vivida, en una economía de subsistencia.

De las distinciones más fuertes entre los bienes presentes en una sala del hospital, se destacan objetos que portan identitariamente rasgos del afuera del mismo, que sirven al sujeto de «amuleto», pues se encuentran cargados de sentidos y afectos. El caso emblemático al respecto son las sábanas y almohadas utilizadas, así como la ropa: los objetos que se usan

---

[94] Taussig, M. *El diablo y el fetichismo de la mercancía en Sudamérica.* Siglo XXI, Buenos Aires, 1993, p. 50.

más en contacto con el cuerpo en nuestra cultura, en lo que hace a la intimidad de nuestras subjetividades. La madre de José Luis *tiene un cariño bárbaro por sus cosas, son sus cosas, más estando internada*.

María también dispone de las sábanas, ropa y objetos considerados íntimos proporcionados desde el exterior por su allegado directo, Carlos. También las demás mujeres internadas en la sala Bienhechores, salvo los casos que hemos visto, en los que no hay allegado, como el de la joven muchacha encontrada inconsciente en la calle, a la cual las Hermanas de la Caridad le suministran dichos bienes. Tenemos por tanto una barrera entre «lo público y lo privado»[95] que culturalmente ha definido los ámbitos de interacción. Lo que entra o no en circulación tiene, en el campo de internación, un valor amplificado. Hay elementos que vienen desde el exterior, otros son dispensados por las autoridades: si no hay otra alternativa, se usan las sábanas del hospital.

Algo más de lo que nos enseñan los estrategas del Maciel, es que la «propiedad» no es lo mismo que lo «privado». El rizoma no cesa de ser sobre-codificado por todos los vectores de subjetivación pensables, a los que venimos haciendo referencia a lo largo de toda esta investigación. Por esta razón la red de intercambios y las reciprocidades que circulan en las salas de internación jamás es total. Ahora lo interesante es comprender la necesidad que experimenta el sujeto de tener una dimensión íntima, privada, producto de una manera de ser social característica de quienes hacen uso del hospital, pero que es de los rasgos más compartidos por la sociedad uruguaya en lo que hace a los cuerpos y la construcción del sí-mismo. Se constata así el hecho, de que todo sujeto tal cual hoy lo conocemos, necesita de objetos apropiados exclusivamente por él, para el re-pliegue sobre sí mismo que lo configura como entidad diferenciada del resto del mundo, del afuera. Este

[95] Categorías centrales en las investigaciones de Pedro Barrán; ver bibliografía.

grado de identidad que impregna los objetos de un sentido propio, encuentra en el cuerpo su máxima expresión. *Y más estando internada*, nos decía José Luis por su madre, más estando en un entorno de encierro administrado por una institución que des-singulariza, homogeiniza para funcionar. Se hace necesario el aporte de estos bienes desde el exterior, y los mismos no entran en circulación de ninguna manera, pues si alguno de los pacientes no encuentra la manera de obtenerlos, es el propio hospital quien se los suministra como parte natural de su funcionamiento.

Ningún paciente ni funcionario jamás pondrá en duda que sábanas y ropas, si las condiciones lo permiten, provengan del exterior del mundo de la sala de internación, por el contrario, todos querrían compartir la condición subjetiva de ser dueños de lo que roza y cubre sus cuerpos. El caso de la joven internada en esta sala femenina Bienhechores, en la cual indagamos en profundidad, resulta ser clave al respecto. Las Hermanas se ocuparon de ella, no sin resistencias de su parte. Me impactó mucho. Cuando María me contó sobre cada una de las internadas, esta muchacha no se encontraba presente, pero en otra jornada de campo me la encontré, sin saber que se trataba de la misma que ella había descrito. Esperando con Carlos afuera, mientras dos funcionarios realizaban una serie de ecografías a la mayoría de las pacientes, una muchacha iba y venía por el pasillo del primer piso. Su aspecto llamaba la atención. Lucía una pollera tableada y corta, estampada con flores en rosado y negro. Tenía un buzo de lana verde, y unos zapatos con taco en los pies. Su cabeza estaba casi por completo rasurada. Cuando ingresaron los funcionarios a la sala y tuvimos que retirarnos los hombres, faltaba Rita, la paciente de la cama 6. Fuimos con Carlos en su búsqueda, —no sin saludar antes a otros pacientes ya conocidos por él del campo laboral de los taxímetros en el que estuvo años trabajando en una parada—. Encontramos a Rita en el Patio del Brocal dialogando con su esposo, quien la había bajado en sillas de ruedas hasta

allí, en la planta baja. Fuimos y volvimos hacia la sala. La muchacha de la cama 2 había permanecido llorando recostada sobre una de las ventanas del primer piso. Cuando paso a su lado, le pregunto si se encuentra bien, me contesta que sí, y expresa su enfado por mi intromisión. Luego, mientras esperábamos fuera de la sala, ella siguió paseándose de un lado al otro, llorando y pateando bollitos de papel por el pasillo. Recién adentro, me dí cuenta de que se trataba de la misma paciente, cuando Carlos, con un gesto de preocupación, le entregó un póster enrollado a María para que ella se lo regale a esta joven. Había empezado, a la semana de internación compartida, una preocupación en torno a esta muchacha por parte de Carlos y por lo que intuí, también por parte de algunas de las pacientes próximas a María: la compañera de la cama 6, Rita, que sufría un reuma deformante, y la señora de la cama 1, de diagnóstico similar al de María y conocida del barrio.

Carlos aparecía, a partir de esta acción, como el allegado más involucrado en propiciar un clima afectivo dentro de la sala. Allí me relató un breve acontecimiento cotidiano sucedido un par de días atrás, entre mi anterior visita y el momento en el que nos encontrábamos. Carlos había traído desde el exterior un par de *taper*, uno para su esposa, y otro para la paciente de al lado, Rita. *Y ella me miró con los ojos bien abiertos y me dijo, 'y para mí no hay, que, ¿soy huérfana yo?'*, le dijo la muchacha. Esto puso a Carlos muy preocupado, y por esa razón le traía ahora de regalo un *poster*, para que la propia María se lo diera.

La actividad de las monjas constituía una de las fuentes de cohesión más importantes dentro de la sala, después de la correspondiente a los profesionales de la salud. Y la creencia en la fe cristiana era apoyada por María y por otras mujeres, de una forma que no experimenté en ninguna de las salas masculinas, como aquella donde se habían encontrado Oscar y Correa unos años antes. Parecería que el género y la edad propiciaban esta condición de internación en particular. Pero a

pesar de todo, esta paciente joven se les iba de las manos, y también se mostraba incontrolable consigo misma. La enfermedad así generaba un efecto en la sala que despertó la necesidad de acción por parte de allegados y pacientes, a través del don, del dar sin esperar recibir a cambio nada en concreto, tan solo un lazo social ante el peligro de la violencia y la desestructuración de la cotidianidad compartida. Esta paciente representaba un foco de aquellos en los que la red cotidiana más inmanente era puesta en duda, corría peligro.

Es evidente que este tipo de dinámicas corresponden a una micropolítica de la sala de internación, pero como aquí vemos, necesitamos llevar nuestro análisis a la dimensión del deseo en la cual el enigma del don, el dar y recibir sin intenciones directas, complejizan esta realidad tan escurridiza. La salud posee sus nociones normativas que son compartidas en distintos grados por pacientes y allegados; la red inmanente que tiende a la articulación de los consumos también es presa de formalizaciones sin cesar, no sólo productos del hospital sino también del propio imaginario en torno a la salud que comparten los sujetos usuarios por el hecho de pertenecer a una misma sociedad. La acción por tanto centrífuga de traer hacia aquí a esta paciente que se abre y fuga en su enfermedad física y mental, es una acción tanto política como terapéutica, interesada tanto como intuitiva. Es el tipo de dinámicas a las que hacíamos referencia anteriormente, que demandan un gasto de energía considerable por algunos miembros de la sala para mantener saneado el entramado de relaciones y vínculos internos en una convivencia obligada. No sabemos qué pensaba de ello la joven paciente de la cama 2, tan sólo nos queda claro que existía, tanto por parte de funcionarios como de monjas, y de pacientes así como de allegados, la necesidad de actuar para contenerla.

Al otro extremo, nos encontramos con actitudes que denotan una fuerte afirmación de esta red de intercambios que así se configura como red de solidaridad. Como decíamos, la

higiene de la sala era motivo de acciones por parte de María, era algo así como una batalla personal que encontraba eco en las otras pacientes, y que la había llevado a plantear un conflicto más o menos importante con funcionarios de la sala. María tenía así una serie de productos de limpieza detrás de los barrotes de su cama. Un par de botellas de plástico —de hipoclorito de sodio y de alcohol—, se encontraban almacenadas detrás de ella. La vecina y paciente de la cama 1 hacía uso de estas sustancias, pidiéndolas prestadas y devolviéndolas al instante. Entre bromas, como *mirá esta, a ver si no me lo devuelve*, y risas cómplices, se daba lugar el uso compartido de estos bienes considerados por los sujetos como de sumo valor en la vida cotidiana compartida, confluyendo en la necesidad de sanar, enfrentando colectivamente la falta de higiene en el hospital. De esta manera, estos bienes circulaban, si bien a partir de la identificación de los mismos con una propietaria, aunque ésta que jamás dudó en ponerlos en circulación en el interior del recinto de internación. La necesidad de recubrir el vínculo con bromas no es de obviar, denota una práctica cultural con sus valores y normas, que caracterizan a la red de reciprocidades.

Existían diferencias de naturaleza entre bienes traídos desde el exterior de la sala, con sus modos de circulación, y también se daban diferencias en la utilización y el consumo de bienes internos de la misma, aportados por la institución hospitalaria. Al respecto, una heladera era utilizada colectivamente sin más inconvenientes, pero las sillas de ruedas, ubicadas en la entrada de la sala, habían sido significadas particularmente, y a través de un proceso de apropiación habían sido marcadas por su uso singular por parte de los pacientes. Cuando la paciente de la cama 6, Rita, se dispuso a pasear con su marido por el hospital, hubo un instante en el cual tanto María como otras pacientes y algún que otro allegado de estas, debatieron en torno a cuál silla de ruedas era la que debía utilizar. Se apeló a la memoria colectiva del consumo de estos

bienes, tal o cual silla estaba siendo utilizada por la señora de la cama tal, por la anciana aquella, por esta otra paciente. De esta forma vemos que existe una diferenciación entre estos objetos que se ligan a pacientes en forma particular. Estos bienes, las sillas de ruedas, cubrían las necesidades de todas las presentes, su número no dificultaba su consumo equitativo, pero lo interesante es marcar que la diferenciación nuevamente tiene su fundamento en la aprehensión subjetiva, emocional, de tal o cual objeto, dentro del encierro de la internación hospitalaria. Las sillas a simple vista eran todas similares, pero ya estaban significadas y habían sido distribuidas por el uso dado a lo largo de los días, por la recurrencia de las pacientes en apropiárselas.

De este modo nos hacemos una idea cabal de la naturaleza de esta red de intercambios y de las reciprocidades que atraviesan la sala de internación. Las estrategias desarrolladas por los pacientes encuentran allí el terreno más poderoso, en todo sentido, tanto para afirmarse en él como para abrirse del mismo. La pista de despegue de las estrategias, esta red de acciones, posee sus distintos componentes que para nada se reducen a un campo simple de relaciones homogéneas. Se trata de las bases inevitables de toda estrategia, entendiendo base como el necesario entramado dentro del cual cualquier acción subjetiva encuentra su entorno más inmediato, su afuera concreto, tanto para extraer de él la materia prima como para dirigir en él los efectos buscados.

Existe así una red rizomática de relaciones de reciprocidad que también es presa de distintas formalizaciones instituidas, en distintos niveles y según los bienes puestos en juego, pero en ningún caso se supera el límite establecido por la subsistencia colectiva, que se impone en todo momento por lo acuciante de la realidad hospitalaria. Toda actitud de egoísmo es condenada, no se traspasa un umbral de consumo: la acumulación, como hemos visto, no tiene sentido alguno. Dentro de este espacio de intercambios así limitado, se redistribuyen

cierto tipo de bienes sin esperar a cambio una retribución, es una dimensión de dones y contra-dones que fortalece los lazos de la red más cotidiana e inmanente de estas experiencias vividas por sus participantes.

Entre estos bienes se encuentran principalmente los artículos de limpieza, problemática compartida que exige la acción de todos hacia un mismo objetivo, una misma tendencia de consumo integrado, ubicando su foco de intensidad en el baño. También en esta dimensión se encuentra el uso compartido de bienes como vasos, revistas, *taper* para guardar allí medicamentos o comida, la disposición de un televisor, una radio, en fin, artículos concernientes a las actividades rutinarias necesarias para pasar el tiempo dentro de las salas de una forma «entretenida» y dentro de una concepción de un orden particular que define «lo sucio» y «lo limpio» culturalmente. Como hemos visto, estos bienes tienen procedencias singulares, son propiedad de pacientes particulares que son abastecidos desde el exterior por sus allegados, pero no se duda en ponerlos a circular.

Luego existe una dimensión de intimidad en la cual los bienes no son puestos en circulación, y refiere particularmente a todo aquello ligado con el cuerpo, producto de una cultura que abarca fenómenos sociales externos al hospital que impacta sobre la situación de internación, vastamente analizada y común a toda la occidentalidad.

Después de establecer estos tres niveles diferenciados del intercambio de bienes: un límite que no permite bajo ningún sentido la acumulación, un espacio de distribución generalizado, y un nivel de intimidad exclusivo a la relación del sujeto consigo mismo; podemos cruzarlos con la procedencia de los mismos: del exterior, y del interior. Del interior proviene la alimentación, considerada por todos los involucrados como correcta, así como la asistencia formal y la limpieza, que era por entonces lo más conflictivo desde el punto de vista de los usuarios. Del exterior proviene todo lo demás. Lo que arti-

cula ambos mundos al respecto es el medicamento, tan preciado por todos los participantes, escaso para la institución médica, provisto por las Hermanas de la Caridad cuando lo consideraban necesario, en casos particulares. Ellas constituyen un capítulo específico en cuanto a las relaciones dentro de la sala. Lo esencial aquí es ubicar al medicamento donde en los hechos está: es el bien de mayor valor para los estrategas del Maciel por la necesidad de su consumo, por ser un recurso escaso, por la aceptación de su necesidad sin dudas al respecto, naturalidad instaurada en el marco de la medicalización social.

Como espacio de producción, la sala de internación además de consumir también genera bienes, riquezas que son lo más genuino y particular de los fenómenos aquí estudiados. Todo posee su registro material, no podemos oponer el hipoclorito de sodio a los relatos y anécdotas transmitidas. La circulación de las sustancias de limpieza, tiene un co-relato semiótico y cultural en lo que refiere a la concepción de lo limpio y lo sucio, lo que desencadena a su vez otros materiales puestos en circulación, y así sucesivamente. Existen por tanto experiencias culturales que conciernen a diferentes materias puestas en funcionamiento, en tránsito y transformación, y que desencadenan otras experiencias humanas que convocan a otras materias, y no un mundo dividido entre lo material y lo inmaterial.

Quizás en esta investigación sobre la creación de estrategias dentro de las salas de un hospital público esto sea más evidente por las circunstancias, por tratarse de un campo de interacción humana donde los recursos y bienes se perciben claramente una vez que ingresan. Pero esto vale para todo fenómeno, el plano de lo real es definido por la materia: la circulación de hipoclorito de sodio, pero esto sucede porque existen sentidos, como el de lo limpio, sustentados en deseos: alcanzar la salud, que hacen realidad la desinfección del baño de la sala, y que transforman por tanto la calidad de la vida compartida. En este mismo sentido, existen significados que

son puestos en circulación con los bienes materiales en lo que es el ámbito de las reciprocidades generalizadas: las anécdotas de estrategias de pacientes y allegados relatadas a otros pacientes, la construcción de la memoria colectiva, tan fugaz pero utilizada por los participantes, lo que se pone en circulación como bien común. Y es que como vimos no hay mediación casi, si se está presente en medio de una disputa o un diálogo cordial con algún funcionario, el resto de los que están presentes acceden al mismo directamente. Otras veces se relatan y narran estas experiencias a otros pacientes que no han sido testigos de las mismas, o porque ingresaron luego del acontecimiento, o porque el mismo se desarrolló fuera de la sala. Y aquí nuevamente se distinguen distintos niveles, que son los mismos antes señalados: no existe la acción de acumular experiencias sin transmitirlas guardándolas en el anonimato absoluto, pues ello no tiene ninguna utilidad; existe un campo de interacción donde circulan los saberes y los datos entre los participantes; y existe un ámbito íntimo en el cual sentidos y significados, que hacen a la más radical particularidad de cada sujeto, no son compartidos por el resto de la sala. Por lo general éstos últimos refieren a cuestiones externas a la internación, a lo que es la vida cotidiana fuera del hospital, pues lo que sucede entre las paredes del mismo cae en el espacio de distribución generalizada derivada del simple hecho de compartir las condiciones de internación de los cuerpos. Si se trata de un asunto íntimo, de un bien privado, se debe bajar la voz, hablar al oído, esperar el momento para no ser escuchado a propósito.

La señora obesa de la cama 1, además de compartir los postulados de lo limpio y lo sucio con María y otras pacientes, y accionar a favor de la higiene así concebida, desinfectando el baño y devolviendo luego la botella a su dueña —propietaria en tanto su allegado se la trajo desde el exterior—, también comparte los avatares de su salud, los adelantos y retrocesos. Mientras charlábamos al lado de la cama, podía ver cómo esta

señora se auto-analizaba midiendo el nivel de insulina presente en su cuerpo, con la ayuda de un pequeño aparato que funciona con una muestra de sangre introducida por una rendija. A los pocos minutos se acercaba a donde estábamos nosotros y nos manifestaba su felicidad. *Estoy hecha una pinturita, mirá*, y nos repetía lo que el aparato le había marcado. Festejábamos con alegría su estado, su posibilidad de sanar estimulaba a todos los presentes y ella era a su vez retribuida con nuestra alegría. De esta manera encontraba en la red más inmanente de la vida cotidiana un soporte donde expresarse y a la vez afectar al resto, tendiendo a la salud de todos. Luego de las ecografías realizadas, se enteró que la darían de alta porque ya se encontraba en buen estado según las autoridades médicas. *Me voy, que se vayan todos a la puta que los parió, me van a tener que bancar en casa, si quieren que me paguen un hogar de ancianos pero fino*, y reía con nosotros nuevamente, impregnando con su felicidad a todo aquél que la oyera y la percibiera.

En un promedio que oscila entre los 16 días de internación, en salas que albergan desde 2 o 3 a 10 sujetos a la vez, se convive y se genera una red de relaciones de intercambio de reciprocidades. Toda estrategia desarrollada por un paciente o un allegado a éste, pasa necesariamente por esta red, por sus cualidades que hemos tratado de distinguir en este capítulo. Se trata pues de una instancia poderosa, nadie escapa a ella. Pero su poder no es el de homogenizar, —aunque ello ocurra por supuesto como en toda reiteración e institucionalización de la experiencia en general—, sino que más bien el de posibilitar la subsistencia de todos los participantes, y es por eso que la institución hospitalaria no la combate, sino que convive con ella; en cierto sentido le otorga un derecho al cual no se opone, pues la necesidad de que se mantenga en pie la institución sanitaria con su funcionamiento es común a todos los involucrados.

Esta autonomía parcial de la red le confiere también su potencia, pues se configura como territorio en el cual el paciente establece sus reciprocidades con otro así valorado como próximo, frente a la administración formal del hospital. Esta red oscila entre las dinámicas micropolíticas y la producción de subjetividad más allá de éstas, en la dimensión de la redistribución generalizada en la cual no parece haber cabida para el interés, y menos para la acumulación. La diferencia entre el valor de uso y el valor de cambio, está pautada concretamente por la existencia de necesidades compartidas que exigen una urgencia ante la enfermedad —especialmente la higiene—, en un medio hospitalario que no satisface todas las demandas que el sujeto paciente internado requiere: lo que vale es lo útil para sanar, para pasar los días de encierro, para quedarse allí internado si ese es el deseo.

Como vimos, esto es tanto positivo como negativo, los sujetos así desarrollan una dinámica propia en el seno de la

institución total, lo que sería imposible si ésta controlara cada una de las actividades y consumos sin exclusión, es decir si funcionara en su plenitud. Esta red inmanente es, por tanto, portadora de posibles transformaciones, es la pista de despegue de todo estratega en el Maciel, y es también necesaria para el mantenimiento de la institución hospitalaria misma. Se impone pero requiere de energía para ello, para contener los casos que se escapan, como hemos visto, en los que algunos pacientes no pueden entablar un vínculo social apto para la convivencia en el encierro, nada fácil para muchos. Allí la red se tiñe de un carácter político, y es desbordado el campo de reciprocidades generalizadas concernientes a los valores compartidos en los que confluyen por lo general los pacientes y allegados.

María fue dada de alta cuando sus análisis concluyeron, a los 11 días de su ingreso. Como lo había deseado y por lo que había luchado, le fueron realizados los tres análisis correspondientes, pues, como dijimos, su diagnóstico era considerado claro tanto para los profesionales como para ella y su marido, por lo que de allí en más sus estrategias consistieron en avanzar en posibles tratamientos futuros luego de ser dada de alta. Según María, le es casi imposible moverse desde su casa en Playa Pascual para ir hasta el Maciel a hacerse tratar. Por esa razón abogó tanto para ser analizada en detalle y luego sí ser dada de alta, y no antes. Los vínculos generados en la sala de internación Bienhechores no se rompieron al terminar su internación. Su fuerte relación con las Hermanas de la Caridad, su presencia activa en la comunión del rezo efectuado por ella todos los días con las pacientes que así lo quisieron, propició una relación que se extendió más allá de la sala de internación, pues venía ya desde antes, desde sus formas subjetivas ancladas en la misma fe cristiana. No solo se intercambiaron teléfonos, sino que María volvió a su vida cotidiana llevando consigo 20 rosarios para repartir entre sus vecinos. También

quedaron planteados los vínculos con pacientes como Rita, que estaba a su lado en la cama 6, quien permaneció internada.

Mientras tanto, Carlos, su acompañante, desarrolló estrategias en la dimensión conflictiva del vínculo con los profesionales, con el sub-mundo de arriba, que implica como ya hemos visto, acontecimientos que convocan estrategias en los umbrales de tolerancia. Moviéndose cordialmente, no tuvo necesidad de plantear una crisis de los roles de los profesionales en un tire-y-afloje. Buscó en varias oportunidades a la doctora encargada de la sala para dialogar a solas con ella, y no lo consiguió. Por fin, al otro día de que María fuera dada de alta, tuvo que volver en busca de medicamentos, el bien más caro de todos. Allí se encontró con Rita, que le había consultado a una de las profesionales sobre algún medicamento sustituto del recetado para María, pues había quedado encargada de averiguar ese dato. En ese momento Carlos; Rita le comenta que le contestaron que no existían sustitutos, pero al preguntarle Carlos a otra profesional también presente en la visita de ese mediodía en la sala, ésta le dio un par de nombres de medicamentos más baratos que servían en el caso de su esposa. *La otra agachó la cabeza*, me dice Carlos, claro, quedó en evidencia frente a los pacientes y frente a la otra profesional. Este caso en concreto sigue abierto, pues Carlos concurre semanalmente a retirar algunos de los medicamentos al hospital, pero la internación de la paciente finaliza; retorna a su casa donde deberá realizar el menor esfuerzo posible para no alterar su delicado funcionamiento vascular y circulatorio, y esperar lo mejor desde una creencia muy firme. Habían sido partícipes de la construcción de una cotidianidad dentro de la sala, habían puesto bienes en circulación según deseos que se ponían así en obra. Evaluaron lo que el hospital les otorgaba según sus criterios y se movieron estratégicamente para conseguir el mejor estado de salud posible para María.

De todos los productos que esta red de intercambios y reciprocidades puede generar, —por debajo de la acumula-

ción, y por encima de la intimidad—, una especie de «terapéutica colectiva» es el que más nos llama la atención. Un saber intersubjetivo atraviesa todos los modos de subjetivación de quienes participan en estos procesos de salud-enfermedad. Producto del intercambio de experiencias y materias concernientes a necesidades y deseos puestos conjuntamente en juego, un acervo, una memoria muy endeble pero de rápida generación, un estado de salud más o menos difuso como meta común, surge «entre» las particularidades, sin llegar jamás a tomar una forma estable y concreta.

Es el bien producido que más tiene que ver con el propósito encomendado a la institución total, el tratamiento de la enfermedad de los sujetos a los que asiste. Decimos que es la pista de despegue de toda estrategia generada por el paciente, pues allí radica la posibilidad de su impulso, así como el marco donde puede tener efecto antes y después que en los profesionales, base inevitable en tanto red que sustenta la sobrevivencia y subsistencia en un plano de compartido encierro bajo las mismas condiciones.

III METODOLÓGICAS

11
LA VISIÓN ESTRATÉGICA EN LOS INTERSTICIOS HOSPITALARIOS

Cuando le planteaba mis objetivos al Dr. Carlos Guida, informante calificado seleccionado por su experiencia en el campo de la salud pública, él me decía acertadamente que yo mismo buscaba estrategias para acceder a los pacientes internados. Y es que allí es donde el objeto y el sujeto de una investigación antropológica se encuentran y se distancian, en el pliegue donde quedamos posicionados dentro del mundo que nos intriga conocer.

Metodológicamente hemos puesto a prueba las recomendaciones de Feyerabend, aquellas que conciben a la investigación como un proceso inesperado, que potencialmente nos pone ante lo desconocido, haciéndonos creadores de técnicas, elaboradores de procedimientos, de medios.[96] Todo aquello que la epistemología popperiana planteara, en Feyerabend está radicalizado y superado por una posición que pretende dar cuenta de la heterogeneidad de lo imprevisible.

El «ensayo-y-error» tan elemental, pero tan verdadero y valedero metodológicamente, es quitado de sus carriles, es

[96] Feyerabend, P. *Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento.* Planeta-Agostini, Buenos Aires, 1994.

descarrilado necesariamente, sacado de una sola vía posible. En esta investigación enmarcada en una institución total, que ha pretendido acceder en lo posible al universo de vivencias y representaciones en el campo de experiencias que allí configura una realidad singular, la necesidad de buscar, abrir y articular distintas vías de acceso ha sido fundamental.

Es sugerente plantearse el carácter de la contrastación desde esta práctica científica en particular. Un ejercicio del ensayo-y-error, debe ser capaz de acceder a lo nuevo del contexto de justificación, al cual recurrimos para contrastar una conjetura: lo imbricado que está con el contexto de descubrimiento ya no puede ser negado. Lo real emerge allí desde donde hemos podido también acceder a él, ser partícipes del mismo, estar sujetos a su producción. Como hemos visto, el distanciamiento es inseparable de la implicancia en tanto son extremos ideales de un mismo flujo, el del trabajo de campo.

Podríamos decir que se trata de una epistemología de los intersticios, la que ha motivado esta investigación, como práctica y desarrollo de reflexiones sobre dichas prácticas, pues para el trabajo de campo en toda institución total, la posibilidad de conocer el punto de vista del sujeto / objeto *de* la institución, es en sí mismo, una investigación. El punto de vista que requiere el desarrollo de un trabajo de campo nos hace buscar constantemente otras puertas, otras conexiones, otros canales, quizás como algún personaje de Kafka lo hiciera corriendo por pasillos administrativos, picaporte tras picaporte. Esta necesidad metodológica de tratar todo el tiempo de fugarnos de la malla reguladora instituida, no hubiera existido si no hubiéramos encontrado obstáculos. Esto es ya un dato de la realidad, desde la institución hospitalaria se tiene por supuesto previo que todo aquello que ponga bajo una mirada ajena la actividad allí desarrollada representa un peligro y debe también ser controlado, en lo posible, además, aislado y excluido.

La primera vía que trataremos aquí, la institucional, se transformó en un largo devenir profundamente conflictivo en

lo que hace al mundo médico, la administración pública y universitaria del hospital por entonces, una fuente riquísima de conocimiento y a la vez un largo y duro camino desde donde ir hacia el paciente. Anteriormente, en las primeras instancias de campo anteriores al 2002, había podido ingresar al hospital y sencillamente encontrarme con pacientes internados sentados de a 5 o 6, fuera de las salas, disfrutando de la mañana que se colaba por el patio abierto y lleno de vegetación. En el 2004 eso ya no era posible, las salas estaban y siguen siendo reducidas a un promedio de 4 o 5 pacientes, la duración de la internación se está tratando también de reducir en una tercera parte, y está prohibida y así se lo acata, la circulación de pacientes internados por los pasillos.

El allegado se convirtió así en un sujeto esencial en la investigación, nuevamente en el cruce de las necesidades metodológicas y las motivaciones teóricas. Apareció entonces una segunda vía luego de la mutación del campo de experiencia, la nueva política de la institución, que desde entonces transformó la vida cotidiana en el hospital Maciel. A los allegados se los conceptualizó de otra manera, lo que quiere decir que se buscaron otros puntos de vista para, graduando la creencia, valorar todo lo que implicaban a los efectos de la investigación, pues en los hechos, eran ahora de quienes más dependían los pacientes internados, eran el contacto entre el mundo interior y exterior, no solo del hospital sino de la mismísima sala.

El allegado, en todas sus variantes, desde el casi ausente hasta el insistente sin cansancio, representa y es efectivamente un nexo que el paciente internado posee —además de los existentes sobre sí-mismo o interiorizados— con lo externo a la condición central de su realidad presente, con todo aquello que integra la vida y que puede deslindarse de las condiciones a las que se enfrenta en el momento de la internación. Esas condiciones presentes van desde la vivencia de la enfermedad a la vivencia de la institucionalización de la misma a través del

hospital. Es interesante y es necesario conocer el punto de vista desde donde el allegado se posiciona con respecto a estos fenómenos, cuáles son sus acciones y sus estrategias, teniendo virtualmente mayor posibilidad de enfrentarse a las carencias o a los abusos frente a una situación en la cual el paciente internado se encuentra en una relación de dependencia, ante lo cual no puede hacer nada. Prácticamente, esta tarea significó todo un nuevo ejercicio en el campo, en el patio, en los pasillos, consistente en salir a la pesca del dato, entrometiéndonos, ir al encuentro de un diálogo posible y allí instaurar una escucha activa gracias a una actitud de comprensión crítica —corte y extracción—, instalando un clima emocional para el diálogo y la escucha de lo que cada sujeto tenía para hacernos oír y sentir. Esto implica experiencias riquísimas en su valor para el conocimiento de la creación de estrategias, logradas a partir de entrevistas y observaciones participantes, así como rebotes y situaciones difíciles donde uno se siente expulsado del campo. Recordemos que para extraer hay que cortar, que la inmersión en los fenómenos está en constante negociación.

Además de estas dos vías desarrollándose a la vez, teniendo las experiencias previas con los propios pacientes en los pasillos, ahora un hecho imposible en la realidad hospitalaria local, la investigación siguió estando tensionada por un deseo de encontrar más vías de acceso a los pacientes internados. Dichas vías existían, y fue una de ellas, la más intersubjetiva en relación al investigador, la que posibilitaría el ingreso a una de las salas de internación. A través de un contacto social, ingresaba ahora como allegado, junto a un acompañante de una paciente. Gracias a una amiga íntima, supe que la esposa del portero de su edificio estaba internada en el Maciel, le planteé mis objetivos a éste y mi trabajo hasta el momento, y gustosamente nos encontramos en el hospital. Pude realizar así un seguimiento dentro de esta sala a lo largo de toda la internación de la paciente. Esto involucró mi subjetividad como nunca hasta el momento, cuando se sigue el desarrollo de

la internación de pacientes que así mantienen un vínculo con uno, y sin quererlo, se experimenta el deseo de que se recuperen y que no suceda nada que perturbe este proceso en los mismos. La presencia dentro de la sala de internación tampoco es sencilla, por el grado de intimidad que se experimenta, por la imposibilidad de pasar desapercibido, porque se debe intentar establecer contacto con todos los presentes, tieniendo en cuenta las diferencias de todo tipo. Allí coinciden desde el marido de una paciente hasta el grupo de estudiantes y profesionales que observan al investigador tomar nota y entrevistar a una de sus pacientes delante de ellos, un proceso de objetivación diferente al de la medicina, en su mismo espacio hegemónico del ejercicio profesional y de creación de conocimiento. Por último, fue fundamental también el poder entrevistar y así conocer a quienes han estado internados en el hospital, en un diálogo fuera de la internación en el que se habilitan otras cuestiones que allí mismo no son enunciadas, quizás por la presión de los hechos, por la situación misma.

La acción es estrategia y no otra cosa para Morin.[97] La acción implica una decisión inicial, imaginar escenarios posibles y transformables, apreciar y hacer legible el entorno para de allí conseguir información de lo aleatorio, de las perturbaciones claramente amplificadas en momentos de crisis institucional, como la vivida principalmente entre 2001-2003. Un estratega es quien logra sacar ventajas de su adversario. El azar es negativo y positivo a la vez, es la suerte a ser aprovechada; por eso es sustancial acceder a los mecanismos que hacen posible la objetivación de las condiciones que subjetivamente experimentan los internados. Este sacar provecho es la jugada del sujeto en su campo de acción; una jugada antropológica, de uso y creación de cultura. Como aclaró Wittgenstein, un investigador debe interesarse más por las jugadas que por las

[97] Morin, E. «La complejidad y la acción», en *Introducción al pensamiento complejo*, Gedisa, Barcelona, 1997, p. 113.

reglas; pues éstas no existen si no se las utiliza, y la creatividad, el gesto humano, el fenómeno antropológico por excelencia, radica en la acción, en cómo ciertas reglas se hacen realidad o se rompe con éstas para inventar otras nuevas.

No se ha tratado de conocer las intenciones que mueven a los sujetos desde una interioridad imposible de acceder, tanto para el investigador como para el propio paciente internado. Los sentidos se encuentran fuera de los umbrales de reflexión, de los horizontes de comprensión, y por tanto, debemos movernos con significados y no con sentidos directamente, pero en vez de abandonarlos, podemos intuirlos, divisarlos. La cultura es justamente una forma de mediación (significados) humana frente a la complejidad de su existencia (sentidos). Esta distinción es la que han establecido tanto Freud, entre niveles pre-reflexivo y reflexivo, y Ricoeur, entre sentido y significado.[98] Tanto los sujetos que participan cotidianamente del campo de experiencias del hospital Maciel, como este sujeto cognoscente que se propuso allí una investigación de corte antropológico sobre la subjetividad, experimentan la hospitalización desde un punto de vista estratégico, que los pone en un mismo universo existencial: aquél en el que ha tenido lugar el trabajo de campo, la participación dentro de los fenómenos.

Para el investigador, las estrategias conciernen a la producción de conocimiento y no, en este caso, a la búsqueda de la salud desde una cama del hospital. La posibilidad de entrar y salir-se del campo de experiencias del hospital Maciel, es la posibilidad de encontrar vías de acceso que nos permitan mantener el distanciamiento requerido para la graduación de la creencia que el flujo de extrañamiento—familiarización nos permite calibrar. Estrategias pues para desarrollar una indagación desde un punto de vista en particular —como todo suje-

[98] Crespi, F. *Acontecimiento y estructura. Por una teoría del cambio social.* Nueva Visión, Buenos Aires, 1997.

to—, construcción de conocimiento sobre los conocimientos de los otros sujetos. Para acceder a ellos hay que ser también, en cierto modo, un estratega más.

IV CONCLUSIONES

12
LA SALUD DE UNA SOCIEDAD EN ESTADO DE INDIGENCIA

Entrevista con Carlos Guida

C.: _ Ya desde la época de Aristóteles se planteaba… como una salud para los ricos y una salud para los pobres. Y la salud para los ricos, para los pudientes, allá en Grecia si no me acuerdo mal tenía que ver también con la posibilidad de filosofar con el otro. Es decir, alma y cuerpo integrados y… la cura viene por el habla. Yo creo que también hay como una cuestión de transición... que describen Barrán y otros autores, de la transferencia del poder de lo eclesiástico, en el proceso de secularización hacia los médicos... Yo creo que en la medida en que Dios va muriendo, y la vida va tomando valor, lo que más nos aleja de la muerte es quizás lo que vale más, la juventud, el estado de salud... todo además interpelado por clase, género, etnia, todas las combinaciones que queramos...
Creo que hay, diferentes mundos, está el mundo del sector público, la medicina para pobres. El paciente, el proceso de transformación en el paciente, de no ser agente de tu propia salud, de que te expropien el cuerpo, de que el cuerpo sea público... observado, y controlado en la sala de 3 o 4... Y entonces conviven esas cuestiones es decir, un contexto muy particular, de desocupación, de crisis del Mutualismo, de crisis de los paradigmas de la salud, de crisis personales a partir de la sobre-exigencia de trabajar en 4, 5 lugares; convive eso con los discursos de lo integral, convive con 'la salud es un estado de armonía', con el medio, lo social, pero después en el momento, termina siendo la ultra-especialidad lo que permite acceder al campo laboral... el médico general está muy devaluado. Y el sector público y lo comunitario sobre todo, está más que devaluado, no forma parte de ese estatus...

Retrato de Francisco Antonio Maciel (1757-1807), luciendo el emblema de la Hermandad de la Caridad de San José fundada en 1775. En Lockhart, J. *Historia del hospital Maciel.* Ed. de Revistas, Montevideo, 1982, p. 16.

I

El proyecto foucaultiano de construir una genealogía de la verdad —en este caso médica—, ya ha sido emprendido en profundidad desde múltiples investigaciones. Para la sociedad uruguaya, Barrán ha tomado esta ardua tarea de archivista, de buscador de procedencias según líneas que se pierden y vuelven a recomenzar en alguna otra parte y momento, siempre en devenir, en un eterno retorno de lo nuevo. Y es que nuestro campo de experiencias, el hospital Maciel, posee una larga historia inscrita no sólo dentro de sus paredes, sino en la totalidad de la sociedad uruguaya, en tanto primer hospital, y en la actualidad en funcionamiento, vivo, en el fondo de la

Península, en *la capital de la capital*.[99] El desarrollo de la sociedad pasa por la historia de este hospital, la misma genealogía que impregna el presente que hoy viven los pacientes internados. Estrategas del Maciel fueron esclavas negras cuando se llamaba de la Caridad, extranjeros caídos en desgracia, locos encadenados y abandonados en galpones comunes, huérfanos y vagabundos, prisioneros cumpliendo sus condenas... En fin, tanto en sus orígenes como en el desarrollo de la modernidad, y posteriormente en la crisis social de aquél modelo montado a principios del siglo XXI, los estrategas del Maciel han sido y parece que seguirán siendo los identificados como *pobres*.

Uno de los principales hilos que van configurando la presencia de las condiciones en que nos encontramos hoy día, es esta cualidad que define el carácter de la institución total, su lugar en la producción y reproducción social desde el control y manipulación de los cuerpos, y desde allí, de toda la subjetividad, de las formas de ser adoptadas y modeladoras de lo humano en la sociedad. El hospital ha servido a los pobres, pero también los ha generado, tanto por sus propias acciones, como por la coordinación con las prácticas de las demás instituciones que en un mismo proceso formalizan lo social hacia un mismo modelo, de salud, de educación, de trabajo... en definitiva, de ser humano. Es necesario por tanto, observar el campo de experiencias de los pacientes internados como producto genealógico, entramado necesariamente con la genealogía de sus propios modos de subjetivación: el hospital acompañando los cambios en los rasgos culturales de las formas de ser sujeto en las diferentes simultaneidades por la que atraviesan sus usuarios, un mismo devenir que produce lo real incluyendo la institución sanitaria y el sujeto asistido en un mismo campo de experiencias así historizado.

El Maciel ha sido un hospital para un mismo tipo de subjetividades, aunque otras transformaciones estén modifi-

[99] Ver capítulo 4: Un hospital en *la capital de la capital*.

cando esto, como la irrupción de la clase media en descenso cuando los momentos más duros de la crisis de 2002, y por último las nuevas posibilidades de elección relativa a los cambios del sistema sanitario a partir de 2007. Esto es sustancial para llegar a comprender el grado de intensidad de estos fenómenos aquí investigados, el grado de realidad que poseen las cualidades que hemos presentado, las formas culturales de otorgarle sentido a la salud y la enfermedad y la manera de tratarlas, la existencia misma de los estrategas del Maciel, en tanto emergentes de un largo devenir de procesos de todo tipo pero conjuntos e irreversibles.

En 1788 se funda el hospital de Caridad en el marco de lo que se denomina la «difusión del poder de curar». 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 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.»[100]

[100] Chavarría, V. - Eiraldi, I. - Toyos, M. – Wolf, G. «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, 1996, p. 153.

Ese es el primer estrato genealógico en el devenir de este campo de experiencias, el hospital emerge a partir de la hegemonía de la institución religiosa que se hacía cargo de la asistencia. Según el Dr. Lockhart, quien a mi entender realiza una historia un poco de anticuario y con un gesto de *diletanti*, la invención de este hospital, «se la debemos a individuos de alta sociedad poderosos económicamente, terratenientes, esclavistas, que ceden parte de su dinero y su tiempo (entre ellos Maciel) a una obra que hasta ese momento no existía».[101] En 1825 se construye la primera parte de lo que hoy conocemos del hospital, y a lo largo de ese siglo se van sumando terrenos aledaños hasta cubrir toda la manzana que hoy ocupa y que ya ha sido descrita. Como vemos, confluye la institución religiosa con la naciente burguesía local, configurando el primer espacio formal donde intervenir al resto de la población catalogada de pobre e indigente.

A lo largo del siglo XIX, luego de las sucesivas revoluciones y guerras civiles, y de emprendido el primer proceso de modernización en la sociedad uruguaya, se va implementando la secularización de las instituciones, teniendo en el campo de la salud justamente la presencia del más impetuoso y enérgico de los influjos modernos: el de la medicina. El carácter religioso de la institución hospitalaria va perdiendo hegemonía frente a la emergencia de la figura del médico y su nueva mirada objetivante, pasando a tener acceso a los pacientes. «La Comisión de Caridad y Beneficencia Pública comenzó hacia 1890 a franquear las salas con cierta liberalidad a profesores y estudiantes de la Facultad de Medicina y a proveerlos de cadáveres para el estudio.»[102]

Para principios del siglo XX, en plena emergencia del batllismo como experiencia social generadora de una nueva matriz, en el influjo de los ideales de la modernidad que se

[101] Lockhart, J., en Chavarría, V. - Eiraldi, I. - Toyos, M. – Wolf, G., *op. cit*.
[102] *Ídem*.

implantaba modélicamente en la cultura heterogénea y «bárbara» de aquél momento, surge 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 más. 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 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».

> «En el Uruguay del Novecientos la uniformidad cultural no existía. El medio rural y los sectores populares urbanos... tenían sus maneras de ser propias. Muchas de ellas eran condenadas por el higienismo médico por impulsoras de la enfermedad, otras por el patronato y el Estado por generadoras de diversas conductas 'anarquistas'. En el Novecientos todavía estaban vivas; de ahí que la función del poder médico como uniformizador cultural fuera mayor a la que hoy en día tiene, al haber triunfado la actitud que él predicaba... Para el pobre, ingresar al hospital era, también, enfrentarse al mundo de los enemigos, porque era el mundo de los negadores de su forma de ser... El tiempo vivido por los pobres en el hospital podría ser el de la recuperación de la salud o el encuentro con la muerte, pero siempre era, sin duda, el tiempo del desprecio.»[103]

La situación se aceleró a partir de la ley de 1909 sobre Asistencia Pública Nacional, y del debate de las autoridades «familia / hospital» que tuvo lugar entonces en el círculo médico-político y del cual salió victorioso el segundo. Luego se mantuvo el desarrollo de la medicalización según estos pará-

[103] Barrán, P. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 2. La ortopedia de los pobres*. Banda Oriental, Montevideo, 1993, pp. 21-22.

metros, previo a la crisis social y cultural que emerge en la mitad del siglo XX. Para entonces, la sociedad uruguaya era radicalmente diferente a lo que había sido previo al comienzo del siglo.

Ingresos al hospital Maciel
Fuentes: MSP y otros
INE

1865	2.981
1870	5.006
1876	4.728
1879	4.225
1885	3.793
1890	6.379
1895	4.209
1900	6.732
1906	9.536
1911	10.225
1916	10.703
1921	11.603
1922	10.791
1923	9.222
1925	9.745
1931	9.108
1935	8.053
1939	9.227
1944	10.800

No existen datos
entre 1945-1979

1980	5.771
1984	4.826
1989	4.863
1994	9.536
1999	7.021

Todavía hoy, podemos encontrar los rasgos más significativos que tuvieron su emergencia en esta modernización paradigmática en la consolidación del hospital como «tecnología moderna» en la sociedad uruguaya, siguiendo los modelos

europeos surgidos bastante antes, desde el siglo XVIII.[104] Tales rasgos reaparecen tanto en la conformación de las instituciones sanitarias estatales como en los modos de subjetivación de los llamados uruguayos, y en particular en los de quienes están identificados socialmente como los pobres, los usuarios *tradicionales* del hospital público.

Un hecho esencial también dado en este estrato genealógico, fue la creación y consolidación del sistema mutual y del mutualismo como campo, el llamado desde entonces y hasta el 2007 sub-sector privado. A partir de allí, los médicos, además de los vectores de subjetivación que venían siendo sus constituyentes —prestigio y estatus social, alto capital cultural, promotores del Positivismo—, se configuran como trabajadores al ser codificados por el mercado, al ser considerados como asalariados por los propietarios de los nacientes servicios privados de salud, y en especial cuando, posteriormente, configuren instituciones sindicales para defender sus derechos como el resto de los trabajadores.

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

[104] «Es así como llega a afirmarse, en el período de 1780-1790 [para Francia y Europa Occidental] la formación normativa del médico en el hospital... La clínica aparece como dimensión esencial del hospital... como lugar de capacitación y transmisión de saber. Pero sucede también que, con la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario, que permite curar así como registrar, capacitar y acumular conocimientos, la medicina ofrece como objeto de observación un inmenso campo, limitado por un lado por el individuo y por el otro por la población. Con la aplicación de la disciplina del espacio médico y por el hecho de que se puede aislar a cada individuo, instalarlo en una cama, prescribirle un régimen, etc., se pretende llegar a una medicina individualizante. En efecto, es el individuo el que será observado, vigilado, conocido y curado... medicina tanto del individuo como de la población.» Foucault, M. *La vida de los hombres infames*. La Piqueta, Madrid, 1990, pp. 172-173.

colapso operacional. Podríamos caracterizar este estrato como una disgregación del anterior, pues al tratarse del pasado reciente, el proceso todavía no ha decantado; podemos rastrear la crisis social desde mediados del siglo XX en adelante. Pero existen algunos rasgos que marcan la diferencia histórica, y el modelo asistencial que toma como matriz a la organización empresarial fue claramente uno de ellos. 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 estrato anterior. Pero en esencia se trató del destino de la política neo-liberal 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.

Tuvimos acceso, —aunque bastante restringido por supuesto—, a varios discursos pertenecientes a la misma dimensión de la asistencia en el hospital Maciel, en el contexto de la crisis asistencial y social en general. Podemos hacer el intento por conocer las matrices de pensamiento y los rasgos presentes de la genealogía antes esbozada, el estado de la coyuntura en lo concerniente a la subjetividad médica encargada de la administración de la salud del lugar por entonces. Esta subjetividad, culturalmente conformada por los sectores medios de la sociedad, se encontraba posicionada en un rol no poco conflictivo, entre el desborde de una población en aumento y sin los recursos necesarios, y la responsabilidad de mantener la asistencia y funcionamiento del hospital, la cobertura concretamente, exigencia tanto de autoridades estatales como del conjunto de quienes lo necesitan.

La medicalización se siguió dando en forma ambulatoria, pero parcial, según se lamentaba la doctora responsable de Clínica X en entrevista, mientras argumentaba sobre la principal característica de los pacientes del Maciel desde su punto de vista: *la pobreza*. En sus 12 años en el hospital, nunca antes había visto tal cantidad de sujetos viviendo en las calles como entonces. Sobre la práctica médica, no veía diferencias entre los sub-sectores público y privado de entonces, pues para ella y sus colegas era lo mismo trabajar en uno u otro.

La diferencia radicaba, según sus palabras y desde su punto de vista, *en* el paciente, según nos dijo, en que los del Maciel no poseían los recursos necesarios para asegurar el seguimiento posterior a la internación. Los problemas, por tanto, pasan por la medicación, —que escasean desde hace años, y donde las muestras gratis de los laboratorios son estrategias ya en uso hace más de una década—, y por la carencia, por la imposibilidad por parte del paciente de costear, en los hechos, el servicio no gratuito.

Desde la agudización de la crisis asistencial y social, no hay sala del hospital que no esté asignada a la Facultad de Medicina y sus profesores, convirtiendo al hospital en un campo enteramente universitario en lo que hace a la práctica asistencial. Integrando la totalidad de la realidad vivida en el hospital, la doctora también nos plantea la necesidad de pensar al Maciel tomando en cuenta otros hospitales específicos, siendo partícipe del mismo imaginario que hemos estudiado, aquél que recubre todo el campo de experiencias, incluyendo a pacientes y funcionarios.[105] El hospital Pasteur parece ser nuevamente el principal ejemplo a tomar siempre en cuenta en comparaciones y deducciones, analogías y explicaciones. Tan próximo antropológicamente al Maciel, de semejantes dimensiones, ubicado hacia la zona noreste de Montevideo, asistiendo también a una población de bajos recursos y compartidos

[105] Ver capítulo 9: Territorios de la internación.

modos de subjetivación con hábitos tan visibles, el Pasteur no vive una misma realidad institucional: la presencia universitaria, aunque es importante, no cubre la totalidad de la práctica médica en su conjunto —asistencia, docencia, e investigación—, como sucede en el Maciel.

La presencia universitaria en el hospital Maciel posee una larga genealogía. La Facultad de Medicina, fundada en 1876, no podía tener su destino signado al margen del más antiguo e importante hospital en la historia de Montevideo y de toda la sociedad uruguaya. En esos tiempos ya era estatal, antes había sido colonial. Y hasta la construcción del universitario hospital de Clínicas, en los modernos años 1930, culminada la obra en la década de 1950, la enseñanza de la medicina estaba supeditada a las instituciones sanitarias estatales. La crítica situación social centrada en 2001-2003, llevó a que en el Maciel fuera la práctica de la enseñanza médica la encargada de la totalidad de la asistencia en las salas de internación, y progresivamente también de distintos servicios como los brindados en las policlínicas a nivel de consultorios.

En tres momentos genealógicos, primero tenemos al hospital en manos de la Iglesia y de comerciantes particulares asociados en la beneficencia y la filantropía. Luego la estatización de la salud a principios del siglo XX por parte del Estado Benefactor batllista, ya con la presencia universitaria desde unas décadas antes, lo que facilitó la transición. Luego de transcurrido el siglo XX nos encontramos con que la crisis institucional del Estado en su conjunto —y de la cobertura de la salud en particular— puso en manos de la institución educativa el manejo cotidiano de la asistencia pública. Las Hermanas de la Caridad poseen una presencia importante. Es lo único que queda del primer estrato genealógico; viven allí mismo, en el tercer piso, se encargan del rezo del rosario en la Capilla diariamente y en asistir a diferentes pacientes internados. Todas son enfermeras de profesión, además de religiosas, y como hemos visto en el estudio de caso de la sala Bienhechores de

mujeres,[106] inciden directamente en la vida de los pacientes internados, ejerciendo desde el rol de allegadas momentáneas hasta el de dispensadoras de medicamentos, el bien más preciado por todos los involucrados.

> «Aún hoy su presencia impone un gran respeto y sus funciones son bien precisas, no sólo se dedican a la evangelización y acompañamiento espiritual de los pacientes sino que las propias condiciones del hospital hacen que éstas desarrollen otras tareas como ser la administración de los medicamentos, ropa de cama y la asistencia a los internados, tarea que comparten con las enfermeras supliendo así la falta de personal. Sin embargo en estas tareas suelen haber ciertos inconvenientes ya que las enfermeras deben pedir a las monjas los medicamentos cuando éstos no están en la sala y en ocasiones ellas no se encuentran en el hospital, lo cual genera dificultades en la práctica médica y pequeños inconvenientes en la relación.»[107]

En el imaginario de quienes practican la medicina y viven de ella, el Maciel recuerda los primeros momentos de las primeras prácticas con pacientes. En un diálogo con dos enfermeras, ex funcionarias de este hospital, y entonces trabajadoras del hospital Italiano —donde se mezclaban entonces los sub-sectores público y privado del campo sanitario—, las experiencias en torno al Maciel habían sido más que significativas en sus respectivas trayectorias de vida. Los años de juventud eran recordados con cierto cariño, pero junto a las huellas de acontecimientos desagradables referidos a los sujetos pacientes internados, a su carácter de indigencia culturalmente significado, al asco y la suciedad que les despertaban desde sus sensibilidades particulares, productos de formas de ser que como hemos visto se hunden en un pasado no tan reciente, lo que le confiere la solidez que aún tiene.

---

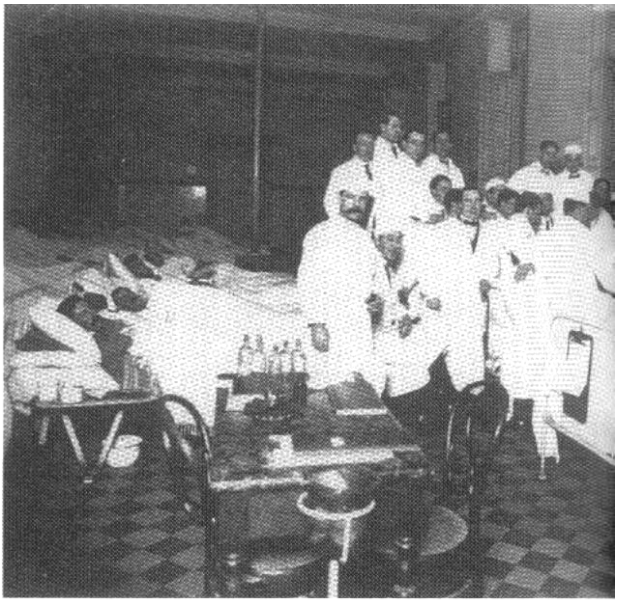
[106] *Ídem.*

[107] Chavarría, V. - Eiraldi, I. - Toyos, M. – Wolf, G. «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, 1996, pp. 160-161.

De esta forma, vemos al hospital Maciel, en el cual hemos realizado esta investigación, como campo de experiencias donde sus cualidades no han surgido de la nada, poseen sus líneas genealógicas concretas, sus matrices de producción de subjetividad que configuran a todos sus participantes, desde profesionales de la salud hasta monjas herederas de una sociedad pre-moderna, conviviendo en un mismo presente.

Quizás en el discurso del Dr. R., entonces presidente del Comité de Ética del hospital y responsable de los 500 practicantes de la Facultad, encontremos más explícitamente la construcción de identidad y por tanto la valoración que el cuerpo médico ha elaborado sobre el paciente.[108] La división dualista del campo de experiencias a la que hemos también hecho referencia a lo largo de esta investigación, sigue en pie, y la última crisis de la institución total abrió la brecha para transformaciones al respecto. Pero los valores culturales poseen un grado de solidez más que considerable: los pobres siguen siendo, aún hoy día, catalogados de formas muy variadas y en diferentes grados, de *ignorantes, incultos, sucios* e *irrespetuosos*. Más aún, los modelos neoliberales aplicados, que incluyeron el reciclaje y la mutación de las salas de internación, tanto en el espacio como en el período de estadía del paciente, y la atención en su totalidad, no hicieron otra cosa que afirmar esta falta de diálogo entre quienes padecen las enfermedades y quienes se encargan de combatirlas. Esto tiene como resultado inmediato el aumento de situaciones de conflicto cultural, de enfrentamiento de valores, en un contexto en el cual el hospital como tecnología, lo público como campo social, el saber médico como hegemónico en el tratamiento del cuerpo y sus afecciones, no funcionaba más que en forma defectuosa.

[108] Ver capítulo 3: Extrañamiento y graduación de la creencia. Crónica de una búsqueda.



II

La salud de los uruguayos desde el propio punto de vista médico-demográfico, —donde el objeto desde allí es construido a partir de indicadores como ser: la tasa de mortalidad infantil, la estructura de mortalidad por causas, la esperanza de vida al nacer, y la estructura de morbilidad—, nos da una idea de cómo se encontraba entonces y se encuentra el «cuerpo social», y cómo desde este punto de vista se planteó la necesidad de reformular el sistema asistencial. Dicho sistema, vigente hasta 2007 –el que había sobrevivido la crisis institucional centrada entre 2001-2003–, no era coherente ni siquiera con lo que la epidemiología planteaba, en tanto ciencia médica.

Luego de una fase de ascenso demográfico y de la calidad de vida, que concuerda con los inicios de nuestro segundo

estrato genealógico —a principios de siglo XX hasta los años 1930 bajo los efectos socioculturales del batllismo—, la población del Uruguay se comportaba de forma semejante a las sociedades europeas y norteamericanas. A partir de los años 1950, comienza a sentirse el efecto de la inadecuación entre la realidad y los planes sanitarios, hasta desembocar en un proceso de crisis asistencial acentuado con el cambio de siglo que da lugar al tercer estrato, con un marco epidemiológico nuevo y una asistencia social incapaz de resolver los problemas planteados. La genealogía de un hospital como el Maciel, en lo referente a los usuarios del mismo, es producto tanto de la política sanitaria llevada adelante como de su interrelación con las características atendidas por tal política, es decir, la genealogía de la salud de los usuarios, sus patologías, su epidemiología definida desde el saber médico, historia de las afecciones y enfermedades del cuerpo social. Al respecto, lo que nos interesa destacar es el tipo de causas por las cuales los sujetos se internan en las salas públicas desde el punto de vista de sus afecciones interpretadas médicamente, para obtener finalmente una visión holística sobre los seres humanos como entidades bio-psico-sociales, involucrados en un proceso de salud-enfermedad como el que hemos investigado.[109]

Los estudios epidemiológicos no suelen contar —como los antropológicos— con el punto de vista del paciente, pero igualmente ocupan un lugar central en los procesos aquí analizados, por las siguientes razones. En primer lugar, las enfermedades definen el destino de los estrategas del Maciel en tanto cada uno posee una vivencia y una representación de la misma cualitativamente diferenciada según los modos de subjetivación que las padecen o con las que aprenden a convivir, otorgándoles diferentes sentidos y en consecuencia, actuando estratégicamente desde éstos, movilizando diferentes componentes culturales en busca de una salud singular. En segundo

[109] Ver capítulo 1: Antropología y salud: el uso del conocimiento.

lugar, como hemos visto, estas prácticas jamás escapan a la matriz cultural de la disciplina médica extendida a lo largo de la sociedad, por lo que estas consideraciones no se oponen a las de los sujetos internados. La concepción médica se inserta en la búsqueda de sentidos singulares y define el marco hegemónico de referencia en la semiosis, en la construcción de significados culturales, dinámica a la que nos hemos dedicado especialmente.[110]

> «En el territorio del Uruguay, los núcleos de población (de origen europeo) mantenían frecuente contacto y tenían amplia disponibilidad de alimentos (sobre todo proteínas animales, sustrato de la inmunidad biológica). Los anofelinos existentes no desarrollaron antropofilia frente a la abundancia del ganado. El Aedes llegó hasta estas tierras y la fiebre amarilla pudo así impactar en la mortalidad de 1857 y en 1872, el cólera visitó el Uruguay durante la quinta pandemia, en 1867-1868. Sin embargo, la mortalidad de mediados del siglo XIX era en estas tierras análoga a la de muchos países europeos y su descenso en la segunda mitad de ese siglo tuvo una velocidad parecida y causas similares: mejoramiento de la higiene pública y privada y de la educación masiva, procedimientos de salud pública como la vacunación antivariólica, mejoramiento de la situación económica y social. A fines del siglo XIX alrededor del 40% de las defunciones comprendían a menores de 5 años y alrededor de un cuarto de menores de un año. Casi un 40% de las muertes obedecían a enfermedades infecciosas, en tanto las enfermedades cardiovasculares originaban menos de 10% y los tumores malignos menos de 5% (debe tenerse en cuenta que las mal definidas representaban casi un 15% del total). Desde 1915 la proporción de muertes por causas infecciosas declinó constante y velozmente hasta reducirse a un 5% en 1965 y continuar luego descendiendo lentamente. Los fallecidos de menores de 5 años representaron porcentajes cada vez más bajos, hasta el 3,5-4% actual. La proporción representada por las enfermedades cardiovasculares era, en 1945, del 20% y del 40% en la actualidad; la de tumores malignos, 10% en 1935, 15% en 1945 y poco más de 20% en la actualidad. Desde 1975 la estructura por causas parece haberse estabilizado y no ha comenzado aún el des-

[110] Ver capítulo 5: Vivencia y representación de la enfermedad.

censo de mortalidad en edades avanzadas que caracteriza a la fase de enfermedades degenerativas demoradas.»[111]

De esta forma vemos que son las enfermedades cardiovasculares las de mayor incidencia, seguidas por los tumores malignos, los casos de infecciones, y por debajo, el resto de las enfermedades y accidentes. Esta jerarquía se ha sostenido, notándose una considerable baja de las defunciones por las primeras, las enfermedades vasculares.[112] En los casos que hemos estudiado en profundidad a largo del trabajo de campo, tanto en las salas de internación como en pasillos del hospital, nos hemos encontrado con un panorama similar. Lo sustancial para nuestro punto de vista es la articulación de la enfermedad con la subjetividad a la que impacta y moldea, las modificaciones en las formas de ser y las posibilidades de actuar en consecuencia. Nos vamos del campo de experiencias del hospital dejando en claro su dimensión cuantificable dentro del flujo de uruguayos que hemos considerado dentro de la asistencia pública.[113]

[111] Veronelli, A. et. alt. *La salud de los uruguayos. Cambios y perspectivas*. Nordan-Comunidad, Montevideo, 1994, pp. 42-43.
[112] «Principales causas de muerte según año. Período 1900-2002», en Instituto Nacional de Estadísticas. *Uruguay. Anuarios Estadísticos*. INE-ROU, Montevideo, 2003.
[113] Ver capítulo 2: La salud pública uruguaya ente 2001-2003.

Indicadores de Actividad Asistencial en el hospital Maciel, año 1999 (último disponible hasta 2008 para el período investigado)

Prom. diario de camas disponibles	318
Prom. diario de hospitalidad	310,0
Porc. Ocupacional	97,5 %
Número de ingresos	7.021
Número de egresos	6.935
Altas	6.012
Defunciones	923
Tasa de mortalidad	13,3 %
Promedio diario de:	
Ingresos	19,2
Egresos	19,0
Giro promedio de camas	21,8
Total de pacientes-día (hospitalidades)	113.141
Promedio de días de Estadía	16,3

INE.
Fuentes: Ministerio de Salud Pública.

III

De esta forma hemos tratado de conocer las experiencias de quienes pasan por las camas de internación en el Maciel,[114] buscando sentidos, elaborando significados, desarrollando acciones en su lucha por la vida y la salud ante la enfermedad y su padecimiento. El campo de experiencias del hospital es un campo de prácticas culturales vivo, en proceso, que no cesa de transformarse; con un flujo de circulación de más del 20% de sus participantes en un período promedio de 16 días a fines de milenio, y de 11 aproximadamente en 2006, y de 8 en 2007, si aceptamos los índices generales para todos los establecimientos públicos del Departamento de Montevideo,

[114] No se cuenta con índices de funcionamiento específicos del hospital después de 1999. Desde 2007 las nuevas autoridades hospitalarias han emprendido el proyecto *OpenSurce* de la creación de una base de datos *OpenSIH* (Sistema de Información Hospitalaria), en el marco de la nueva política asistencial en la que estamos actualmente inmersos. Ver Hospital Maciel: www.hmaciel.gub.uy.

máxima información específica disponible.[115] Hemos intentado construir un conocimiento antropológico al respecto, un conocimiento que nos permita acceder a la manera y forma en que sujetos con modos de ser concretos se encuentran hospitalizados en este particular sitio, y qué sucede allí dentro, con todos sus agentes sociales, incluidos los profesionales y docentes, los planes de la institución en ejecución, pero insistimos, todo ello en devenir, constituyendo en sí un conjunto de procesos.

Hemos caracterizado diferentes dinámicas en este espacio de encierro y administración formal de las necesidades colectivizadas, de la vida cotidiana dentro de una institución total. El campo de internación en el hospital, el espacio de interacción social de los estrategas del Maciel, quedó así caracterizado por diferentes intensidades y componentes. Pudimos distinguir así un ámbito cordial de relaciones, donde los significados culturales compartidos eran objeto de creación de estrategias, donde los roles sociales se respetaban para poder accionar subjetivamente en la normalidad del sistema de relaciones. También vimos cómo en los límites entre los dos mundos del hospital —profesionales y pacientes—, se desarrollaban estrategias que modificaban esta condición, en los umbrales de tolerancia para la subjetividad hospitalizada, donde el conflicto latente se hacía manifiesto en un tire-y-afloje en el cual los sujetos producían sus estrategias. Como principal construcción cultural hemos encontrado la constitución de un universo comprendido en un imaginario social —donde otros hospitales como el Pasteur y el Clínicas son «mojones» de referencia fundamentales—, y sustentado en una cotidianidad desde las salas de internación, donde las redes de intercambio constituyen las bases de toda acción estratégica, siendo el medicamento el bien más preciado y escaso. Una memoria colec-

[115] Instituto Nacional de Estadísticas. «Indicadores de actividad en establecimientos asistenciales con internación del Ministerio de Salud Pública, según departamento» para los años 2006 y 2007, en *Uruguay en Cifras 2008*. En: www.ine.gub.uy, y en *Anuarios Estadísticos*. INE-ROU, Montevideo, 2008, respectivamente.

tiva fugaz, acelerada, producto de hechos cotidianos dentro de un mismo espacio, produce una solidaridad que supera las propias condiciones de internación. Pudimos comprender todo esto dentro de un hospital ubicado en un lugar preciso dentro del espacio urbano, y hemos tratado de demostrar lo sustancial de los vínculos entre la institución y su entorno. El campo de experiencias de los estrategas del Maciel, es la articulación de diferentes flujos que conectan siempre a otros campos, y a ellos nos dirigimos cuando esbozamos la genealogía del mismo, poniéndolo en movimiento, presentándolo como producto histórico.

Por último, para terminar de comprender *quiénes son* los estrategas del Maciel, de qué campos provienen más allá de la condición de la salud que los nuclea y que también hemos caracterizado según sus causas actuales, 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 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 hemos analizado de caso por caso. Ahora para finalizar, nos plantearemos distinguir a estos sujetos según cualidades externas a la internación, pero que la ligan a ella, es decir, nos moveremos del campo de experiencias del hospital hacia los campos de experiencia de procedencia de los sujetos que circulan por los distintos flujos de conexión. Nos despedimos así del campo del hospital, y nos movemos hacia los barrios y perfiles culturales de quienes han hecho uso del mismo y lo seguirán haciendo.

Con esto pretendemos culminar la investigación, terminar de plantear las cualidades que particularizan a estos fenómenos singulares que hemos conocido desde dentro, bajo la forma de los estrategas del Maciel, sujetos sociales particula-

res que pasan por este hospital porque sus vidas peligran, participando de un proceso social que los marca para siempre, y más allá de ellos, que caracteriza a modos de ser dentro de una sociedad signados por el tratamiento de su salud y la experiencia de la internación. Formas humanas que usan el hospital y que son modificadas por sus experiencias dentro del mismo, en el juego de identidades múltiples definido por la interacción de todos los participantes que se encuentran en manos de la asistencia pública a cargo de profesionales y estudiantes.

— La Zona Oeste, surge para nuestra mirada como categoría identitaria porque existe como sustantivo para los involucrados dentro del hospital Maciel, y no por la simple razón de la residencia del paciente sin más. Tanto por las características de los propios pacientes internados y sus allegados que provienen de esa región, como por los profesionales que los designan y así distinguen, se constituye como identidad, como territorio de procedencia de los pacientes, desde este juego de identidades múltiples. José Luis, su madre y la señora que padecía un tumor en la garganta, provenían del Paso de la Arena, de dicha zona. También Oscar, el anciano solitario que vivía en Punta Espinillo, encargado de una plantación de aloe, así como algunas de las pacientes de la sala Bienhechores en la que hemos profundizado, que provenían del Cerro. Existen diferencias radicales en el interior de esta región del departamento que va desde centros comerciales como el Paso Molino a zonas semi-rurales como la citada Punta Espinillo. Concentra zonas de alta densidad y de rasgos identitarios muy marcados como El Cerro y el también citado Paso de la Arena. Se trata de una región que fue anexándose al núcleo urbano de Montevideo a través de su expansión por medio de las vías de comunicación

que pueden verse en el mapa. La historia de esta región está signada por los primeros tiempos de la Conquista. Distintos pueblos fueron convirtiéndose en barrios, y entre ellos, las porciones de tierra fueron ocupadas por poblaciones que mantuvieron la ruta migratoria hacia la capital pero en otra etapa, emergiendo así una enorme cantidad de asentamientos irregulares y *cantegriles* que siguen creciendo.

El proceso migratorio campo-ciudad es el mayor factor de aumento de esta zona, lo que puede establecerse con claridad cuando realizamos árboles genealógicos en la vida de estos sujetos. A lo largo del siglo XX fueron la mano de obra para los frigoríficos y curtiembres nucleadas en la zona, y de allí emerge una fuerte conciencia de clase, en el proletariado industrial, por parte de aquellos que llegaron a principios del siglo XX y vivieron aquel Uruguay moderno.[116] Para los arribados posteriormente, la pauperización condicionó sus destinos, la situación de exclusión social quedó llenando los vacíos que los antiguos pueblos —ahora barrios obreros— habían dejado entre sí. Según las autoridades del hospital entrevistadas durante el período 2001-2003, representaban entonces algo así como el 30% de los ingresos, lo cual se presume no se ha alterado significativamente. Más allá de estas cifras, su fuerte impronta identitaria, basada en valores herederos de la matriz proletaria, constituyen un claro perfil identitario dentro del Maciel. El espacio urbano y el territorio constituyen la materialidad en la cual se cruzan vectores de toda índole, como en este caso una sub-cultura signada por las formas económicas hegemónicas que hacen uso del más antiguo hospital de la sociedad por

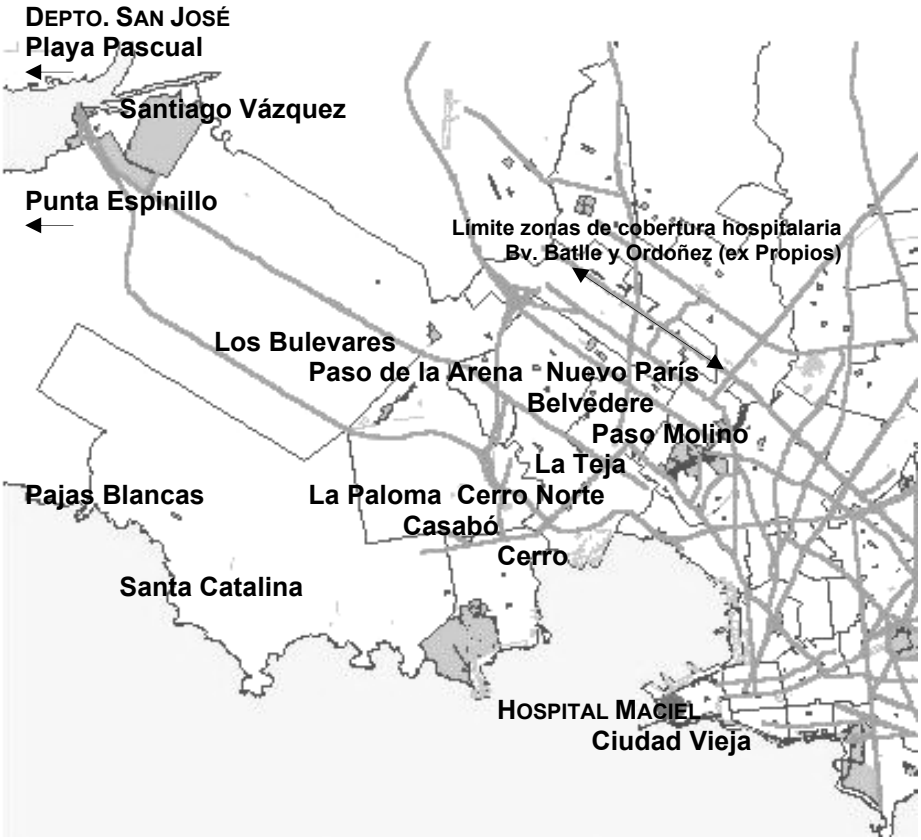
[116] Romero Gorski, S. «Una cartografía de la diferenciación cultural en la ciudad: el caso de la identidad «*cerrense*»», en Gravano, A. (comp.) *Miradas urbanas, visiones barriales. Diez estudios de antropología urbana.* Nordan-Comunidad, Montevideo, 1995.

su proximidad espacial y vías de «accesibilidad». La crisis económica determina la fuerte caída de la calidad de vida en esta zona, la cual sufrió primero el cierre de los tradicionales frigoríficos, y posteriormente el cierre de industrias manufactureras como las curtiembres de Nuevo París. Recientemente, La Teja experimenta un grave conflicto sanitario a causa de la plombemia descubierta por sus efectos en los niños del lugar. Los habitantes, con fuertes valores de lucha sindical que tiñen la zona, enfrentando la desocupación en todas las crisis económicas, viven confrontados con las poblaciones marginales vecinas, todo lo cual hace al carácter combativo de esta sub-cultura, claramente identificada por las autoridades sanitarias del hospital.

— La Ciudad Vieja —y sus alrededores—, constituye un segundo complejo identitario presente en las dinámicas cotidianas del hospital, el cual hemos tratado en profundidad en otro capítulo.[117] Se trata del entorno del mismo, constituido identitariamente por los barrios de Ciudad Vieja (incluido el Guruyú), Centro, Sur y Palermo, difuminándose en el Cordón.

— El Interior, agrupa bajo su nombre al tercer complejo identificatorio, nuevamente como concepción generada por la totalidad de participantes del hospital, desde la mirada compartida de la macrocefalia que caracteriza a la sociedad uruguaya, evidenciada en la dicotomía Montevideo/Interior. En los hechos, es importante el carácter de pacientes y allegados provenientes de la zona limítrofe con el departamento hacia el oeste, en lo que es Playa Pascual y el Delta en el departamento de San José.

[117] Ver capítulo 4: Un hospital *en la capital de la capital*.



Zona Oeste del Departamento de Montevideo
Ingenieros Consultores Asociados – ICA, 2000.

El caso de María y su esposo Carlos, así como el de una de las pacientes, vecina de éstos en la misma sala, son interesantes en tanto representan paradigmáticamente la constitución de estas subjetividades: se mudaron allí veinte años antes, cuando se trataba tan sólo

de parajes, y provenían de la Ciudad Vieja, a cuadras del hospital Maciel. Ellos integran las redes vecinales que caracterizan la forma de vida en esta región. Aunque caigan todos bajo la denominación de *Interior*, desde las designaciones cotidianas dentro del hospital las procedencias son de todos los rincones del territorio, pero en especial, se percibe la presencia de estos exmontevideanos que habitan en los bordes del departamento y desarrollan su vida económica en él. Han constituido un nuevo territorio, proceso similar pero de menor densidad que el que se produjo del otro lado de la capital, hacia el departamento de Canelones y también a través de los corredores costeros, siendo colonos en muchos casos. Son quienes más lejos se encuentran del hospital, a quienes más caro les resulta mantener la internación por el traslado de allegados y de los propios pacientes.

Tres complejos de identidades múltiples habitan el hospital, son producto de usuarios y funcionarios y no corresponden estrictamente a las residencias, sino a una construcción identitaria que carga simbólicamente de significados a las subjetividades en relación a sus procedencias. Son caracterizaciones a las que se hace referencia desde todas las voces.

BAR EL SIGLO
CAFE

Bibliografía

-AA. VV. *1er Encuentro Nacional de Sociología Clínica.* Grupo de Sociología Clínica-Uruguay, Montevideo, 1996.
---------- *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, 1996.
-Alessandria, J. *Imagen y metaimagen*. Inst. de Lingüística Fac. de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires, 1996.
-Ardao, A. *Introducción a Vaz Ferreira.* Barreiro, Montevideo, 1961.
-Argumedo, A. *Los silencios y las voces en América Latina. Notas sobre pensamiento nacional y popular*. Colihue, Buenos Aires, 1996.
-Bajtín, M. «El problema de los géneros discursivos», en *Estética de la creación verbal*. Siglo XXI, México, 1982.
-Barrán, P. *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. 1 El poder de curar*. Banda Oriental, Montevideo, 1992.
---------- *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 2 La ortopedia de los pobres.* Banda Oriental, Montevideo, 1993.
---------- *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientes. 3. La invención del cuerpo.* Banda Oriental, Montevideo, 1995.
-Barrán, P. - Caetano, G. - Porzecansky, T. *Historias de la vida privada en el Uruguay. Vol. III*. Taurus, Montevideo, 1996.
-Baremblitt, J. «Diez postulados para pensar una estrategia de supervivencia a nivel de las redes sociales», en Dabas, E. – Najmanovich, D. (coord.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.* Paidós, Buenos Aires, 1995.
- Barthes, R. *El grado cero de la escritura*. Siglo XXI, Buenos Aires, 1997.
-Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente.* Planeta, Buenos Aires, 1991.
-Benech, A. - Sprechmann, Th. «Hospitales: complejidad o anarquía», en *El Arqa*, Año V, Nº 14: *Arquitectura y salubridad, buena salud*. Dos Puntos, Montevideo, junio 1995.
-Boivin, M. F. - Rosato, A. – Arribas, V. (comp.) *Constructores de otredad.* Eudeba, Buenos Aires, 1998.
-Bourdieu, P. (dir.) *La miseria del mundo.* FCE, Buenos Aires, 1999.
-Bourdieu, P. – Chamboredon, J.-C. – Passeron, J.-C. *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos.* Siglo XXI, México, 1991.
-Bourdieu, P. - Wacquant, L. *Respuestas. Por una antropología reflexiva.* Grijalbo, México, 1995.
-Castoriadis, C. *El avance de la insignificancia. Encrucijadas del laberinto IV*. Pre-textos, Barcelona, 1997.
-Clastres, P. *Investigaciones en antropología política.* Gedisa, Barcelona, 1996.
-Clifford, J. *Itinerarios transculturales.* Gedisa, Barcelona, 1999.
-Cruz, M. (comp.) *Tiempo de subjetividad.* Paidós, Barcelona, 1997.
-Crespi, F. *Acontecimiento y estructura. Por una teoría del cambio social.* Nueva Visión, Buenos Aires, 1997.
-Chavarría, V. - Eiraldi, I. - Toyos, M. – Wolf, G. «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, 1996.
-Cheroni, A. - Portillo, A. - Romero Gorski, S. *Salud, cultura y sociedad.* FHCE-UdelaR, Montevideo, 1997.
-Dabas, E. – Najmanovich, D. (coord.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.* Paidós, Buenos Aires, 1995.
-Debray, G. *Vida y muerte de la imagen. Historia de la mirada en Occidente.* Paidós, Barcelona, 1994.
-de León, N. «Breve ensayo acerca de la locura y la enfermedad mental», en Semanario *Siete sobre siete*, Nº 34, Montevideo, 26 de abril de 2004.
-de León N. - Fernández Romar, J. «La locura y sus instituciones», junto a, en *III Jornadas de Psicología Universitaria*, Multiplicidades, Montevideo, 1996.
-Deleuze, G. *Empirismo y subjetividad.* Gedisa, Barcelona, 1986.
---------- *Conversaciones, 1972-1990.* Pre-textos, Barcelona, 1996.
-Deleuze, G. - Guattari, F. *El Anti-Edipo. Capitalismo y esquizofrenia I.* Paidós, Barcelona, 1985.
---------- *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia II.* Pretextos, Barcelona, 1997.
---------- *¿Qué es la filosofía?* Anagrama, Barcelona, 1997.
-Devereux, G. *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento.* Siglo XXI, México, 1996.
-Durán, A. *Enfermedad y desigualdad social.* Tecnos, Madrid, 1983.
-Engels, F. *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. En relación con las investigaciones de L. H. Morgan.* Progreso, Moscú, 1970.
-Enriquez, E. *Ponencia,* en *1er Encuentro Nacional de Sociología Clínica.*
-Feyerabend, P. *Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento.* Planeta-Agostini, Buenos Aires, 1994.
-Foucault, M. *La vida de los hombres infames*. La Piqueta, Madrid, 1990.
---------- *Genealogía del racismo.* Nordan Comunidad-Caronte, Montevideo-Buenos Aires, 1992.
---------- *Hermenéutica del sujeto.* La Piqueta, Madrid, 1994.
---------- *Tecnologías del yo.* Paidós, Barcelona, 1995.
---------- *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas.* Siglo XXI, México, 1997.
---------- *El orden del discurso.* Tusques, Barcelona, 1999.
---------- *Los anormales.* FCE, Buenos Aires, 2000.
-Fried Schnitman, D (comp.) *Nuevos Paradigmas. Cultura y Subjetividad.* Paidós, Buenos Aires, 1995.
-Geertz, C. *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas.* Paidós, Barcelona, 1994.
---------- *Tras los hechos. Dos países, cuatro décadas, un antropólogo.* Paidós, Barcelona, 1998.
-Goffman, E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires, 1984.
-Godelier, M. *El enigma del don.* Paidós, Barcelona, 1998.
-Gouldner, E. *La crisis de la sociología occidental.* Amorrortu, Buenos Aires, 1988.
-Gravano, A. (comp.) *Miradas urbanas, visiones barriales. Diez estudios de antropología urbana.* Nordan-Comunidad, Montevideo, 1995.

-Guattari, F. *Las tres ecologías.* Pre-textos, Barcelona, 1996.
---------- *Caosmosis.* Manantial, Buenos Aires, 1996.
---------- *Cartografías esquizoanalíticas.* Manantial, Buenos Aires, 2000.
-Hammersley, M. - Atkinson, P. *Etnografía. Principios en práctica.* Paidós, Barcelona, 1994.
-Instituto Nacional de Estadísticas. *Uruguay. Anuarios Estadísticos.* INE-ROU, Montevideo; los correspondientes entre 1925 y 2008.
---------- *Uruguay en Cifras 2008*. Recuperado el 5 de septiembre de 2008 de: www.ine.gub.uy.
-Kornblit, A. L. (comp.) *Ciencias sociales y Medicina. La salud en Latinoamérica*, Instituto de Investigación FCS- UBA, Buenos Aires, 1995.
-Lins Ribeiro, G. «Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica», en Boivin, M. F. - Rosato, A. – Arribas, V. (comp.), *Constructores de otredad.* Eudeba, Buenos Aires, 1998.
-Lockhart, J. *Historia del hospital Maciel.* Ed. de Revistas, Montevideo, 1982.
-López Petit, S. «El sujeto imposible», en Cruz, M. (comp.), *Tiempo de subjetividad*. Paidós, Barcelona, 1997.
-Lowie, R. *Historia de la etnología.* FCE, México, 1946.
-Marcus, G. E. *Ethnography through thick and thin*. Princeton University Press, New Jersey, 1998.
-Max-Neef, M. «Economía, política y salud, una síntesis ineludible», en Revista *Comunidad*, Nº 50, Estocolmo, 1985.
-MSP/PNUD/OPS/OMS. *Estudio del sistema de Servicios de Salud: Encuesta familiar de Salud*. MSP/PNUD, Montevideo, 1984.
-Morin, E. *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona, 1997.
---------- «La noción de sujeto», en Fried Schnitman, D (comp.), *Nuevos Paradigmas. Cultura y Subjetividad.* Paidós, Buenos Aires, 1995.
-Pichón-Rivière, E. - Quiroga, A. *Psicología social de la vida cotidiana.* Nueva Visión, Buenos Aires, 1985.
-Portillo, A. «La medicina, el imperio de lo efímero», en Portillo, J. – Rodriguez, J. (org.), *La medicalización de la sociedad*, Goethe Institut- Nordan-Comunidad, Montevideo, 1993.
-Real de Azua, C. *El impulso y su freno.* Banda Oriental, Montevideo, 1966.
---------- *Uruguay, ¿una sociedad amortiguadora?* CIESU, Montevideo, 1984.
-Romero Gorski, S. «Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la salud», en Cheroni, A. Portillo, A. Romero Gorski, S., *Salud, cultura y sociedad.* FHCE-UdelaR, Montevideo, 1997.
---------- «Transformaciones en el campo de la salud. El habitus asistencial», en Portillo, J. – Rodriguez, J. (org.), *La medicalización de la sociedad*, Goethe Institut-Nordan-Comunidad, Montevideo, 1993.
---------- «Una cartografía de la diferenciación cultural en la ciudad: el caso de la identidad «*cerrense*»», en Gravano, A. (comp.) *Miradas urbanas, visiones barriales. Diez estudios de antropología urbana.* Nordan-Comunidad, Montevideo, 1995.
---------- «Caracterización del campo de la salud en Uruguay», en Revista *Salud Problema*, Año 4, Nº 6, Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 1999.
---------- *Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil.* CSIC-UdelaR- Nordan-Comunidad, Montevideo, 2003.

-Ronchi, R. *Los presocráticos y el alba de la filosofía.* Akal Hipecu, Madrid, 1996.
-Sluzki, C. «De cómo la red social afecta a la salud del individuo y la salud del individuo afecta a al red social», en Dabas, E. – Najmanovich, D. (coord.) *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.* Paidós, Buenos Aires, 1995.
-Sontag, S. *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas.* Taurus, Madrid, 1996.
-Taussig, M. *El diablo y el fetichismo de la mercancía en Sudamérica.* Siglo XXI, Buenos Aires, 1993.
---------- *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente.* Gedisa, Barcelona, 1995.
-Testa, C. «Visão desde o leito do paciente», en Revista *Saúde mental coletiva, Revista de Fórum Gaúcho de Saúde Mental,* Ano 1, N° 1, *Universidade de Região da Campinha,* Porto Alegre, Reedição 1993.
-Trigo, A. *¿Cultura uruguaya o culturas linyeras? (Para una cartografía de la neomodernidad posuruguaya).* Vintén, Montevideo, 1997.
-Vaz Ferreira, C. *Fermentario.* Cámara de Representantes de la ROU, Montevideo, 1957.
-Velasco, H. - Díaz de Rada, A. *La lógica de la investigación etnográfica.* Trotta, Madrid, 1997.
-Veronelli, A. et. alt. *La salud de los uruguayos. Cambios y perspectivas.* Nordan-Comunidad, Montevideo, 1994.
-Vidart, D. *Tipos humanos del campo y la ciudad.* Nuestra Tierra, N° 12, Montevideo, 1969.

Otras Revistas

-*Archipiélago. Cuaderno de Crítica Cultural*, N° 23: *Al borde del sujeto*, Barcelona, invierno/1995.
-*Extramuros. El periódico mensual de la Ciudad Vieja*, Montevideo, marzo 2001.

Otras Referencias

-Hospital Maciel. Página oficial: www.hmaciel.gub.uy. Último acceso el 20 de agosto de 2008.