

MODELOS CULTURALES Y SISTEMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Sonnia Romero Gorski

Versión sintetizada de texto publicado en *Las otras medicinas*. Comp. J. Portillo y J. Rodríguez. Instituto Goethe. Montevideo. 2006

La situación que caracterizamos como de resistencia cultural en el campo de la salud observada en el escenario local se relaciona, como ya señalamos, con movimientos similares en otras sociedades, se explica en parte por redes complejas de vinculación socioeconómica, cultural e informativa, que actúan dentro de

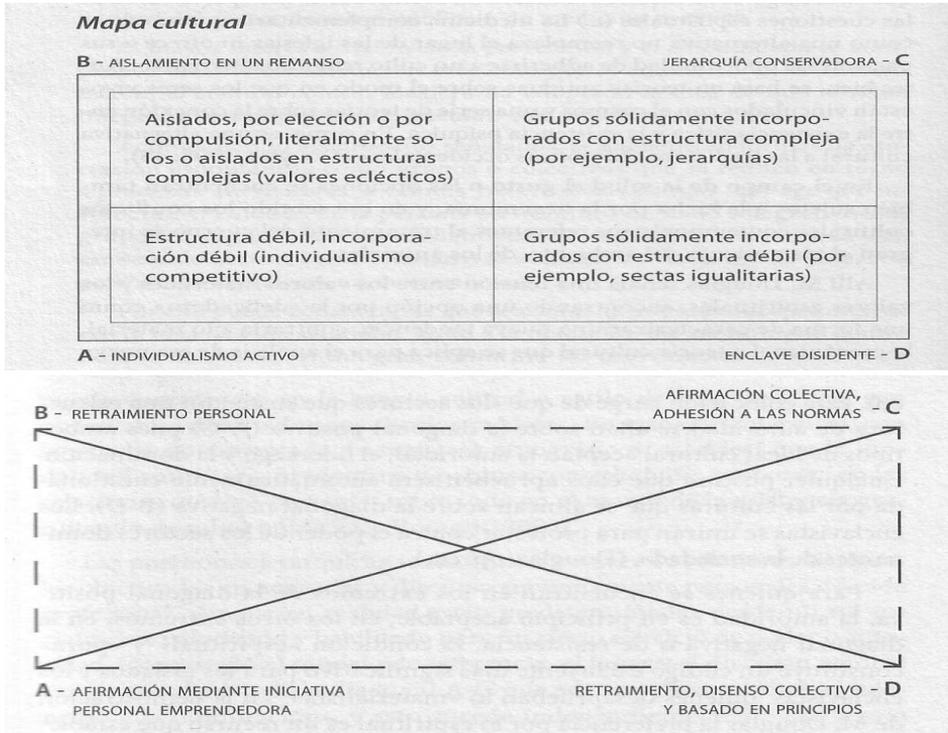
la mundialización; pero sobre todo forma parte de dinámicas de posicionamiento cultural que asumen las personas dentro de las sociedades contemporáneas. En este punto resulta esclarecedor el desarrollo realizado por Mary Douglas, antropóloga de la escuela británica, quien desde una perspectiva cultural reconoció modelos que sintetizan el vínculo entre la situación “típica” de sociedades contemporáneas y grupos sociales, sus valores culturales, y las construcciones sociales que conducen (en el caso que estamos analizando) a los

pacientes hacia un tipo u otro de asistencia como opción “histórica”, como alternativas socioculturales hacia realidades diferentes. Sobre el punto, M. Douglas establece que “a lo largo de su historia, la medicina occidental ha ido apartándose de las cuestiones espirituales (...) La medicina complementaria que se ofrece como una alternativa no reemplaza el lugar de las iglesias ni ofrece a sus pacientes la oportunidad de adherirse a un culto religioso alternativo. Antes bien, se basa en teorías antiguas sobre el modo en que los seres vivos están vinculados con el cosmos y una serie de teorías sobre la conexión entre la existencia física y la existencia psíquica. En suma, es una alternativa cultural a las tradiciones filosóficas occidentales”. (Douglas, 1998: 48)

En el campo de la salud el gusto o las opciones se encuentran también sujetos a la lucha por la hegemonía, y en ese sentido los conflictos culturales contemporáneos referentes al tratamiento del cuerpo se integran al tratamiento del ambiente, de los animales. Allí, M. Douglas señala una tensión entre los valores materiales y los valores espirituales, encontrando una opción por la “delicadeza” como una forma de caracterizar una nueva tendencia, contraria a lo material, lo mecánico. La teoría cultural que aplica para el análisis de esa nueva realidad en el plano de la salud, parte de cuestiones referentes al modo en que la gente convive.

“Todo es simbólico y todo forma parte del compromiso. El mismo análisis que se aplica a la elección entre religiones puede aplicarse a la elección de alimentos y de métodos médicos”. (...) “En las ciencias sociales se considera que una elección es una cuestión individual, surgida de necesidades interiores de la psique del individuo (...) La teoría de la cultura, en cambio, pone el acento en la capacidad que tienen los individuos de constituir la comunidad. Partimos de la idea de que todos los individuos están interesados de manera vital en el tipo de sociedad en la que viven”. (M. Douglas, ídem)

Reconociendo una dinámica de tendencias culturales opuestas, la autora traza un esquema en el que dos diagonales que se cruzan ilustran la forma en que se agrupan o separan tendencias de opinión y de acción; así la diagonal del retraimiento o la protesta está compuesta por un polo donde se coloca el disenso privado e idiosincrásico que va a posibilitar en el otro extremo la generación de enclaves disidentes organizados, individuos generalmente indignados contra el abuso del poder y de la riqueza. Señala a las sectas religiosas como el modelo más corriente de la cultura de enclave, aunque el conflicto cultural no sólo se reduce a la religión y de hecho se puede reconocer en aspectos referidos al tratamiento del cuerpo, de la salud.



Las presiones culturales no obligan siempre a elegir un camino u otro, pero, como dice M. Douglas, nada impide que unos pocos “aislados” (o disconformes con el sistema médico, podríamos agregar) opten por reunirse y formar un enclave de adherentes a un sistema alternativo o una comunidad terapéutica. La práctica no siempre sigue puntualmente la teoría, pero en el caso de las opciones de tratamientos nos encontramos con tendencias objetivas muy alineadas dentro de lo establecido teóricamente.

Es en ese sentido consideramos muy adaptado el modelo de referen-

cia, ya que demuestra la dinámica de fenómenos socioculturales como el que estamos analizando, colocando en los extremos de una diagonal el retraimiento personal y luego el retraimiento colectivo basado en principios; tal sería el proceso que incluye la actitud crítica personal frente al sistema médico y luego la coincidencia dentro de grupos de opinión o de comunidades terapéuticas⁽¹⁾.

1. En este caso el modelo de M. Douglas expresado en forma esquemática en la figura que se reproduce aquí, corresponde a lo que C. Lévi-Strauss llamó modelos mecánicos, los que, a diferencia de los modelos estadísticos, buscan expresar de forma lo más exhaustiva posible, las relaciones entre los componentes de un fenómeno dado.

Esta línea llamada negativa o de resistencia se cruza con otra diagonal en la que se ubica la afirmación mediante iniciativa personal emprendedora y la afirmación colectiva de adhesión a las normas (en esta segunda línea estaría la actitud de un/a profesional y luego la del colectivo médico). Esta colocación surge de que “los sectores que sustentan una estructura de autoridad se alían sobre la diagonal positiva (A-C) pues ambos tipos de ideal cultural aceptan la autoridad, el liderazgo y la dominación. Cualquier postura que ellos aprueben será automáticamente cuestionada por las culturas que se alinean sobre la diagonal negativa (B-D). Los enclavistas se unirán para protestar contra el poder de los sectores dominantes de la sociedad”. (Douglas, op. cit.)

Para quienes se encuentran en los extremos de la diagonal positiva, la autoridad es en principio aceptable; en los otros extremos, en la diagonal negativa o de resistencia, la condición “espiritual” y “pura” constituye un código excluyente más significativo para los aislados y los enclavistas, quienes desapruueban lo “materialista”. En la demostración de M. Douglas la preferencia por lo espiritual es un recurso que establece jerarquías, empleado como arma en “la guerra entre culturas”.

Concluye que “... la medicina holística, espiritualizada, está constituyendo un rasgo permanente de nues-

tro panorama cultural. Con la propagación de la industrialización, una investigación cultural mostraría que la diagonal negativa cuenta con numerosos adeptos. La sociedad industrial tiende a apartar a los individuos de sus contextos primordiales de lealtad y apoyo y los abandona al sector de los aislados. Allí donde prosperan los enclaves y aumenta el número de aislados, la crítica espiritual continúa desafiando las definiciones de la realidad que formula la medicina occidental tradicional”. (M. Douglas, op. cit.)

El argumento establece que dos tipos diferenciados y polarizados de terapias corresponden, en su imaginario recíprocamente opuesto, a dos tipos diferentes de terapeutas. Al interrogarnos sobre la construcción de los vínculos que se establecen entre paciente y médico, debemos interesarnos sobre el modo en que se realiza esa construcción; la misma tiene características determinadas por el contexto de cada sociedad. Una breve exposición de casos en la escena nacional nos permitirá probar la capacidad heurística del esquema cultural evocado.

Modelo y casos del mundo real

Una razón posible de retraimiento de los pacientes, primero en solitario como protesta y luego en colectivos como adhesión a otros valores, puede

encontrarse en la propia actitud o estilo de relaciones que son observables dentro de consultorios médicos. En trabajos anteriores, con la prueba documentada de registros etnográficos, establecí que la modalidad autoritaria predomina y perdura como *habitus asistencial* en las relaciones médico-paciente, sobre todo en el marco de la asistencia gratuita o de Salud Pública (S. Romero, 2003).

Las posiciones jerárquicas se reafirman a través de relaciones desiguales objetivadas en actitudes y discurso supuestamente personal de cada profesional, aunque en realidad estén predeterminadas desde un rol socialmente valorizado y habilitado para un cierto ejercicio de poder o autoridad. De acuerdo al modelo de referencia, el lugar y el discurso médico funcionan dentro de la diagonal A-C que admite “la autoridad, el liderazgo y la dominación”, y esto sucede independientemente del sexo o género del titular. Es decir que el *habitus asistencial* autoritario es ejercido tanto por hombres como mujeres, profesionales de la salud; llegando un poco más lejos, también establecimos que dicho *habitus* traspasa a las profesiones y alcanza a los/las funcionarios/as dentro de una institución médica. (S. Romero, 2003)

A propósito del tipo de situaciones protagonizadas por diferentes actores y observadas en número elevado (de las que guardamos registro)

definimos que la existencia de un *habitus asistencial* autoritario se vincula con la permanencia en el imaginario de la profesión y de las instituciones médicas de una autovaloración que establece insistentemente jerarquías o vínculos asimétricos en la relación médico-paciente, y por extensión en las relaciones entre población e institución. Recordemos aquí que esas percepciones y actitudes, objetivadas individualmente y colectivamente en el sector de profesionales de la salud, se ajustan a lo previsto para la diagonal A-C en el modelo de M. Douglas.

Ya desarrollé este punto en otros textos, pero se justifica nuevamente su mención aquí pues constituye un aspecto relevante que desde el punto de vista antropológico, ya que la permanencia y objetivación de dicho *habitus* forma parte de la evidencia de continuidad del modelo médico hegemónico y sobre todo forma parte de condiciones de inequidad y disfunciones dentro del proceso de atención. El sistema gratuito o público es el lugar donde se ejerce más ampliamente, sin que sea efectivo el control social o la protesta de los usuarios. Los alcances sociales del tema son amplios y exceden esta presentación, pero es claro que una de sus consecuencias es el *retraimiento* al que se refería M. Douglas, y luego la búsqueda de soluciones más satisfactorias y amigables. La coinci-

dencia en grupos de descontentos y la conformación de una resistencia a esas formas de atención en el sistema de salud, es posible y de hecho se organiza más efectivamente en los sectores medios y de mayor poder adquisitivo (en estos sectores se encuentran la mayor parte de adherentes a sistemas alternativos como la homeopatía, consultas por flores de Bach, tratamientos con acupuntura y otros de la gama *new age*). Los tratamientos de tipo mágico-religioso o los que tienen elementos de carácter residual “folk”, cuentan con adhesiones más significativas, pero no exclusivamente en sectores populares⁽²⁾.

Vinculado a los aspectos que vengo desarrollando en este texto, hay que considerar ahora el aspecto de difusión e impacto en actores en el campo de la salud de los análisis críticos, provenientes sobre todo de las ciencias sociales y en particular de la antropología médica o de la salud. Al respecto existe una vasta literatura a nivel internacional, regional, mientras que en el plano nacional ya contamos una década larga de trabajos sistemáticos sobre el punto y no sólo desde una sola disciplina. Podemos

decir que se formó *un colectivo* crítico, una corriente de estudio y formación de opinión con bases científicas, que desde diferentes epistemes –incluso desde la medicina– coinciden en la posición B-D de la “diagonal negativa” del esquema cultural. De forma tal que debe considerarse como un hecho social el impacto o transformaciones que estos nuevos análisis y posicionamientos provocan dentro de los colectivos profesionales. Podríamos hablar de una tendencia visible en algunos profesionales que de manera individual y luego en colectivos profesionales están promoviendo un proceso de cambios en sus procedimientos, incorporando visiones críticas aunque no siempre en el sentido y con la profundidad necesaria.

En ese movimiento ya se distinguen orientaciones del cambio (estamos hablando, en general, de profesionales de la salud) que se bifurcan, nuevamente, y que podemos ajustar en dos diagonales, una que refleja la búsqueda de elementos de afirmación personal y luego colectiva, con apego a las normas (extremos A y C), y la otra que procura, primero desde un retraimiento personal/profesional para coincidir luego en disenso colectivo basado en principios (extremos B y D).

Tenemos algunos indicios, materiales empíricos que nos permiten ordenar de ese modo una interpretación cultural sobre movimientos o

2. La situación se repite en diferentes países en América Latina, por ejemplo en México tenemos testimonios del descontento y búsqueda de alternativas, “Fíjense nomás cómo tratan a un paciente. Hace muchos años llegaba uno al Seguro y por lo menos lo agarraban del brazo, le tomaban el pulso (,,) ahora ya no, llega el enfermo y el médico está acá viendo no sé qué (...) mientras el enfermo está habla y habla, el doctor está escribe y escribe.” En: Roberto Campos Navarro, 1997: 243.

tendencias observadas en profesiones formales en el campo de la salud.

Brevemente evocaré un ejemplo de la primera tendencia, en la que se observa claramente la voluntad de cambio dentro de parámetros “tradicionales”, con apego a las normas en connivencia con una convicción de legitimidad del ejercicio de cierto poder.

Observación y notas de F. Vomero³⁾ durante una Jornada Médica realizada en la Sociedad de Cirugía, el 24 de junio de 2005; el interés de esta reconstrucción reside en que la jornada de actualización terapéutica trató la relación médico-paciente como tema central de una de las sesiones; se organizó un juego de roles o dramatización.

Las notas de observación dicen textualmente “básicamente fueron dos las escenas construidas. En la primera, (...) se subraya que el médico no mira al paciente y no se acerca a él. Tampoco sale de detrás del escritorio (...) su preocupación está centrada principalmente en el llenado de la historia clínica, el paciente permanece parado, no se le realiza ningún examen físico”.

En el relato se dice que el tiempo apremia, las consultas son demasiadas, los sueldos muy bajos, es decir argumentos que se manejan como

justificación o atenuante de la actitud del profesional.

En la segunda escena se propone la antítesis de la anterior, el médico mira al paciente, pregunta por su vida, cómo es la familia, sus actividades, se trata de “humanizar” la consulta. Se procura que el paciente sepa que el médico se interesa de verdad en él. Se pone énfasis en el tiempo que se le dedica al paciente, sin importar la lista de pacientes en espera, la dramatización no deja dudas sobre la importancia de la mirada y el contacto físico.

Este segundo modelo de consulta es el que se pone, en el debate, como el ejemplo a seguir, el paradigma de lo que llamaron una nueva relación médico-paciente; los docentes y el público (médicos/as que seguían las jornadas de actualización) intervenían para hacer comentarios y recomendaciones. Lo que se destacó fue “el beneficio del examen físico de la consulta, porque lo sitúan como tranquilizador, citan estudios ya realizados, el paciente se relaja (...) se insiste en la mirada que se le debe dirigir al paciente como clave para lograr el encuentro. Luego se anotó que, “uno de los jefes de la cátedra va más lejos aun y recomienda ejercicios precisos, que incluyen:

-debe hablársele al paciente de cosas particulares de su vida cotidiana, que se tengan registradas en una tarjeta de cada uno de ellos, dice: *al*

3. Fabricio Vomero, colaborador honorario del Programa de Antropología y Salud, dirigido por S. Romero, FHCE, Universidad de la República.

paciente le parece muy importante que lo reconozcan, que el médico recuerde cosas de la vida del paciente”, y nombra como ejemplo preguntas como: ¿y el perrito... cómo anda?, ¿su marido se recuperó?, ¿su hija salvó tal examen?, etc”.

“Recomienda tocarlo por el hombro, demostración de interés y familiaridad que escenifica toda la complejidad del poder en juego”.

Más adelante “señalan la presencia de pacientes difíciles, *narcisistas* los denominan; son aquellos que rechazan diagnósticos, que se resisten al dispositivo. Se señala que debe recordarse que una buena relación médico-paciente es la clave para evitar juicios por mala praxis *tan de moda actualmente*”. Se desata un debate sobre derechos del paciente, derecho a una segunda opinión médica “*que aunque no nos guste, es un derecho del paciente*”. Señala el observador que estos argumentos que se basan en la posibilidad del error, molesta al colectivo médico presente y dice que “tal es la fuerza de la cuestión que una de las panelistas cerró el debate diciendo *Colegas: deben recordar que estas cosas deben aceptarse, que es posible escuchar otras posiciones, que ¡no somos los únicos dioses!*”.

Luego de esta importante secuencia de notas de observación deberíamos abrir un nuevo capítulo de interpretaciones (para lo que no nos queda aquí demasiado espacio), aunque

a la luz de lo previamente expuesto y del modelo cultural analizado resulta sencillo colocar en la misma diagonal A-C –de la afirmación donde se conserva el poder–, a estos esfuerzos conscientes que realizaba un colectivo médico, tratando de corregir lo que se consideró solamente como defectos menores, de tipo comportamental y por lo tanto fáciles de superar con fórmulas de autoayuda. Es significativo que no se revise críticamente la construcción de roles, que se considere que los propios profesionales médicos se bastan a sí mismos para manejar aspectos psicosociales. No se percibe que dichos aspectos deben ser objeto de análisis construido con exigencia científica, es decir que se reafirma no sólo la posición del colectivo sino la capacidad de la iniciativa personal como autosuficientes e independientes de un complejo de factores.

Es evidente, asimismo, que la posición del paciente sufre (en las recomendaciones manifiestas) un nuevo descenso en su condición subalterna porque se le hará creer (en un claro mecanismo de manipulación) que sus detalles biográficos o afectos son recordados por el/la médico/a, es decir que se le hará creer al paciente que está construyendo con su médico/a una relación humanamente significativa y no una instancia más dentro de una rutina profesional.

Sobra decir que por esta vía no se llegará a transformaciones de posiciones, no se le hará mella al *habitus asistencial*, la autoridad y la violencia podrán seguir ejerciéndose bajo otros gestos, otras palabras, pero con un mismo convencimiento sobre la superioridad y la subalternidad de las posiciones, de las concepciones. En la misma línea de proyección de hechos sociales, de actitudes y respuestas culturales puede considerarse la continuidad del crecimiento de la búsqueda de otros valores, otras alternativas; la diagonal B-D seguirá reclutando personas y colectivos.

Sobre este último punto veamos brevemente cómo esa búsqueda de nuevos valores, de nuevas técnicas profundamente diferentes –porque se originan en concepciones diferentes– pueden procesarse dentro de la profesión médica para mayor beneficio de los pacientes⁽⁴⁾.

En tratamientos ortopédicos, como especialidad médica sabemos que algunos profesionales han buscado otra medicina dentro de la medicina, una alternativa de tratamiento como especialidad que se desarrolló posteriormente a la Segunda Guerra Mundial, revisando prácticas y manipulaciones ortopédicas que ya se hacían en la Antigüedad. Se parte de la constatación que en la edad moderna se dejó de tocar el cuerpo (los árabes

sí mantienen técnicas antiguas que incluyen manipulaciones corporales). El tema fue retomado, aprendiendo de la quiropraxia, y osteopática, desarrollando una quiropraxia especial que se aplica con criterios médicos. Se presenta como una especialidad auténticamente europea, medicina ortopédica manual que aplica un diagnóstico médico ortodoxo para enfermedades mecánicas de la columna, aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sigue el lineamiento de una medicina basada en la evidencia. Cambia el enfoque de la patología que puede ser mecánica aunque no necesariamente anatómica, es decir que el dolor puede ser real aunque una radiografía no muestre una patología funcional. Se considera la conexión de las patologías con lo espiritual, lo emocional, a la medicina como un acto de comunicación en el que lo más importante es escuchar lo que el paciente quiere transmitir, el examen clínico se basa mucho en el *relato*; no se considera necesario hacer gestos tocando al paciente, sino tener una actitud de respeto y estar realmente conectado. Como instrumentos auxiliares del médico (en el caso de los tratamientos en cuestión) se destaca la mano, ya que no hay aparato que haga una tracción ajustada como la que hace la propia mano. Existe una escuela o colectivo profesional que sobrepasa fronteras, de este tipo de “medicina

4. Tenemos que agradecer la conversación con el Dr. Daniel Stran, en Montevideo, setiembre 2005.

dentro de la medicina”, seminarios de intercambio y formación, maestros reconocidos y búsqueda permanente de técnicas complementarias, investigaciones y espacios para escuchar y aprender con especialistas que vienen de otras tradiciones médicas.

Reflexión

Desde los antecedentes evocados, a la puesta a prueba del modelo de Mary Douglas, la demostración tiende a reafirmar que en el campo de la salud las transformaciones se multiplican; la novedad es la confirmación de que parte de las causales a considerar son los trabajos que, desde las ciencias sociales y humanas, desde la antropología social, han abierto una brecha en las convicciones tradicionales de la biomedicina sobre su forma de actuar. Confirmamos que la medicina produce igualmente sus propias vías de transformación en valores y alternativas, aunque no todas con la misma profundidad. Mantenemos la convicción de que la diversidad cultural llegó para quedarse en el campo de la salud, no es un cambio menor. Seguiremos dirigiendo la mirada antropológica hacia estas transformaciones contemporáneas, apostando a que sean a favor de una mejor salud individual y colectiva.

Bibliografía

Roberto Campos Navarro, 1997
Nosotros los curanderos. Editorial Nueva Imagen, México.

Mary Douglas, 1998 (1ª. Ed. En inglés 1996).

Estilos de pensar. Editorial Gedisa, Barcelona.

Sonnia Romero Gorski, 2003.

Madres e Hijos en la Ciudad Vieja. UDELAR-CSIC. Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo.

Autores varios. Programa de Antropología y Salud. En: Anuario de Antropología social y Cultural en Uruguay, 2004-2005, S. Romero Gorski (Ed. y Comp.). Dpto. de Antropología Social. Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo.

Joaquín Rodríguez, José Portillo (comps.), 2004

La expropiación de la Salud-, Instituto Goethe-Nordan Comunidad, Montevideo.

Seminarios, Instituto Goethe de Montevideo, 1993, 2004 y 2005.