FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires

Salud y participación social

Un estudio sobre la articulación de conocimientos

Autor:
Kalinsky, Beatríz
Tutor:
Schuster, Félix Gustavo

1993

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Universidad de Buenos Aires en Filosofía Y Letras.

Posgrado

FILO:UBA
Facultad de Filosofía y Letras

FILODIGITAL
Repositorio Institucional de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA

20.894
1993

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

TESIS DE DOCTORADO

SALUD Y PARTICIPACION SOCIAL.
UN ESTUDIO SOBRE LA ARTICULACION DE CONOCIMIENTOS.

TESISTA: Lic. BEATRIZ KALINSKY

CONSEJERO Y DIRECTOR: Prof. FELIX G. SCHUSTER

Buenos Aires, agosto de 1993

INDICE

Agradecimientos ..... pág. I

"Ser antropólogo" ..... pág. 1

Cuando la ilusión de los conceptos se mira en el espejo de los Otros ..... pág. 17

Antropología y Cultura. Una partitura incompleta ..... pág. 36

Atención Primaria y Salud Mental en el sur del Neuquén, Argentina ..... pág. 99

Los fundamentos antropológicos del conflicto de creencias en la relación médico-paciente: un equívoco adrede?. pág. 224

La internación hospitalaria. Una categoría cultural ..... pág. 278

Salud e Interdisciplina. Fracaso epistemológico o inter-gestión disciplinaria de la ciencia? ..... pág. 326

"Crimen y Castigo". Los dos centinelas del sufrimiento del paciente ..... pág. 363

Lo hormonal y lo cultural en el síndrome climatérico: la clave olvidada de la antropología ..... pág. 382

Una palabra final ..... pág. 411

Bibliografía citada ..... pág. 412

A LA MEMORIA DE MI PAPA, MARCOS

I

AGRADECIMIENTOS

No podría decir que la relación que mantuve con mi texto fue idílica; tampoco lo fueron las circunstancias en que llevé adelante mis sucesivas estadías de campo ni las elaboraciones que hice de estas ideas. Por eso mismo, la gente que me rodeó y apoyó nunca imaginará el valor que para mí tuvo su cercanía.

A quienes me invitaron a participar en foros o grupos de discusión, dándome la oportunidad de presentar y discutir: Carlos Gurrucharri, Ana Tropp, Marcelo Alvarez, Carlos Damonte, Amanda Toubes, Hilda Santos, Cristina Chardón, Ester Beker y el Grupo "Claves", Carlos Cornaglia, Delia Irusta, Horacio Riquelme.

A Marta Blache, Alejandra Siffredi, Ana Lía Kornblit, Jorge Grünmann, Julio Raby, Rodolfo Casamiquela, Enrique Perea, Daniel Frankel, José Villarruel, Nora Elichiri, Haydée Echeverría, Isaac Sinay y Fernando Matera quienes se interesan por las líneas de trabajo que pretendo llevar adelante.

A los distintos integrantes del seminario "Ser antropólogo" que coordiné en estos años en el Departamento de Ciencias Antropológicas y el Instituto de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires por ayudarme a plantear proyectos y, de vez en cuando, concretarlos.

A mis discípulos, colegas y amigos Gustavo Pérez, Diana Rossi y Mariana Caram por devolverme una imagen poéticamente descarnada de nuestro trabajo, de los "unos" y "los otros".

A Laura Piaggio y Valeria Procupez que se ocuparon más de una vez en facilitarme la búsqueda bibliográfica.

A mis amigos y compañeros de ruta que, próximos y lejanos a la vez, me ofrecieron la diversidad de sentidos que tiene la práctica de la antropología: Isolina Ranguileo, Roberto Castillo, Flaminio Muñoz, Félix Sayhueque, Abel Jofré, Herminio Casanova, Edgardo Marchi, Marcelo Parada, María Fernanda Hadad, Daniel McWilliam y Fernando Esviza.

A Margarita Cantero y Flavio Filippini por ayudarme a sobrellevar las tareas cotidianas.

A Félix Schuster por haber asumido, después de todo, los riesgos de dirigir esta tesis.

A Edith, Eduardo, Gastón, Alex y Jesica Trajtenberg por darme los sentidos que perdí en desalientos y titubeos, y alguna que otra salida terrenal.

A Morita Carrasco por compartir, hacer, pensar y sobre todo intentarlo.

A Wille Arrúe porque cada fin de camino que creo definitivo lo convierte, casi todas las veces, en un tiempo futuro.

A mi mamá quien logra encarnar, como en cuento de maravillas, todo lo bueno que se espera de este vínculo primordial, sin que nunca lleguen las doce de la noche.

PRESENTACION

"SER ANTROPOLOGO"

Básicamente, el tema no es una "buena escritura" en algún sentido literario o estético, sino una escritura que refleje y comunique compromiso, ´insight´ y comprensión.

Paul Friedrich

La experiencia de Occidente del orden y de la verdad depende de pensar que hay un mundo externo, una realidad exterior más allá de la representación, un significante trascendental que es el sitio confiable del significado, la ley y el espíritu que ordena cualquier otra visión mediante un esfuerzo disciplinario.

Kenneth Little

I.

Sin duda, las instancias de nuestras vidas van dejando sus marcas en los estilos con que pretendemos hacer ciencia.
Los caminos de la búsqueda en las identidades profesionales son parte de prácticas de atribución de sentidos guiadas por motivaciones y anhelos; ellos van tomando forma a la vez que se des-forman en procesos inacabables, que siempre vuelven a empezar porque son parte de condiciones locales y globales.

La manera de hacer la profesión, los estilos de escritura y la propia índole de la disciplina están sometidos a enjuiciamientos y revisiones tenaces que hacen que los antropólogos nos enfrentemos a un rompecabezas que aparenta no tener una única solución.

"Ser antropólogo" puede querer decir muchas cosas a la vez, pues estamos en una disciplina que busca siempre otras definiciones y posibilidades. Nunca instalada sobre bases definitivas, sigue intentándolo con la convicción de que no puede ser ajena a los cambios cada vez más bruscos de los climas sociales, políticos e ideológicos de estos tiempos.
Como la vida, ser antropólogo es también una cuestión de opción y oportunidades. Un sí o un no, una pertenencia o una desafiliación, estar de un lado o del otro. Decisiones que se toman con mayor o menor desenvoltura o mayor o menor libertad. Pero sobre las que, una vez adoptadas, cuesta volverse atrás.

Replantear caminos avanzados tiene consecuencias que van desde las más íntimas, y quizá provocativas, a las que tienen que ver ya con las aceptaciones académicas que hayan podido ganarse o perderse.

II.

Es un lugar común decir que la muerte de un padre hace pensar en la propia. El desconsuelo por la muerte del mío me condujo por una senda un tanto diferente y, bifurcada.

Ante todo, me hizo replantear sentidos acerca de mi misma vida, de la que no puedo deslindar las tareas profesionales. Volví a elegir. Estar en otros "aquí" o en otros "allá", otros "sí" y otros "no", otros motivos y metas. Otros cansancios y alientos.

Quizá como una oportunidad en donde ya no puedo jugar a las medias tintas. Donde los retornos se hacen más borrosos.

Pero nada de barullo o proclamas. Más bien adopciones desapercibidas, mínimas, oscurecidas por el muro de los hábitos y el desgano por las sorpresas.

El estar ahí repentino, en un nuevo mundo en donde a lo irreparable sigue su reconstitución es una clave posible, trágica, de la experiencia del ser antropólogo. El ir a otros escenarios, el traspasar límites que se nos antojan ajenos y distantes aunque estén a la vuelta de nuestras esquinas, nos devuelven mudados, desemejantes. Ya nunca seremos los de antes. La pregunta queda siempre abierta. Cómo somos? Cómo seremos?

El ser antropólogo nos da un privilegio que puede trastocarse en nuestra propia condena. Es una suerte de condensación acelerada, enfatizada, exagerada de las cosas de la vida. Todas juntas, todas expuestas al mismo tiempo, todas a la espera de alguna consideración.

Bastante antes en el tiempo, pero después en mis espacios de conmoción personal, me enfrenté al esfuerzo por tener que discutir de antropología sin colegas. Entre ellos es una cosa, pero con "los otros" es bien distinto. Interpelaciones, acorralamientos, el abecedario antropológico plagado de segundas intenciones. O más bien fue que el mapa antropológico de la realidad de los "otros" era tan barato, tan mal entrazado que cayeron de a poco los aires de pericia con que asaltamos el lugar del "Otro"? Que va más allá del ya un poco remanido ´native´s point of view´. Nos lo creímos tanto que perdimos la ductibilidad requerida para este ´métier´. Ir pero también volver. Ponerse en el lugar del otro para luego salirse. Estar con el otro, no en vez del otro. O algo por el estilo.

Las sofisticaciones semánticas y el hermetismo teórico poco tenían ya que hacer. Habían perdido, paradójicamente, cualquier "eficacia simbólica".

No nos entendíamos, ni queríamos hacerlo. Yo menos que nadie. O, al contrario, los sobre-entendidos eran tan obvios que los disfrazábamos de desentendidos.

Cómo íbamos a avanzar en un proyecto que se pensaba común cuando ni siquiera podíamos tomar contacto en un punto tan pedestre como lo es el lenguaje?

En el curso del trabajo, en consecuencia, fueron quedando abandonadas viejas convicciones. La primera, que el lenguaje y la comunicación eran nimiedades. Ambos se han convertido en un nuevo punto de partida desde donde hemos tratado, ellos y yo, replantar los bordes, aquellos que nos separan y aquellos que nos juntan.

Pero dejemos a un lado las lecturas simplistas. No borramos los límites, sólo emprendimos un camino, que también es azar, de flexibilización, de re-examen sobre lo que es y lo que no es, del significado de una situación en donde nadie puede arrogarse ya la última palabra ni aún la palabra esencial sobre el otro, cualquiera que ésta sea.

De cómo cada quien intentó jugar con sus propias reglas, constituyendo al contrincante en "su otro" y de cómo nos dimos cuenta que eran otras cosas que podían y debían dirimirse, aprovechando y tratando de hacer fructificar un encuentro en que quisimos almacenar experiencia y conocimiento que fueran útiles para todos.

Los resultados no son armónicos ni instantáneos. Seguimos confiando. Los tiempos, el intercambio, la diseminación de ideas, el trabajo conjunto, el sudor derramado, los topetazos, esperan. También siguen estando los límites, distintos pero al fin, barreras e impedimentos. Nada es perfecto. Todo es humano.

Debemos ser precavidos en la superación de algunos "mitos" que obturan una comprensión más encajada de este tipo de procesos. Uno de ellos, la linealidad con que se conciben las tramas sociales, entre ellas las del conocimiento.

Otro es el anacronismo con que se piensa la transformación social -con la ausencia de densidad histórica, material y simbólica. Faltan abarcar las mediatizaciones, las "pequeñas dimensiones". En tal sentido, no tenemos todavía una puesta a punto de las visiones totalizadoras del cambio; sabemos poco de las microprácticas y sus efectos sobre los estados de cosas vigentes.

Nos deslizamos por un frágil clivaje entre los engaños epistemológicos a los que puede conducir una producción participativa del conocimiento y los problemas planteados por el intelectualismo. Ambos deben ser encarados. Y esta es una tarea que se percibe prioritaria en buena parte de la comunidad académica antropológica. Se debate la función "reproductivista" o "liberadora" aunque no es seguro que sea la mejor forma posible de poner las cosas.

Pero, sin duda, todavía lamentablemente somos parte del crónico hermetismo de lenguajes cifrados, de epistemologías afianzadas en "lo real" como algo dado de forma definitiva y de las dificultades por remontar las distancias entre las teorías y los problemas sociales, la diversidad/desigualdad de diferentes mundos que giran en una órbita que se hace cada vez más compartida pero injusta.

En efecto, a diferentes mundos le corresponden diferentes hechos. No se trata de burbujas de aislamiento, unipersonales, idiosincráticas, plagadas de mezquindad y aburrimiento. Son mundos que ponen en práctica diferentes sentidos del ser, de la vida, de la presencia o de la ausencia.

La antropología admitió la pluralidad desde siempre, aunque con distintas inflexiones políticas e ideológicas. Ha transcurrido el tiempo y ya no puede obviarse la correspondencia de todos esos mundos, tan reales y presentes como creemos que tan sólo lo es el nuestro, en un marco de globalización creciente.

Tampoco podemos permitirnos ignorar la época de desencanto por la que estamos transcurriendo. Mas allá del ´show-off´ o los gestos grandilocuentes con que se la ha engrandecido o empequeñecido. Ya no podemos "rescatar" la diversidad sociocultural para desparramar sobre ella los beneficios del progreso y la modernidad. Esa diversidad se ha convertido en el revés de tan ambicionado provecho.

Debemos avanzar con todos los términos al mismo tiempo: diversidad /desigualdad /desencanto /globalidad y fragmentación/pugna por los valores de verdad. De lo contrario, perpetuaremos el desarraigo de las teorías y nos quedaremos, como ya nos pasó, a mitad de camino.

No lo haremos si insistimos en trabajar con conceptos que unifican, que borran matices y sutilezas que a veces hacen toda la cuestión. Forzando la unidad de las tramas discursivas, perceptivas y cognoscitivas mediante el artilugio de conceptos unívocos, dadores universales de los sentidos correctos reiteramos la trampa del "cazador cazado", del "antropólogo inocente" o del "caníbal comido".

Los conceptos de tal índole actúan, aunque se pretenda lo contrario, como 'a priori', fuentes trascendentales de sentido que, como tales, se pasan por alto la índole ambivalente y provisoria de las cuestiones humanas. Aún aquellos conceptos que se creen más revolucionarios o desenmascaradores, aquellos con los que se milita pretendiendo subvertir un orden que pocos dudarían en la forma de calificarlo, se tornan hegemónicos en tanto se imponen como fuentes últimas de explicación. Allí es donde residiría, según quienes lo sostienen, el máximo valor cognoscitivo o, al menos el más digno de confianza y, de tanto en tanto, el único posible.

Contrapesar las tendencias hegemonizantes de la globalidad sociocultural actual con conceptos que la refuerzan, afirmando antes que cuestionando, los lugares ya asignados y los escenarios ya montados no es otra cosa que mistificar. No es otra cosa que seguir aferrados al artificio del 'one-size-fits-all' que tanto se ha puesto en duda, por ejemplo, en los usos transculturales de las categorías psiquiátricas.

La insistencia en una perspectiva hegemónica de las hegemonías ha tenido consecuencias en la práctica de la antropología.
Estamos admitiendo sólo una lectura posible de las cosas, prístina y fundacional. Una única dirección en el entendimiento de los problemas, mostrando poca tolerancia a lo que pareciera ser el meollo de la antropología. Reunir en sus discursos diferentes puntos de vista, dando una visión compleja de las realidades, superpuestas hasta cierto punto y excluídas hasta otro cierto punto. Resaltar las contradicciones, confrontaciones, acuerdos o contestaciones de los demás y de ella misma. Mostrar las diversas versiones parciales, mediatizando su replanteo y proveyendo medios para cotejar los sentidos, interpretaciones y acciones posicionadas de los actores en juego.
Seguimos manteniendo, como firmes tutores del fuego sagrado, una reserva -teórica, metodológica, técnica y, sin duda, ideológica- a la cual no se tendría otro acceso que el del experto. El espacio científico es de estricta incumbencia de sus moradores.

Pero cuáles son las consecuencias para una disciplina que no puede obviar ahora el juicio de los "otros" sobre los propios?
Los puntos de vista desde un solo lado son el terreno que abona los dualismos que han llevado al retraimiento teórico: científicos vs. legos, especialización vs. conocimientos "comunes", discursivo vs. extra-discursivo, lenguaje vs. realidad, conocimiento vs. acción, simbólico vs. material. En el afán de los significados únicos y determinados hemos abandonado

a la 'ordinary people', sus mundos referenciales y sus atribuciones de sentido, distintos pero no del todo lejanos a los nuestros.

Hemos mantenido fuertes límites disciplinarios, constituyendo al "otro" e ignorando en la medida de lo posible las formas en que el "otro" ha tratado, y logrado, des-constituirse como tal.

Hemos disciplinado nuestra mirada en la seguridad de que el reducto segregado de nuestros propios términos es un lugar confiable.

III.

La relación médico-paciente puede ser catalogada como un microclima donde, por excelencia, se despliegan, uno a uno, los eslabones de la hegemonía. Aparenta estar atravesada sin resquicio por la asfixia y por la inutilidad hasta de toda consideración teórica. Un inmejorable modelo para afirmar lo que ya fue afirmado y para fijar lo que ya fue fijado.

Sin embargo, la propia unidad de análisis ofrece dudas.

En la relación médico-paciente se ponen en juego diferentes mundos médicos y los contextos más globales que los contienen.

Lo que se nos aparece más invisible a la rigidez de nuestras categorías no ha dejado, no obstante, de estar. En este caso, la pluralidad de contextos de cuidado, soporte, intermediación y prácticas que tienen diferentes formas de interrelación -de adopción o exclusión, de hegemonía o contestación, de comparabilidad o irreductibilidad.

El concepto de "conocimiento local" muestra el entrecruzamiento situacional de mundos de diferente significación y la pugna política de sus valores de verdad. Es esta pluralidad la que tiene que ser historizada y politizada. Ello quiere decir tomar en cuenta la constelación de prescripciones y proscripciones que vienen dadas por las instituciones y los poderes. No todas las verdades valen lo mismo pero todas luchan por valer.

La visión antropológica está siendo cada vez más apreciada en cuento a sus posibilidades de dilucidar las conexiones entre la atención de la salud, la familia, la comunidad y los curadores locales (no oficiales). La sensibilización hacia la diferencia cultural, la accesibilidad social y los procesos de restablecimiento en términos compartidos que sean soportes de conocimiento, afectivos e institucionales es la tríada sobre la que se pretende avanzar. Aun a pesar de la trivialización que de esta enorme complejidad hace la aplicación automática de conceptos que sólo ven desde una misma dirección.

La diversidad de sistemas médicos es reconocida ahora no sólo como un "hecho" de la vida, sino también en cuanto a su valor teórico y político. Pero sólo en la medida de la retracción paulatina de posiciones esencialistas que fijan "la cultura", "la verdad", "la autoridad", "los otros" en sitios inexpugnables. Un mundo cada vez más descentrado y fragmentado a la vez que globalizado ha dado un nuevo pie a los esfuerzos desconstructivos.

Las totalizaciones, unilateralidades y saturaciones están en un retroceso filosófico que no es seguido, del todo, por los conceptos y las teorías.

Los conceptos científicos se elaboran desde la esfera pública. y se encarnan en ella con firmeza. Por eso, son parte de las fuerzas que disparan la diversidad y los intentos contestatarios. Arman una realidad que sancionan como única. Creen representar a las mayorías -aún cuando no sean otra cosa que minorías, dispersiones y ambigüedades- a costa de borrar quiebres y disensos.
Los conceptos se arrogan el papel de vigías científicos de los acontecimientos, dejando de lado las pequeñeces, 'nuances' y tramas reversibles -del derecho y del revés- que hacen toda una diferencia que nos pasa inadvertida.

Es tiempo que hablemos de autorizaciones. La ciencia (social) habla y dictamina. Hace y deshace explicaciones y comprensiones. Dice y des-dice en pretendidas actitudes interrogativas que, por eso mismo ofrecen dudas, a pesar de la constante declamación de su epistemología sobre la capacidad de crítica y corrección que sería su marca de orillo.
Ciertos conceptos y ciertas teorías se han vulgarizado, en el peor sentido de la palabra y, curiosamente, en manos de los propios científicos; asignando un carácter liberador o desmistificador a unos y enmascarador o conservador a otros hemos confiado en que allí empieza y termina la ligadura que se

pretende entre ciencia y política.

El engaño se hace notar. Pero persiste la ilusión sobre que el uso de determinadas perspectivas teóricas garantiza por sí mismo la práctica de una antropología vanguardista, comprometida, confrontada al 'establishment' y, por fin, heroica.

Letra vacía que desconoce la índole de las teorías, los conceptos y, por qué no, la propia ciencia. Y que provoca, ante todo, confusión.

Aparecen "facciones", deslizamientos semánticos entre "compromiso" y "militancia", visiones "asistencialistas" de los aportes disciplinarios y una ideologización que parece "justificar" opciones políticas antes que argumentaciones. Bien mezclado en un escenario fantasmagórico en que todo parece igual y, cualquier cosa legitimable -desde una antropología colonialista a otro des-colonialista.

Hasta qué punto nuestras teorías, cualquiera sea el signo que se le adjudique, apuestan a la estaticidad, la permanencia, la conservación, la imposición, la cooptación? Aquí reside el fondo de su valor político.

Y, entonces, recién volveremos a intentar.

IV.

Los capítulos de la tesis que aquí presento fueron escritos en diferentes tiempos y para diferentes oportunidades.
Todos resguardan un núcleo central referido a los procesos socioculturales de conocimiento en el ámbito de la salud.
He querido mostrar variaciones sobre un mismo tema, como a veces hacen los músicos. Me parece que es un modo posible para señalar la multiplicidad de accesos a los mismos procesos, dando variabilidad a lo que es, de por si, variable.

Buena parte de los capítulos tiene como fuente heurística, además de su fondo empírico, al proyecto de Atención Primaria y Salud Mental de la zona sur de la Provincia del Neuquén que bajo la dirección de Wille Arrúe viene desarrollándose desde hace varios años. El titulado "Atención Primaria y Salud Mental en el sur del Neuquén" está especialmente dedicado a este grupo de trabajo y nuestros propios procesos de conocimiento en acción.

Sin embargo, esta inserción laboral no me ha sido excluyente.
Diferentes experiencias, ya sea de investigación, docencia o consultoría en otros ámbitos -siempre con trabajadores de la salud- que no por cortas o circunstanciales han tenido poca importancia, forman parte del 'background' sobre el que he intentado teorizar y plantear mis puntos de vista.

Cada uno de los capítulos, en versiones preliminares o finales, ha sido discutido con estos equipos o presentado en reuniones académicas. Con un detalle que no puedo dejar de mencionar. El público destinatario ha sido, en primera instancia, no antropológico. Médicos, psicólogos, agentes sanitarios, enfermeras, asistentes sociales han sido los primeros destinatarios de estas ideas.

Tiene la antropología algo que decir frente a problemas que fueron planteados, en todos los casos, por equipos de salud institucionales, sensibles al sufrimiento de la gente, receptivos a los pedidos de ayuda y preocupados por la interferencia tecnológica y los modos reductivos de la atención de la salud -tanto de la alta y baja complejidad?

Salir del reducto me obligó a tomar decisiones.

Ante todo, evitar la renuncia al propósito de hacer teoría, esquivando la tentación de las fórmulas o modelos para acciones que permitieran sólo salir del paso.

Segundo, recuperar la inquietud frente a las posibilidades de una perspectiva antropológica aliada a los atisbos de su pertinencia en problemas que habían sido planteados por otros, no colegas. No sé si los términos en que esos problemas habían sido puestos quedaron tal cual. Pero esta cuestión, ahora, me parece de menor cuantía en el escenario que estoy dando.

Tercero, ubicar la complejidad donde la creí oportuna. Como fue recién dicho, en la pluralidad de perspectivas y en la obstinación en presentar versiones, parcialidades y desconstrucciones.

Pero no me pareció que seguirla en el estilo de escritura, en el cripticismo conceptual o en las organizaciones textuales abigarradas contribuirían a lograr el fin propuesto: hacer visible y útil el punto de vista de la antropología.

Discusiones teóricas cerradas, vocabularios esotéricos o disquisiciones que pueden tener un enorme valor a la hora de ajustar cuentas pendientes dentro de la propia disciplina, no parecía que pudieran "hacer sentido" (´make sense´) en el público para el cual hice, pensé y escribí antropología. Pero cuidado, porque no se trata de públicos de menores calidades. Las búsquedas eran diferentes: el acercamiento, la contribución para plantear en forma conjunta puestas a punto y la ayuda que la antropología pudiera brindar a las reflexiones y críticas. Tan simple y tan difícil como eso.

Resignar ambiciones puede que sea una consecuencia; o, peor aún, lo pude haber hecho sin que me diera cuenta. Perdida la plataforma de la paridad de interlocutores, las metas se volvieron simples o de poca monta.

Bajo estas circunstancias, pretender contribuir al cambio teórico puede juzgarse pretencioso o, con más rigor, equivocado. Pero, ante todo, creo que "ser antropólogo" de esta época no se limita a hacer buenas preguntas. De vez en cuando alguna respuesta no viene mal.

CUANDO LA ILUSION DE LOS CONCEPTOS SE MIRA EN EL ESPEJO DE LOS OTROS

Debemos simplemente estudiar al otro por lo que podamos aprender sobre nosotros? Es sólo la autoreferencia lo que debe ser considerado relevante? Cada uno está preocupado por sus propios temas. Cómo nos prevenimos a nosotros mismos de no cerrarnos y juzgar a los otros sobre la base de nuestros propios valores culturales? La interpretación intercultural es extremadamente compleja. Nuestras psiques restructuran el material de acuerdo a nuestras propias preocupaciones y categorías, el material se refleja en nosotros en una empresa más bien narcisista.

Arlene Mazak

EL JUEGO DE LOS OTROS

La primera vez que lo vi resaltó del grupo.
Mi memoria de archivo -porque hay otras memorias como la afectiva que en ese momento estuvo tristemente acallada- comenzó un frenético trabajo de recuperación de los surcos que contenían la información acaparada que me pudiera ayudar a estar a tono en ese encuentro.
Al poco rato me sentí más tranquila. Ya había acomodado cada cosa en su lugar. (Como esa letanía que a veces se usa con los chicos para que ordenen sus juguetes). Ese es el tema, el orden y las categorías que ilusoriamente lo imponen.
Ya entendía que, ubicada como había querido estarlo en un meticuloso lugar lombrosiano -mi entrenamiento profesional me permite mucho detalle de archivo- coincidía la pintura de sus rasgos con lo que "debía ser" -las orejas, el mentón, los arcos superciliares y otros detalles que lo convertían a ojos vistas en un delincuente 'comme il faut'.
Ya había instalado, por gracia recibida, los personajes de esa escena.
Más aún, me consideré valientemente transgresora de las reglas metodológicas del trabajo-de-campo, sintiéndome involucrada en las vidas de esas personas pero, sobre todo, en la de él, porque era él quien yo había señalado con pertinacia especial.
Había dejado atrás lo que me parecían definiciones anacrónicas del trabajo del antropólogo- como transeúnte interesado (Geertz 1987), contador de historias (Myntii 1991) o extranjero profesional (Hastrup 1992).
Nunca me iba a ir, ya nunca iba a poder estar fuera allí.
Y así lo fue pero por razones bien distintas a las que había abrigado.
Yo había definido una situación entre muchas, pero creyendo que era la única posible.
Había categorizado, dado un mismo tono y pronunciado, en fin, un veredicto final, curiosamente entremezclado con los veredictos -judiciales- que se esperaban y temían. Había clasificado, como lo hace todo antropólogo que se jacte. Aún a pesar de voluntades teóricas y deseos de expiar las culpas de una profesión que se doblega por tantas marcas.

Las cosas se fueron lentamente desacomodando. Nada quedaba en el lugar que le había destinado. Nadie hablaba, ni pensaba ni, peor aún, se comportaba como se decía que lo hacían.
Ni tan siquiera él, que cuando comenzó a moverse, a desplegar sus sentidos entrando en una escena tras otra -en realidad, fue poco el tiempo que compartí con él- fue tramando sutilezas y ambigüedades que desafiaron, a veces con timidez y otras con descaro, los clavos que yo había hundido para mantener en pie mi propio cuadro.

El juego de los otros provocaba mis arreglos, me desunía, resguardándome en mis archivos como refugio inhóspito.
Y, sin duda, lo seguiré haciendo.
No puedo decir que él haya significado un punto de inflexión duradero, admonitorio de mis pasiones por vivir en un mundo sin movimiento ni mezcla. Todos nos aferramos a anclajes seguros, y perdemos, en todo caso, la visibilidad de conceptos, pre-conceptos y anti-conceptos que nos atrapan en mundos confiables pero cerrados, impenetrables a los otros y a las formas en que se mueven, encajan y desencajan.
Soy simplemente condescendiente conmigo misma de aquél, mi primer encuentro con él. Parte del desencanto y parte de la dualidad, de esa junta de monos y ángeles que todos llevamos a cuestas.
Siempre en los extremos y en las líneas divisorias.

LA FUERZA DE LOS CONCEPTOS

> El pensador creativo tiene que pensar en los términos de la lógica, de las pautas de pensamiento, de los conceptos susceptibles de ser expresados dentro de su cultura /.../ Se ve obligado a resolver un problema insoluble. A expresar el pensamiento nuevo mediante conceptos y palabras que todavía no existen en su idioma /.../ Solo con el proceso histórico /.../ los cambios sociales se reflejan en los cambios de las pautas de pensamiento.
> Erich Fromm

Los conceptos dan los límites. Qué queda adentro y qué afuera. Hasta dónde se es y hasta dónde no se es. Cuándo comienza uno y cuándo está el otro.

El mundo postmoderno -si se nos permite el término- ha hecho toda una tarea de los límites. Los ha incitado, deslizado, vapuleado y descosido.

Ya nada parece estar en su lugar, ni tan siquiera en algún lugar: el orden mundial (Foster 1991) se confabula para dar fenómenos de subculturas, contactos interculturales, diásporas, comunidades transnacionalizadas, híbridos culturales quebrando la simplicidad de gente en su tierra, con sus costumbres, su ser social y sus libretos culturales. Aparecen, en cambio, personas desterritorializadas, heterogéneas e hibridizadas en panoramas políticos de expulsión.

Y los conceptos, dónde andan? En qué momento de este discurrir han quedado clavados?

Los reclamos, otra vez insistentes, por la interdisciplina -o como se la quiera llamar- son una muestra de la intención de que la realidad no se nos escape del todo por las fisuras, o mejor dicho, por las soldaduras de formas de hablar y designar que ya no hablan ni designan.

Muchos seguimos emperrados en dejar sentados los límites, porque los conceptos dan pie a metodologías y formas de actuación científicas sancionadas. Nos dan autorización para congregar una realidad que es, más que todo, dispersión.

La diferencia cultural siempre ha sido el 'leiv-motiv' de la Antropología (Malinowski 1986 (1922), Radcliffe-Brown 1986 (1924) para clásicos). Pero, ahora se está haciendo de una complejidad creciente e inabarcable, de destino incierto -diferencias en un mundo cada vez más homogéneo (Russell 1992) o fragmentación étnica, cultural o religiosa que va a tomar el timón del diseño y la gobernabilidad del mundo? Y, sobre todo, una diferencia que pone en peligro la muy asentada confianza en nuestras categorías perceptuales y conceptuales.

No es que nada se esté haciendo o pensando. Están cambiando, por ejemplo, los enfoques psicoanalíticos y, por su lado, la mirada criminológica sobre el problema de la enfermedad mental o el delito.

También se está poniendo en entredicho la tan afamada categoría de "Otro" -"Otro-etnográfico" (D´Amico Samuels 1991, Friedman 1992, Gupta y Ferguson 1992, Kalinsky y Pérez ep., Margolies 1991, Ong 1991, Scott 1992), "Otro-paciente" (Arrúe y Kalinsky 1991, Corin 1990, Elizur y Minujin 1991, Lock 1990, Swerdlow 1992), "Otro-delincuente" (De Leonardis 1985, Pavarini 1988, Wolkmer 1991, Zaffaroni 1989); pero qué pasa con el "Otro-ajeno", "Otro-alien", o el "Otro-móvil" que nos impide dejar en paz el blanco fijo de nuestras formas de pensar y hacer teoría? Algunos "Otros" que se van dejan paso a nuevos "Otros" que aparecen. Toda una forma de ser.

La fuerza de los conceptos no reside justamente en su alcance explicativo -el mito de que el concepto explica- o la índole de la lucidez que puede echar sobre lo que necesita ser entendido. La fuerza de los conceptos reside en su inercia, como lo señala el Fromm del epígrafe.

El cambio teórico es de ritmo pesado. Tan sólo, a veces, una mera sustitución de palabras inspirada en buenas intenciones pero que deja a la innovación con un aliento corto.

Veamos sólo dos casos que tenemos a la mano. Seguramente, cada lector podrá aportar el suyo.

La reconocible estrechez de la "mirada clínica" - médica o psicoanalítica ha impulsado a atravesarla con otras dimensiones, antes impertinentes, en el afán de abarcar algo más.

La ampliación no es por sí misma mucha garantía, como casi nada lo es. Ningún concepto nos da certeza ni socorro. Porque la ampliación tiene también que ver con los límites, aún cuando ellos se deseen interdisciplinarios. Así, en los "Grupos Balint" que tienen resultados interesantes en la medida del encuentro entre diferentes disciplinas y miradas siguen -al menos en el relato de que dispongo (Banchero, Beker, Benedetti, Golvarg y Rozenberg ep.) - en una fuerte tendencia a mantener encuadres y gestos de dura raigambre psicoanalítica (el uso de recursos teóricos como "transferencia" y "contratransferencia") y, sobre todo, porque hay alguien, el observador/coordinador que tiene como oficio "organizar el campo", ser el "gestor principal de las acciones que allí ocurren". Un parecido de familia que nos mantiene firmes en lo que creemos que nos es conocido.

El otro ejemplo que quiero mostrar de esta intención de cambio, de incorporación de lo que se sabe se dejó atrás, o quizá al costado y que sólo golpes ideológicos de timón pueden volver a ponerlo en la discusión, son los esfuerzos del abolicionismo por poner en entredicho la justicia penal (Font 1992). Por ahora, se libra, ante todo, una lucha conceptual. Se cambia el nombre de "delito" por el de "evento problemático". Ya no se habla de "conducta delictiva" ni de "autor"; se da lugar a otras voces que puedan definir en sus propios términos y en diferentes circunstancias, qué es lo problemático de ese evento, desplazando quizá el modelo punitivo y del orden justo, donde cada quien conserva el lugar destinado por la justicia penal (autor, víctima, expertos, testigos, y ante todo, la reconstrucción de la "verdad" según

parámetros).

El interrogante que queda es doble. Tirar de los límites es sólo una cuestión de cambios conceptuales? Qué es, en el fondo, el reemplazo de una categoría por otra. Algo que se saca y algo que se pone. Pero por dónde se empieza a tirar de los límites? Roturas epistemológicas o políticas? Es esta disyunción pertinente?
Y, dónde están puestos los valores de verdad? Seguramente en partes bien distintas. Sólo que apenas nos damos alguna cuenta.
El esfuerzo por recurrir a conceptos cada vez más complejos, sutiles, completos y, ante todo, que destierren ideas, sentidos y sentimientos que parecen designar formas de ver y pensar que se creen erróneas o, más sencillamente injustas, lleva siempre un afán totalizador. Es de esto que no podemos desprendernos. Esta, nuestra creencia más arraigada, nos quita la versatilidad que pretendemos en el cambio teórico. El orden, la estructura y la coherencia no pueden ser ajenos a cualquier sistema explicativo, porque de eso están hechos (Ferguson ms., Keesing ms.b).

En el fondo se trata más que nada de un problema definicional.
Pero las decisiones sobre el significado de las cosas, los nombres, la etiquetas amparan formas de dar -o quitar- sentidos en el intercambio discursivo y político. Crean realidades, dispositivos de verdad (Foucault 1979) y circuitos institucionales que los habitualizan y autorizan.

Las definiciones, y los conceptos de los que ellas están armadas, llevan enunciadas sus propias condiciones de uso -las circunstancias y los requisitos para que puedan ser usadas con propiedad metodológica y elucidativa. Fijando esas cláusulas, no compensadas por los riesgos que se corren en las diferentes aplicaciones a las que van siendo sometidas (Sahlins 1988b), se congela el flujo de los acontecimientos y la variabilidad de las condiciones.

Un concepto difícilmente puede ser aplicado en circunstancias ideales, pre-concebidas por la propia definición. Por ende, no son aplicables ni aplicados del todo. La variación escapa al concepto, dando un exceso de significado (Etsuko 1991, Laclau y Mouffe 1987, Smith Doody 1992) que es intratable.

Cada concepto enfoca y desenfoca, profundiza al tiempo que superficializa, agarra y suelta, ata y desata.

Intentamos abarcar lo que nos parece válido o certero y desestimar lo erróneo y falsificador. No obstante, los criterios de decisión sobre qué es uno o lo otro son lastimosamente arbitrarios.

No quisiéramos dar la idea de que la convencionalidad sea confundida con resolución meramente idiosincrática o caprichosa. Sin duda, los recortes que hace cada concepto gozan de sanciones sociales de distinta índole. Sin embargo, esto no altera que los juicios que se usan para fijar el inicio y el fin de lo que se considere el contenido legítimo de los conceptos pueda creerse predeterminado o haya algún fundamento para estimarse estables.

El artificio metodológico de suponer estables las condiciones, ya sea de aplicación de los conceptos o recolección de datos en los procesos de investigación socioantropológica, ha ocultado el eterno desajuste entre teorías y prácticas. Siempre andamos un poco retrasados, desventajados, con una realidad que nos maltrata burlándonos a cada paso.

Enterarnos de este filtro puesto por los conceptos, de su provisoriedad y de los valores de verdad que se ponen a prueba en la arena sociocultural y política, donde se conjugan y confrontan con otros conceptos puestos por los "Otros" ya será otro cantar.

ESTANDO AHI

> Yo le dije todo - nosotros le enseñamos, se lo contamos todo. Si hay un 'tipo' que no sabe nada, si usted no dice las palabras correctas, y a nosotros no nos gusta, está en problemas. No nos gusta. Así como usted escribe lo que le decimos, nosotros podemos irnos, nos podemos marchar. Qué hará usted? Nada, usted ya no puede escribir más.
>
> Citado por Jean-Guy Goulet

Pero, a pesar de todo los conceptos siguen estando ahí. Como impertérritas figuras que nos impulsan a buscar objetos, sentidos y discursos que, por nuestra insistencia, logramos encontrar. Los conceptos, por no sabemos qué arte de magia, parecen dotarnos de erudiciones y minuciosidades que, ninguna intriga de la realidad de los "Otros", que con otros conceptos e intuiciones se niegan a convalidar, nos impide renegarlos, desoírlos.

Para nada. Al contrario, solemos ensimismarnos en los contenidos que hemos elucubrado, confabulado, vigilado y soñado. Claro está, siempre con buena intenciones, aunque entremezcladas con los anhelos académicos (Barley 1989, Littlewood 1992) -tenencias, prestigio, el estar siempre "en carrera", en "la cresta de la ola", mezcla de paraísos e infiernos.

Se desata un literal campo de batalla cuando, creídos de saber más del otro que el propio "Otro" sobre sí mismo (Friedman 1992, Scott 1992, van Der Geest 1991) nos indisponemos al momento que no nos dice, ni se comporta según lo que nuestro buen conocimiento teórico ya ha dictaminado. El enfrentamiento entre teoría y práctica, lo que se dice que ocurre y lo que ocurre en las minucias de la vida requiere un salto de gran aliento que va desde lo epistemológico a lo moral, o sea como la vida misma.

Pero hay que estar dispuestos ya que nuestras filiaciones académicas parecen por momentos -tan sólo por momentos que a veces se nos antojan eternos- ponernos pesas en nuestro calzado de ´fieldwork´ que nos empantanan, curiosamente, también nuestras ideas.

Entonces, nos volvemos intolerantes. Porque tenemos el tiempo contado, recursos escasos, siempre necesitados por producir ideas originales, destacables y estéticas. Y siempre apurados en irnos, como si pudiéramos. Irnos adónde?

Una forma del "Otro" que nos produce especial malestar en medio de la vorágine de discursos y voces que insistimos en oír es justamente su silencio empeñoso. Siempre predominan y siempre los desdeñamos en su capacidad de vinculación, de estrechamiento con el "Otro". Porque, cuál podría ser una conceptualización atrayente del silencio? No todos somos Bergman; peor, las teorías son palabras y textos. Todavía no son imágenes, gestos o emociones.
Y así tiene que ser. Porque son distintas cosas, ciencia y arte, cada una por su lado. Caminos bifurcados.

Entretanto, en la comunicación con los "Otros" predominan los silencios, incómodos, embarazosos sin formas metodológicas de salida. Casi siempre los interpretamos como rechazos, como que nos ven intrusos, metiendo las narices donde no nos llaman, donde no somos necesitados ni esperados, ni siquiera queridos un poquitín. Es ahí donde revitalizamos, cual rito consagrado, el cúmulo de complejos que la Antropología nos ha dejado como herencia indeleble, y que ha puesto en duda la honorabilidad de nuestra tarea.
Otras veces, el lío se lo adjudicamos el "Otro", desatando ahora sin mucho trámite un sin fin de prejuicios que, alguna vez y en alguna parte, hemos acuñado en conceptos con tintes científicos. *"Siempre es fácil mostrar que el Otro es un ignorante"* (Underwood y Gray 1990) que tiene dificultades de expresión, que el problema es suyo, no nuestro.

Ni lo uno ni lo otro. A veces las medias tintas vienen bien.
En ocasiones, el "Otro" evita hablar porque no es su intención tocar ciertos temas. Lo cree conveniente para su protección, para no exponerse a una situación que lo puede dejar en el sufrimiento. Y no se busca sufrir adrede. *"Y, para qué hablar de ésto, si no cambia nada. Pero aún ... seguro que será para mal".*
Cuesta entenderlo y aceptarlo. Insistimos, avanzamos, toqueteamos y rogamos. Es sólo en el encanto de un tiempo activo que podremos ir más allá; y no siempre a la palabra. Quizá otra vez al silencio, pero ya será distinto.
Habrá un vínculo y estaremos en condiciones de conocer y sentir esos silencios. Aún sin claudicar de nuestras propias exigencias, habrá un espacio para pensarlo y quizá para armar algún concepto ... y cambiar algo.

Pero nunca es suficiente; porque cuando hablan o hacen tampoco nos conformamos. Siempre intentamos asaltar su palabra o hacer (Goulet 1988). Es como que la estrechez que, como nosotros aquí, achacamos a las categorías nos enrosca, haciendo incontinente nuestra visión y nuestra palabra. Siempre un poquito más adelante que los "Otros"; siempre con mejores vituallas y dispuestos a todo -sojuzgarlos, rescatarlos, ajusticiarlos, liberarlos, quitarles, darles.

Las categorías, como la de "Otro", no son ingenuas herramientas analíticas. Son enunciaciones que desperdigamos, queriéndolo o no, en el entrecruzamiento político e ideológico de la vida diaria.

Por supuesto que también nosotros acusamos el impacto de las "balas-categorías" de los "Otros". Pero podemos seguir la vida como si no ocurriese, o al menos tenemos fe en que así será. Contamos con buenos resguardos, o peores según se vea, ya que si nos tentamos con que somos invulnerables, tan sólo seremos pobres indelebles.

Mejor sería continuar con el camino de los cuestionamientos, de nuestros conocimientos y de nosotros mismos.

Todos los han iniciado -postmodernos, anti-postmodernos y neo-modernos. Por ahora, son apenas propuestas que deben encarnarse con convicción en actitudes y acciones. Se ha enjugado mucho sudor en las intenciones de mejorar conceptos, hacerlos no tan dañinos ("Otro", "lógica etnocida", "aculturación"), menos esencialistas (replanteos actuales de la idea de "cultura" -Keesing 1987, Myntii 1991, Sahlins 1988b; "conocimiento" -Keessing ms.a, Ortner 1978, Rappoport 1987, van der Geest 1991; y "práctica" - Bourdieu 1985, Foucault 1979, Giddens 1977, Sahlins 1988b); más intrínsecos (el valor de la experiencia y las definiciones que proponen los "Otros"); más mediatizadores (patrones y principios que conviven con formas fragmentarias y diversas de grupos y personas. Ya no más reproducción cultural. Ahora más intenciones, expectativas y contingencias, mezcla de permanencia y versatilidad); más agentes activos y posicionados (Atkinson 1992, Mazak 1993, Merry 1992, Reddy 1992, Smith Doody 1992, Swedenburg 1992), y mucho más de negociación y pactos.

Nosotros seguimos buscando por entre los individuos, tratando de entender y llevándonos sorpresas y frustraciones[1] . Avanzamos, casi siempre ´malgré nous´ a lo largo de las interferencias que nos muestran, por ejemplo, curanderos que ya no usan los sueños como medio diagnóstico, sino que explican las enfermedades más en términos médicos que en el orden de la trascendencia[2] (Green 1989, Orubuloye, Caldwell, Caldwell y Bledsoe 1991).

Una y otra vez insistimos en los límites. Lo que es de allí y lo que es de allá.

Sin embargo, ahí está. Una medicina popular con todo vigor pero, de a tramos, irreconocible. Pero, respecto de qué? Respecto de quiénes? No olvidemos persecusiones y desatinos.

Médicos ("de verdad", oficiales) que ya por desconocimiento, ya para competir por la clientela (Green 1989) o ya por desacuerdo provocaron a los colegas de los otros sistemas médicos.

---

[1]. Me estoy refiriendo a la experiencia que llevamos adelante en la zona sur de la Provincia del Neuquén en un proyecto de Atención Primaria y Salud Mental. Cfr. Arrúe y Kalinsky 1991, Kalinsky y Arrúe 1991a, Kalinsky, Arrúe y Rossi 1993, Arrúe y Kalinsky ep.b

[2] En general, parece que la oposición no estaría planteada entre el uso de la medicina alopática y las hierbas medicinales sino más bien entre estos tratamiento y el uso del exorcismo (Caldwell, Gajanayake, Caldwell y Peiris 1989). En este sentido, el camino del sincretismo entre curadores y sistemas curativos parece dudoso. No sólo por incompatibilidades cognoscitivas que, después de todo podrían solventarse con voluntad política, sino ante todo por las estrategias disuasorias ejercidas por unos y otros para conservar intactas sus respectivas competencias y pertinencias. No obstante, el flujo de transferencias es reconocible (Arrúe y Kalinsky 1991). Son los clientes quienes más cómodamente llevan adelante articulaciones amplias y eficaces pasando de un sistema a otro (Green 1989, Guarnaccia, Parra, Deschamps, Milstein y Argiles 1992)

También están los temas difíciles de tratar. El sojuzgamiento en manos del "Otro-blanco" y que, de formas diferentes, lo sigue haciendo: autoridades judiciales, policiales y médicas.

Entonces, la respuesta es erigir tabúes sobre ciertos aspectos que comprometen. Dejar vivir, sería la consigna. Uno es la utilización del trance como forma diagnóstica y terapéutica.

Simplemente se dice *"no hay más machi"*. Su presunta ausencia trae duda. Qué es lo que no hay? Más allá de los nombres, *"meica"* o *"médica"* pero no *"machi"*, el trance es parte del arsenal curativo.

Pero ahora todo es más reservado. Mundos muchas veces íntimos y siempre diferentes.

Trance y sueños, dos componentes difíciles y polémicos. Ni qué hablar de los alucinógenos. Pero sin ilusiones, no somos ni Don Juanes ni Castanedas. El límite no es "trance sí o no". Está puesto en otra parte, quién sabe dónde. Inatrapable porque estamos sin redes. Pero, como la lengua o la religión, son formas de, en su negación, excluir, sacarse de encima al *"huinca"* (blanco). Se protege del blanco evitando su divulgación. Maldito papel que nos ha tocado en este reparto de actores. Una dramática ficción sobre la que hemos acumulado grano tras grano de arena.

Hay enojo y desconfianza; sobre quien enseña la lengua al blanco y sobre el blanco que pretende aprenderla.

De la índole religiosa de "nuestros-otros" sólo podríamos inferir, siguiendo el dictámen de los conceptos, el brutal caos de la decadencia y la muerte cultural, bienvenidas si de modernización se trata (Kalinsky y Carrasco ms. para una versión crítica).

Pero, cautela. Seamos atentos a lo que predicamos. Mediatizaciones y pactos. Sobre todo, pactos.

Las iglesias, primero católicas y bastante después pentecostales se instalaron con concepciones opuestas a las del "Otro". Pastores y sacerdotes prohíben a sus feligreses que continúen con sus ritos sagrados. El culto y la misa también riñen entre sí, cada uno buscando su propio predominio social.

Mucha gente concurre, a su debido tiempo, a la misa del sacerdote católico, al culto del pastor o su delegado y, puntualmente a los varios días de celebración del rito de la religión tradicional.

Con alguno que otro conversamos sobre ello. "*Y, por qué no? Si Dios es el mismo siempre*". O el más pragmático: "*Es que a veces reparten semillas en un lado, o en el otro capaz que nos dan manguera o bomba de agua*"3.

---

3 Los patrones de interacción entre sistemas religiosos en ámbitos interculturales y de cambio social rápido aún no han sido suficientemente tratados. O, si lo han sido, ha predominado un sesgo moral sobre el bien y el mal encarnado en las personas que van y vienen de uno a otro. Falta una visión que tenga en cuenta los vaivenes y extremos de los contextos políticos ya sea en la revitalización de universos religiosos que se fundan en núcleos tradicionales o en la simultaneidad de diferentes orientaciones. No podrían llamarse "sincretismo" a factores religiosos de distinta índole que, desde el punto de vista de la evangelización son del todo incompatibles (Tedlock 1992). En este sentido, el caso de las sectas es un fenómeno extremo (Ferrarotti 1990, Nathan 1991) pero que no puede dejar de ser considerado desde esta perspectiva.

Pero no nos confundamos. La lengua, la medicina, la religión están ahí. Siguen congregando a la gente tanto como el trance o el alucinógeno. Aunque sus modos de expresión, ahora, se parecen más de cerca a los silencios con que se pertrechan en su comunicación con el blanco. El "Otro" apenas se asemeja. Es por sí mismo. Siempre nos toma por sorpresa, desprevenidos. Nuestros conceptos les niegan la versatilidad humana. Seguimos alimentando la esfera de tragedias que convoca, por lo general, la constitución teórica de algún "Otro".

Hay sufrimiento ancestral, casi atávico, que toma alguna forma cuando se comparan los distintos tiempos, el actual y el pasado y se juzga el papel de los protagonistas. No se está a la altura de "los antiguos", sobre todo en cuestión de la tierra o la lengua. Este tema es más expresivo cuando más se acepta o legitima la pertenencia cultural de origen. Que se sabe ya no es la de ahora. Sin embargo, persiste la exigencia como circulando en su propia órbita. Los tiempos son distintos, las circunstancias no son parecidas ni por asomo. Ya nada es como antes. Todo es como ahora.
Y de ello hay que dar cuenta. Y se lo hace en un dolor latiente del que nuestros conceptos nos dicen casi nada.
Muchas veces los pobladores nos cuentan sus historias. Pero reticentes a hablar de sus antepasados, cuando lo hacen es casi en una confidencia. *"A los antiguos es mejor dejarlos tranquilos; esto queda entre nosotros"*. Cómo decir con conceptos lo que se ha vuelto indecible? O lo que se ha vuelto tan nitidamente obvio que, por eso mismo, nos pasa inadvertido?

QUIEN ES EL EXPERTO?

> El discurso del Otro es siempre mistificado, en tanto que el discernimiento antropológico reclama un dominio privilegiado en cuanto a entender las condiciones objetivas de la existencia humana. La idea de que el antropólogo está ubicado en un mejor lugar para entender la cultura de otra gente, y más que la propia gente, es una idea recurrente en el discurso Occidental.
>
> David Scott

Una anciana mapuche, en un paraje de Aluminé (Provincia del Neuquén- Argentina), no quería ser fotografiada.

Uno de nosotros, benevolente, aceptó esta negativa amparándose en los conceptos. "Sabía" lo del robo del alma que puede consumarse a través de la figura congelada de una fotografía.

La anciana nos desdijo rápido; no se trataba de nada de eso. Estaba defraudada con los que sacaban fotografías. Hacía años había colaborado en una película documental de la que después ni ella ni nadie había tenido noticias.

Cuando los conceptos no alcanzan, podríamos terminar.

ANTROPOLOGIA Y CULTURA

UNA PARTITURA INCOMPLETA

Es posible poner la realidad en su lugar sin correr el riesgo de crear conceptos y teorías fuera de lugar?

Boaventura de Souza Santos

El hiato entre concepto y realidad no está resuelto.

Franco Ferrarotti

I.

"Según expresa el Dr. Wellin, en sus estudios de Antropología Médica, 'todos los grupos humanos, para definir y conocer la enfermedad, desarrollan una serie de creencias, experiencias y percepciones que están de acuerdo con sus modelos culturales".

Este párrafo inicia una monografía sobre la percepción de la salud y enfermedad que compara ámbitos rurales y urbanos que estuvo a cargo de un equipo de salud. Analizaron, mediante la técnica de encuesta por historietas, las diferencias de percepción entre un hospital (de complejidad media), los pobladores urbanos y aquéllos que viven en zonas rurales, alrededor del alcoholismo, diarrea, desnutrición, hidatidosis, hipertensión arterial y partos.
El marco teórico en que se apoyan, definido con contundencia en estas primeras líneas, confía en que el "modelo cultural" dará la clave de lo que están buscando: las diferencias.

En una reciente reunión sobre ciencias sociales y medicina, convocada entre otras instituciones por la revista "Social Science and Medicine"[1], un psicólogo que trabaja en el tema de la depresión en un Departamento de la Provincia de Córdoba, señalado como el de mayor índice de suicidios de la Argentina, inició su exposición diciendo *"Los Piamonteses registran..."*.

---

1. II Conferencia Latinoamericana de Ciencias Sociales y Medicina. Vaquerías, Provincia de Córdoba, abril de 1993.

Después ya no importa mucho más, puesto que quedó fijada en un orden cultural que le permitía ir y venir, sin mucho trámite, del Piamonte a Córdoba, pasándose por alto ambientes, tiempos y circunstancias. Algo parecido a trazar grandes líneas de continuidad, la 'longue durée' de Braudel, gruesos trazos de firme persistencia, que criticados con dureza por la historia de las mentalidades (Vovelle 1985) ha dado paso a sutilezas y matices.

Debido a la presencia firme de la epidemia de cólera en nuestro país, el concepto de "cultura" ha alcanzado una imprevista notoriedad.

Salido de las entrañas de una disciplina que, en el imaginario popular, es ella misma exótica porque se dedica a lo distante y ajeno, se ha convertido en un factor explicativo siempre aludido como causa de la propagación del cólera, ya sea en el discurso oficial como de los medios de información. Los usos ideológicos de este concepto parecen irremediables a la hora de cargar culpas y distribuir responsabilidades sociales. Se borra toda perspicacia teórica y toda presencia pública de los antropólogos, apareciendo los rasgos más discriminatorios que pueden adjudicársele al término, que no por remanidos dejan de tener efectos psicológicos y políticos. Es así que "la cultura" se usa como sinónimo de hábito incorregible, reservorio retrógado y, sobre todo, de visión falsa de la vida y de la

realidad[2].

Cuando se alude a un solo factor se llega a un vacío explicativo que desconoce el conjunto de interrelaciones (contextos!) que le dan sentido y del cual es parte -en el caso del cólera- la pobreza y el hecho que las poblaciones indígenas hayan sido expulsadas de la identidad nacional.

Aplicar aisladamente el concepto de "cultura" es ver las cosas desde una sola de las perspectivas posibles, que ajena al resto de los factores en danza, no explica y ni aporta elementos de esclarecimiento, como nada lo puede hacer por sí mismo.

Por otra parte, las ciencias sociales y desde luego también la Antropología, han contribuido, y lo siguen haciendo, a provocar esta insostenible equivalencia entre "cultura" y "falsa conciencia", aún desde puntos de vista que no pueden considerarse "conservadores". El tema es que la ciencia no puede dejar de poner en juego los valores de verdad -unos que "ganan" -los de la ciencia y, otros que "pierden". Una visión extremadamente desencantada de los sistemas de creencias (Keesing 1989), ó quienes los ven, sin más, como pura "alienación" (Menéndez 1992), ó, en el otro extremo, sólo como formas de resistencia (Taussig 1987) no hace sino devaluar el

---

2. *Demasiado frecuentemente, encontramos investigadores y practicantes con interés en la dimensión de la salud, concluyendo que los verdaderos impedimentos en el mejoramiento de la salud no tienen que ver con cuestiones como la falta de infraestructura, servicios pobres o incluso sesgos de los propios equipos de salud, sino exclusivamente con las creencias de los consumidores. El arte de victimizar a la víctima es una trampa que se hace cada vez más obvia* (Underwood y Gray 1990).

poder cognoscitivo y organizador de las realidades. En pos de explicaciones últimas[3] se deja en el camino, por erróneas o irreflexivas (Favret-Saada 1990), las que dan los propios protagonistas para quienes los valores de verdad parecen estar puestos en otras partes bien distintas.

Las "raíces culturales" dan nombre y apellido a actitudes, experiencias y comportamientos que no parecen dejar lugar a destinos sociales y geopolíticos -donde quizá habría que buscar los determinantes de la pobreza y la marginalidad de las poblaciones desfavorecidas.

El conjunto de los sentidos que los grupos humanos dan a la vida y a la realidad parecen poder subsumirse en sus "modos culturales", una especie de clave mágica, omniexplicativa.

El efecto epistemológico y político es satisfacer nuestra necesidad de anclar a los "Otros" en la inamovilidad, el no-cambio y la no-historia (Sass 1986). No hay resquicio para la idea de proceso, de entrecruzamiento de sistemas de conocimiemto y poder en los mismos marcos políticos e institucionales (Bourdieu 1987, Reddy 1992). La "causalidad cultural" es pan de todos los días en las explicaciones que damos algunos sobre lo que pasa a otros-algunos (Keesing 1989 para una versión crítica). La ligazón con los "modos tradicionales de vida" da pie a una búsqueda rápida, sin escalas, de los "por qué" -eterno problema de la epistemologia ortodoxa (Brown 1983); y a un

---

3. Que den cuenta, en los autores citados, de la política de la identidad, la mortalidad ó las respuestas a la colonización de minorías desfavorecidas, respectivamente.

encuentro simplificado y encubridor de los contenidos explicativos.

Curiosamente, o no tanto, estos usos del concepto de "cultura" como factor que impide a la gente "ver las cosas tal cual son", poniéndoles el trapito en los ojos con que se juega al "gallo ciego", tiene el efecto de enroscarnos a quienes lo hemos postulado y promovido, a quienes lo usan y a quienes toman "en serio" las versiones académicas sobre ellos mismos (Landsman y Ciborski 1992 para una versión crítica), aunque en este último caso parece que cada vez menos (Goulet 1992).

Basten estos escuetos, aunque representativos ejemplos, en que la codicia explicativa no repara en el vicio de la autoconfirmación en que incurre. Ya se "sabe", de antemano, que "la cultura explica" y todo proceso de indagación no hará más que encontrar lo que se busca, explicando justamente que "la cultura explica".

Y, entonces, todo se vuelve tajante. Quienes hemos superado las barreras culturales y quienes no. Quienes se asientan en el progreso -científico, tecnológico,económico, moral- y quienes siguen empeñados en el encapsulamiento y automatismo, la cinta sin fin de la repetición cultural.

Temeridad que ha sido prestada, al menos en parte, por la Antropología. Y quizá amplificada, tergiversada o simplemente vuelta a dibujar por otras disciplinas hasta los límites de tomar cuerpo en los discursos públicos, oficiales y de los

medios masivos de comunicación[4] .

Es cuestión de definir compromisos y omisiones.

Cada quien tendrá los suyos. Pero algo sí está siendo más claro. El concepto de "cultura", 'alma mater' o latiguillo, según se vea, de la Antropología, o sea del corazón de las ciencias sociales, es usado por algunos especialistas como una noción aplicable en el caso de fracasos explicativos por otros medios; en una suerte de juego de descartes. Que no deja de tener sus peligros puesto que se basa en sostenes ideológicos antes que en evidencias empíricas. Es un vericueto por el que parece inevitable transcurrir de un modo u otro. En la Antropología se nos antoja más escurridizo pero detonante, por la simple razón que la búsqueda de las diferencias, en la promoción de su respeto que en estos tiempos ha sido asumida incluso por el discurso de los derechos humanos (Merry 1992), reencuentra su propia excentricidad bajo un concepto que las unifica, les da un nombre, y termina santificándolas.

---

4. Keesing (1989) es drástico respecto de las "enfermedades conceptuales" que, originadas en la Antropología, han sido "contagiadas", por ejemplo, a los movimientos de nacionalismo cultural del Pacífico, en especial las tendencias esencialistas y la fijación de "la cultura" como artefacto (o 'commodity').

II.

Antropología y cultura son desde siempre 'partenaires' inseparables. Danzan a la vez aunque, quizá ahora, un tanto más desacompasadas. Entre ellas se empeñó una cuña que está empezando a ser atravesada por los "Otros" y por las "Diferencias", a quienes la misma idea de "cultura" no parece importarles demasiado. Y tampoco podremos nosotros, antropólogos, argumentar en favor de sus virtudes, sobre todo causales, en tanto sigamos sugestionados por sus poderes autoconfirmatorios (algo que suele achacársele al pensamiento mágico -Levi Strauss 1968).

Los conceptos son obstáculos de los que no podemos escapar, a costa de quedarnos sin teorías o perder la profesión. A la vez, es común oír colegas que sólo admiten discusiones "realmente" técnicas y teóricas, abstractas y complejas, si se usa terminología codificada. No es el lugar aquí para discutir el papel que cumplen los términos teóricos en el progreso de la ciencia[5] . Sólo intento admitir dos cosas.

La primera, ciencia y conocimientos no son ya reconocidos como sinónimos (Laudan 1986). La segunda es que la ciencia y, por ende, los mismos conceptos tienen raíces culturales (Keesing 1992, Yoder 1991).

El pretendido desarraigo cultural del concepto de "cultura" (otra paradoja de la Antropología) está aposentado en la ciencia y, entonces, se eximiría de las "desventajas" de las

---

5. Pero está claro que términos teóricos no es sinónimo de hermetismo conceptual.

afiliaciones socioculturales.

Los conceptos son sólo eso. Formas de ver y recortar la realidad. Pequeño significado para un gran problema, si no nos entendemos cuando nos referimos a "la realidad". Pero, al menos, dándonos cuenta de las pertenencias y adhesiones, aunque solo sea para no marearnos, a la "cultura científica"[6].

Entonces, podremos avanzar en dos ámbitos: **el del cambio** -distintos conceptos para distintos contextos; y **el de la génesis** -los contextos producen cultura (Arrúe y Kalinsky ep.a, Blackwell 1991).

Pero aquí he incurrido en un deslizamiento semántico. O es que un concepto, como el de "cultura", finalmente es algo más que un recurso enunciativo: es un nombre o una realidad? O acaso los nombres son también realidades? (Austin 1981, Bourdieu 1985), sentidos puestos en práctica, por los que se lucha y a los que se apela, se ama u odia, se encubre o delata. Recordemos la batalla "metafórica" en la "otra" Guerra del Golfo, aquello de la "Guerra Santa" y la "Guerra Justa".

El concepto se transmuta en algo -un significado que se ve, oye, palpa, siente, huele y al que solemos someternos porque da firmeza a nuestras convicciones y calma, en otras oportunidades, a nuestros atisbos críticos.

---

6. No estoy de acuerdo con esta forma de nombrar a la comunidad científica. En vez de reproducir, por analogía o metáfora, una suerte de subcultura en la práctica científica, parecería que puede pensarse, en la línea de argumentación que estoy planteando, en resituarla en la arena sociopolítica global con el fin de restablecer vínculos y orígenes.

El concepto no sólo alude a "la realidad", no sólo "es parte" de ella sino que la erige, le otorga verosimilitud, la emplaza y totaliza (Hernández, Pérez, Procupez, Stagnaro y Kalinsky 1993, Watzlawick 1990). Y es en ese momento en que pierde las cualidades de un concepto, mostrar y dilucidar lo que enfoca y a la vez lo que deja atrás, para volverse una entidad, una realidad que está más allá. Una metafísica de la presencia (Kalinsky y Arrúe 1991a, Laclau y Mouffe 1987) que ha objetivado al objeto, buscando estabilidades y leyes; y en las ciencias humanas ha impuesto esquemas rígidos de categorización, catalogación y homogeneización (Reddy 1992).

Se han perdido, de esta forma, "los trazos de la vida" (Vattimo 1992) las experiencias y sus configuraciones simbólicas, se ha disuelto la fuerza narrativa de las situaciones, buscándose un pensamiento fundacional, al que se lo ha solido llamar "epistemología" para el caso de la ciencia.

El "hecho", la "evidencia", la "verdad" han conformado uno de los programas de la Antropología, que sin importar rótulos, ha respondido mejor o peor, con mayor o menor convicción, a este 'dictum' sobre la fundamentación siempre ubicables, y en un sólo lugar.

La etnografía, en particular, en ese peculiar acompañamiento que hace de los recorridos de la gente, en ese intento de capturar justamente los trazos de sus vidas, en su ir y venir de las diferentes perspectivas, se ha sobrepuesto a una situación paradojal: respondiendo a los mandatos de corresponderse con descripciones válidas de la realidad ha mostrado, no obstante,

un mundo de movimiento y mezcla.

Los programas comprensivos e interpretativos, más ligados a enfoques hermenéuticos (Gadamer 1975) han dado la puerta de entrada de la etnografía al mundo postmoderno[7]; aquél de los descentramientos (Kalinsky y Pérez 1993, Laclau y Mouffe 1987), de los a-esencialismos y del desencanto por los apremios fundacionales (Lyotard 1987, Vattimo 1992).

Esta impronta, empujada sin duda por la actual incertidumbre del orden mundial que no termina de armarse ni desarmarse (Russell 1992) y en el que **la diferencia** -étnica, religiosa- se reproduce en el interior de un capitalismo global pero nunca aceptado del todo, **ha sido retomada.**

Por ejemplo, en las perspectivas críticas e hiper-críticas de las intenciones colonialistas de la antropología que se han querido ver en versiones actualizadas (Said 1978, Scott 1992) - en la construcción de los objetos de conocimiento, en el arraigo en epistemologías normativas y en situaciones-de-campo encubridoras (D´Amico Samuels 1992); ó en el "knowledge for use" (Singer 1990) con un sentido del conocimiento producido que sirva para dar pistas en la dirección de cambios concertados.

Programas de la Antropología fuertemente atravesados por la política y la acción; factores cuya ausencia le ha sido, equivocadamente o no, achacada con persistencia a la llamada "Antropología Simbólica" (Spencer 1989).

---

7. No me estoy refiriendo aquí a la llamada "Antropología Postmoderna", como una posible versión de lo que estoy diciendo. Es un tema en el que no me detendré.

Los contextos cambian con los conceptos. O es al revés? Forman o no, unos y otros parte, de las mismas matrices de producción de cultura? Sin embargo, muchas veces se nos aparecen como indeslindables.

Es posible arriesgar que la creación cultural ha dejado casi siempre atrás al concepto de "cultura" que, en distintas versiones y matices, hemos estado usando. Aún con los cambios radicales que en los últimos tiempos se están intentando, parece profundizarse el anacronismo entre teoría y práctica, conocimiento y acción porque la movilidad histórica de inclusiones y exclusiones se nos está pasando conceptualmente de largo. El concepto de "cultura" da la impresión de estar aculturado, sin densidad histórica y sin exageradas pretensiones de involucrarse por fin con la política y la ideología, con el localismo y el globalismo a la vez.

No es cuestión de dictaminar opciones definitivas sobre la índole del concepto, o aún del fenómeno al que se estaría refiriendo. Pero la pintura se nos aparece un poco desencuadrada.

Por una parte, "la realidad" creada por las distintas definiciones de la cultura, que pertenecen a los antropólogos y en general a la Academia y que, en cierta medida, se ha desperdigado en la esfera pública. Es una realidad oficial, sancionada por la autoridad de la ciencia y, por ende, con poco resquicio para la protesta. Si ésta se plantea es anotada tan sólo como pie de página (para ejemplos que han tratado de cambiar este estado de cosas cfr. Clifford 1988, Goulet 1992,

Landsman y Ciborski 1992).

Cuando se intenta que la protesta forme parte del texto etnográfico, se plantea un interesante problema epistemológico que tiene que ver con el sentido en que se la usa. La estrategia es simple y remanida. Ante la pregunta sobre el problema de la realidad (nadie plantearía ahora que no lo sea) se responde con la postulación de una realidad legítima; acordándose desde dentro de la disciplina los criterios de tal autorización, aislándolos de cualquier contestación "extranjera". En una palabra, se valida la voz del "Otro" para plantear "mi" propio problema; en tanto, qué hay del problema del "Otro"?[8]

Por su propio carril, discurre "otra cultura", difícil de despegar de la recién mencionada. Con muchos puntos de contacto porque la miramos desde nuestros parapetos de antropólogos, haciendo que nuestro entrenamiento de "ir y venir", "partir y volver" sea sólo una excusa.

No parece, como sostiene Mazak (1993), que la empresa antropológica sea un mero ejercicio narcisista, filtrada por nuestras psiques y categorías de pensamiento. Tampoco, tal como lo muestra la práctica de la profesión, podríamos considerarnos "extranjeros profesionales" (Hastrup 1992).

---

[8]. Esta en una situación parecida a la que se ha señalado sobre la "autonomía" de la profesión médica (Herzlich 1985), en el sentido de decidir entre colegas no sólo el diseño de la situación clínica sino también la evaluación de la práctica. Esta forma ha sido drásticamente coartada por los juicios de 'mala praxis', viéndose la medicina vuelta a confrontar con el ámbito jurídico, en una competencia que no le ha sido ajena (Foucault 1990). Todavía resta ver dónde queda, en esta discusión, el derecho del paciente.

Tan sólo creo que nos falta reconocernos -aunque suene irónico- como parte de los procesos de creación cultural, en los cuales jugamos una partida conceptual.

Pero la creación de cultura -vínculos, conocimientos, actitudes, disposiciones, experiencias, percepciones, estilos, representaciones y prácticas (Arrúe y Kalinsky ep.a) tiene un componente que no ha sido contemplado por la teoría , al menos en sus complejas consecuencias. Se han dejado de lado factores de incoherencia, casualidad, indeterminación, equivocación e invención (Landsman y Ciborski 1992, Shokeid 1992)[9]. Así, nos hemos quedado con una parte del "trabajo cultural" (Swidler 1986) al que hemos llamado "cultura", perdiendo la pista de aquello que nos resulta difícil de teorizar.

Necesitamos definir; de eso no hay duda. Tampoco se contraría ya la necesidad de cambiar conceptos que han dejado de adaptarse a nuestras circunstancias y tiempos. Está claro, en tercer lugar, que el uso de conceptos con determinado contenido definicional nos llevará por direcciones distintas a las que conducirían otras definiciones de esos mismos conceptos (los mismos?). Produciremos conocimientos diferentes, tendremos accesos diferenciales al campo y, probablemente, vínculos específicos con "nuestros-Otros" (Kalinsky y Pérez ep).

Pero seguiremos metidos en esa trampa parcial de los conceptos.

---

[9]. *"Sugiero que se trate de expandir nuestra investigación a la incertidumbre, arbitrariedad, lo idiosincrático, lo privado, que contienen mucho de las luchas y logros humanos en sociedad"* (Shokeid 1992:241).

En la propia trama que ellos, y nosotros, vamos creando puesto que una vez dada una definición, ella nos marca un camino que pocas veces estamos dispuestos a desandar. Un camino que nos descamina, mientras nos cierre "el campo" -de los objetos de conocimiento adjudicados a la Antropología y el de la herramienta técnica que nos arma los vínculos que lo hacen posible ('fieldwork').

La punta de la madeja es sólo una cuestión de opciones, pero que no puede ser asumida como tal. "O ésto o aquello", "así o asá". Postulados sobre un mundo armado de estructuras estables o, al contrario, de inestabilidades; como formas excluyentes que dan origen a teorías y conceptos. Al ser postulados no pueden mostrarse con evidencia empírica; la anteceden y, en cierto modo, la diseñan. Es una cuestión de creencias, convicciones que escapan a los modos científicos de actuación.

La apuesta a la estabilidad y coherencia culturales ya está agotada, desde la cultura "de los antropólogos" [10] y desde "la otra".

---

10. Repasemos sólo unas cuantas definiciones:
"Mezcla compleja de ideas en competencia que ayudan a construir el mundo de la gente" (Harwood 1991);
"Entidad dinámica que lidia con inestabilidades internas, áreas compartidas y áreas de diferencia ocupadas y elaboradas por los grupos" (Hopper 1991);
"El orden cultural es sólo virtual, existe 'in potentia'. El significado de cualquier forma cultural específica es el cúmulo de todos los usos posibles en la comunidad en su conjunto" (Sahlins 1988b). Y Goody (1992) dice, finalmente, que no existen versiones autorizadas únicas de cada cultura.

La vereda de enfrente, no obstante, acarrea muchas dudas y escándalos alrededor de quienes la han asumido con más vehemencia, aunque en algún caso quizá sólo discursiva (Rabinow 1986, Tyler 1986); ya que ha sido tomada como un nuevo relato para constituir trincheras de poder académico (Roth 1989, Sangren 1988).

La acusación por el relativismo cultural aún es un estigma difícil de levantar, sobre todo cuando sus consecuencias ideológicas y políticas no pueden asentarse del todo en él. Esta letanía del "todo vale", supuestamente sostenida por el relativismo, parece haber adquirido un inesperado valor epistemológico en la entrada de la Antropología al postmodernismo; aunque difícil de congeniar, más allá de la declaración, con un mundo cada vez más interdependiente y que se diseña por afinidades y oposiciones. *"Ustedes con la relatividad cultural justifican cualquier cosa"* me recriminaron en alguna oportunidad no muy lejana.

Sin embargo, el relativismo cultural es un intento de fijar diferencias sobre bases esencialistas. El establecimiento de diferencias así naturalizadas no ha corrido del todo de la parte de la Antropología. Ella casi nunca ha olvidado su vocación por los contextos (Kalinsky y Arrúe 1991a). Es así como trabajos recientes están mostrando las formas en que esas diferencias, ubicadas en momentos políticos e ideológicos específicos, pueden formar parte central en argumentaciones y organizaciones totalitarias que se sirven de la diferencia cultural, aunque quitándoles el ingrediente sobre el que insiste la antropología

actual: la relatividad de la relatividad cultural, impuesta por un orden mundial transnacionalizado, tanto de bienes materiales como simbólicos (Foster 1991, Gupta y Ferguson 1992).

El Secretario General de las Naciones Unidas, Boutros Boutros-Ghali ha dicho "Soy un hombre con ciento ochenta jefes", aludiendo a los países del Tercer Mundo. En su gestión, está intentando una interpretación cada vez más amplia del concepto de "derechos humanos", en el cual el **derecho cultural** tiene ahora su propio lugar, junto al "derecho al desarrollo" que parece propiciarse desde la administración del presidente Clinton. Algunos analistas norteamericanos, como Amity Shlaest, editora de "The Wall Street Journal", ven en esto un peligroso avance del debate político sobre el relativismo cultural, en el cual el derecho a la diferencia va desplazando de la mira pública los problemas planteados por la violación de otros derechos -a la vida, la libertad o la expresión.

Aquí no sólo se juzga una cuestión de prioridades. Está sobre el tapete un problema que para la Antropología parece haber sido irresoluble. Y en este estado ha llegado a la arena de las relaciones internacionales. Es violatorio dar un punto de vista sobre las condiciones culturales? Porque a un paso nomás está la intervención, aún la declarada "humanitaria" ("caso" Somalía). La Antropología no puede permanecer otra vez ajena a este nuevo debate sobre la idea de "intervención", dando al menos un lugar crítico a su propia actuación en este planteo de las cosas.

Pero, sin duda, no podríamos dar cuenta de la historia de la antropología como disciplina social con estas afirmaciones. Seguimos reproduciendo actitudes etnocéntricas en las formas que diseñamos nuestros objetos de estudio (Scott 1992), en nuestros vínculos durante los trabajos-de-campo (D´Amico Samuels 1991, Herzfeld 1987), en las sobreinterpretaciones que hacemos de los discursos de los "Otros" (Keesing 1987), en nuestras exotizaciones y des-cotidianizaciones (Lins Ribeiro 1989). Y, por supuesto, en nuestros conceptos. Habría que ver si la raíz de la cuestión reside en el principio de la relatividad cultural, del que el "relativismo" es una peligrosa exageración reduccionista tal como todos los días se nos está mostrando; o, además, deberíamos dar cuenta de nuestros propios límites. De ellos, algunos son reparables y otros no.

Nuestro formar parte de una tradición sociocultural (hegemónica) no nos obliga a estar embarcados en permanentes monólogos, desconociendo mediatizaciones y ámbitos de inconmensurabilidad entre sistemas de creencias así como órdenes de interacción.

En este sentido, el afán de buscar bases racionales para todo aquello a lo que no podemos encontrarle un sentido de pertenencia que nos sea reconocible, nos mete otra vez en problemas mal entrazados.

Atkinson (1992) en una revisión reciente de los estudios sobre shamanismo considera que ha habido dos preocupaciones centrales: los estados psicológicos del shamanismo y su valor terapéutico, con el propósito de encontrar alguna clave psicológica, fisiológica o médica. De este modo, el concepto de "estados alterados de conciencia" ha ofrecido a los científicos del comportamiento un fundamento reconocible. Dice que *"si las bases espirituales de la práctica shamánica ponian incómodos a los científicos occidentales, sus pretendidas funciones médicas y psicológicas dieron inteligibilidad y los sometieron a explicaciones racionales"* (pág. 313).

Goulet (1992) en sus trabajos sobre la reencarnación entre los Dene Tha de Canadá, se detiene en analizar si los antropólogos deben o no preocuparse por la verdad o falsedad de las creencias (de los "otros"). Sostiene que a la mayoría de los antropólogos no le interesa la pertinencia de esta cuestión dentro de su tarea profesional. No obstante, cita a Mills (1988) quien dice que *"la disciplina no está acostumbrada a examinar cuidadosa y críticamente la convicción de la gente que piensa que un componente de un individuo que ha muerto sobrevive y nace de nuevo; este es un postulado que requiere de una investigación meticulosa y científica"* (pág. 409/410). Argumenta que un interés cultural en identificar niños como reencarnación de parientes muertos no descuenta la posibilidad de que esos procesos realmente tengan lugar. A lo que Goulet se interroga si *"puede ser establecido, de acuerdo a criterios científicos que*

procesos tales como la reencarnación realmente tienen lugar"? (pág.10).

De qué forma no alterar sentido y criterios, como en el caso de las hierbas medicinales indígenas o populares (Browner, Ortiz de Montellano y Rubel 1988) a los que se fuerza hasta hacerlos encajar en categorías de la medicina alopática oficial, o se buscan en 'settings' experimentales los principios bioquímicos que se quieren como los "reales" agentes activos de la curación; y, al mismo tiempo, registrar conceptualmente coincidencias y confrontaciones, transiciones, relaciones y apetencias o rechazos entre campos semánticos heterogéneos.

El otorgar racionalidad a aquello que no entendemos en términos científicos, aunque muchas veces lo hacemos secretamente en la órbita del "sentido común" o aún de la propia empatía, nos estrecha en una racionalidad que es sinónimo de pensamiento regido por normas y leyes que no admiten la contradicción.[11]

Aún cuando demos valor cognoscitivo a los sistemas de conocimientos que son nuestro interés de estudio, haciendo incluso un esfuerzo por no utilizar ya la denominación de "creencias" (Yoder 1991), no nos cabe mucha duda de que es la ciencia el conocimiento óptimo que el hombre ha logrado. Ahí se nos escapa toda la relatividad de que hacemos gala con

---

[11]. Este tema se retoma con detalle en el capítulo sobre "Los fundamentos antropológicos del conflicto de creencias".

"nuestros-Otros".

El esfuerzo de sistematización que se nos exige[12] en tanto practicantes de la ciencia -aún en una disciplina que ha sido marginal en el conjunto de ciencias marginales (Kalinsky y Pérez 1993)- nos ha oscurecido la perspectiva de nuestra forma científica de conocer (Foucault 1986), haciéndonos inflexibles sostenedores de la sentencia "se es de aquí o se es de allá".

Nuestras categorías de pensamiento y formas de definición de la realidad están preparadas para esta disyunción? El concepto de "cultura" es en este sentido un "modelo" de reducción, que no sólo no tolera discrepancias cognoscitivas a las que trata de retraducir a nuestros propios lenguajes; tampoco logra captar las coincidencias, que son miradas como pálidas "apropiaciones" o "resignificaciones".

Por ejemplo, Landy (1977) propone el concepto de "resíntesis cultural" para describir el uso que hacen los curanderos de elementos biomédicos en sus prácticas tradicionales, como los antibióticos en manos de médicos ayurvedas.

Herzkovitz (1955), por su lado, sugiere que cualquier innovación es rechazada antes que pueda ser definida en términos familiares y así aceptada.

---

12. Los antropólogos tienen diferentes opiniones sobre esta cuestión. Por ejemplo, tanto Friedman (1992) como Smith Doody (1992) están de acuerdo en que los modelos rechazan alternativas. Pero, en tanto el primero piensa que lo que queda fuera mantiene su pertinencia, Smith Doody considera que es necesario separar lo que tiene y lo que no tiene significado. Esa sería, según ella, la misión de la ciencia.

La porosidad y la creación del significado non ha sido todavía escrutadas fuera de un modelo de cambio cultural que no lo vea como un recurso agotable y de bordes fijos.

Nuestra forma científica de mirar al mundo -el nuestro y el de los "Otros"- ha hecho que los fines comparativos, que desde siempre fue uno de los anhelos de nuestra profesión, hayan sido empobrecidos. Nuestros conceptos no están hechos para "la Diferencia", que convive e interactúa en las mismas organizaciones institucionales (Bourdieu 1987, Gupta y Ferguson 1992), y para un cambio histórico no sólo cada vez más acelerado sino también del que nadie es ya ajeno. No se es más "de aquí o de allá", pero tampoco se es en todos lados. Ahí reside el meollo del **cambio teórico**, en el que la interdependencia (Atkinson 1992) que según algunos ya hace veinte años ha sido aceptada (Ferguson ms.) por la disciplina sea acompañada de conceptos en donde la "comunidad aislada" deje de serlo también en la teoría antropológica. Para que los desarraigos y desterritorializaciones, signos de nuestra época, lo sean también de nuestros conceptos.

Se necesita partir de otros presupuestos que, seguramente, también nos serán señalados por la política. Para que los conceptos que usemos no sean nuevos 'ad-hoc' (arreglos) que como tales dejen todo como está.

III.

Quienes intentan avanzar por una **teoría de la acción**, ya alejada de concepciones parsonianas donde el individuo es sepultado por las normas institucionales, recalcando el **papel performativo** -actuaciones y logros- de las personas ('agency' según Giddens 1977, 'performance' según Turner 1986, por ejemplo) quedan, no obstante, a medio camino en la relación "actuación-significado". *"No es el sentido lo que crea la cura sino la cura la que crea el sentido. La cura en sí misma emplea herramientas y técnicas pre-existentes y pre-comprendidas, de tal forma que la comprensión última probablemente no será muy innovadora. Pero se usará de una forma peculiar para cada situación"* (Harrell 1991:64).

El arraigo de la "fuerza cultural" en los comportamientos y decisiones de la gente es otro interrogante que puede ilustrar esta cuestión.

La perspectiva antropológica de la salud/enfermedad muestra, por un lado, que la gente suele seguir opciones terapéuticas que poco tienen que ver con lo que pudiera esperarse de ellos dados sus 'backrounds' culturales (Heggenhougen 1991, Hopper 1991). Pero no se trata de un mero pragmatismo sino que entre la decisión y la acción median argumentos sustanciales que desconocen, hasta cierto punto, sus "raíces culturales", haciendo tambalear ese concepto antropológico. Y no sólo en sus concepciones que ahora nos parecen más extremas o pasadas de moda -aquéllas de las burbujas de aislamiento- sino sobre todo

en sus supuestas capacidades prescriptivas, rasgo éste que nunca fue abandonado del todo. A pesar de las evidencias que los mismos antropólogos arriman alrededor de esta enorme brecha -por el vacío teórico existente- se duda en hacer un avance en esa dirección.

Recientemente, G. Foster (1988) ha hecho una revisión de algunos de sus esquemas conceptuales, como la oposición "frío/caliente" que pensó central en la teoría humoral de la medicina hispano-americana. Antes que una función que prescribe la opción terapéutica que se ha de elegir cree que tiene más bien una función validatoria.

Podría agregarse que también justifica decisiones que se toman durante las etapas de definición de la enfermedad y del restablecimiento/curación y que dan pie (legitiman) a la lisa y llana variación y creación sociocultural de creencias. El uso, frecuentemente registrado por la teoría antropológica de la frase *"Así lo hacían los Antiguos"* (*'that's the way of our Ancestors'*) podría ser tomado no sólo en la forma de repetición cultural (Ortner 1984) sino también en un sentido metafórico, una manera de decir que tiene ante todo un **valor heurístico** antes que doctrinal (Hopper 1991). Los procesos de diferenciación de creencias no sólo tienen lugar como nuevas decisiones circunstanciales, como medios de "salir del paso". Antes bien, lo hacen en forma de continuas expansiones de los significados que los hacen, así, de fronteras difusas y permeables en el contacto con múltiples fuentes de símbolos y tecnologías provenientes de los distintos sistemas de

conocimiento en juego.

Se sigue apostando todavía a que "la cultura" proporciona una identidad que, si bien cambiante, es decisiva en la configuración de los 'selves', grupos y comunidades.
Por ejemplo, un mismo autor en el mismo artículo dice que debe tenerse en cuenta un gran conjunto de factores que pueden influir en la percepción de la enfermedad, sin descontar el mero azar o circunstancias del momento; pero, a la vez, afirma que está convencido de que casi cualquier aspecto del comportamiento de la gente, incluyendo la percepción de las opciones de salud/enfermedad y las formas que toma la búsqueda de ayuda, están significativamente influidas por el contexto cultural en que la gente vive y diseña sus vidas (Heggenhougen 1991).

Por su lado, Das (1990) sostiene que cada persona tiene una relación activa con su cuerpo y su dolor. *Las enfermedades de la sociedad similarmente* -continúa- *aparecen encarnadas en experiencias de sufrimiento, antes que en esquemas cosmológicos abstractos del diablo y los dioses* (pág. 31).
Esta perspectiva no parece empañar, sin embargo, su convicción de que las operaciones de mutilación a las que son sometidas o autopractican las mujeres, y que hace que la sexualidad y los partos sean experiencias dolorosas, no son reconocidas como peligrosas o humillantes por ellas; porque el cuerpo así diseñado está ligado a ideas profundamente arraigadas sobre la femineidad.

La visión normativa de la cultura está, desde ya, gradada con otros ingredientes que, en general, se centran en las posibilidades directivas de las personas -como agentes y decisores comprometidos- que ponen a prueba y evalúan sus estrategias y, sobre todo, son deudores de distintas fuentes de creencias (Heggenhougen 1991, Hernández, Pérez, Procupez, Stagnaro y Kalinsky 1993, Hopper 1991, Kalinsky y Arrúe 1991a, Myntti 1991). Frente a lo que parece ser una opción mal planteada -que puede resumirse como "innovación o tradición" o "epocalismo o esencialismo " (Geertz 1987), la ambivalencia ha sido una señal frecuente de que nos hemos dado cuenta y que estamos intentándolo, con un pie en la seguridad de los anclajes y otro en la incertidumbre de los despegues. Veamos...

Keesing afirma que "*lo que hemos llamado 'culturas' son siempre múltiples y múltiplemente ambiguas, internamente complejas y perspectivamente construidas y, a la vez, eternalizaciones, celestizaciones y universalizaciones del mundo* (ms.a :26). Y sigue, en otro texto, "*creo que debemos mantener una clara visión dividida que ve al conocimiento cultural a la vez diferencialmente distribuido dentro de los sistemas sociales y como comprendiendo un sistema ideacional relativamente coherente que trasciende cualquier conocimiento individual o cualquier visión perspectiva. La primera visión nos permite ver la 'economía política del significado', analizar las fuerzas ideológicas de los sistemas culturales' y ver la construcción del significado como perspectiva entre los 'actores nativos' así como quienes lo interpretan antropológicamente. La segunda*

perspectiva nos permite ver patrones, principios, y premisas que dan orden y estructura a las comprensiones e intereses perspectivos, parciales y fragmentados de los individuos y los grupos de interés. El primero nos permite interpretar los procesos de cambio; el segundo nos permite ver qué permanece constante y ccherente frente al cambio." (ms.b)

Ferguson, por su lado, se ha plegado a esta situación de doble visión, diciendo que *"el reconocimiento de la pluralidad, la fragmentación y la improvisación es un lugar común en la antropología actual. Pero eso nada nos dice si no le encontramos su significado y su lógica. Si el mundo cultural realmente está compuesto de prácticas improvisadas y fragmentarias, ellas deben ser aprehendidas, dándoles sentido antropológico"* (ms.:3).

Swidler (1986) desestima la idea de la actuación causal del concepto de "cultura". Desplaza sus núcleos duros explicativos para conformarse con lo que ella llama *"tool kit"* de recursos, con los cuales las personas pueden construir y adaptar sus estrategias de acción, según conveniencias y disposiciones. Sin embargo, aún cuando proponga investigar las formas en que las capacidades culturales creadas por un contexto histórico son reapropiadas y alteradas bajos nuevas circunstancias, sostiene que *"cuando más central sea una fuente cultural en una vida dada, y cuento más fuertemente se la invista de significado, las estrategias de acción están embebidas en esas fuentes culturales; tienen efectos duraderos en quienes las mantienen ya que la cultura les ofrece el repertorio a partir del cual*

elaboran sus líneas de acción (pág.284) aunque no causan la conducta de la gente ni determinan los fines que persiguen.

Hubo cambios drásticos en la teoría de la acción social, pero permanece cierta reticencia en abandonar concepciones sobre el significado que la puedan seguir. No creamos significados de la nada, en cualquier momento y oportunidad. Sin embargo, sí lo hacemos, cumpliendo requisitos y condiciones que, por ahora, no entendemos del todo. Tampoco basta con aceptar que todos somos sujetos de conocimiento (Foucault 1986, Kalinsky y Arrúe 1991a), posicionados (Mazak 1993, Rosaldo 1989, Smith Doody 1992, Swedenburg 1992) o agentes activos (Atkinson 1992, Merry 1992, Reddy 1992).

Persiste la idea de "profundidad/prescripción" de la cultura porque también lo hace la dicotomía "individuo/sociedad". Es así que si bien se acepta la capacidad de administración y gestión de la acción individual <u>frente a</u> normas, instituciones o significados de honda densidad histórica y organizativa, no se la considera <u>junto a</u> normas, instituciones y significados. No es sólo que uno de los términos no pueda ser pensado sin el otro, como es el lugar común. Sino que se reparten las características de signo contrario entre los dos componentes de la dupla: el individuo "activo/ múltiple/ agente/ creativo, heterogéneo/ disperso/ híbrido" y la sociedad "unívoca/ persistente/ conservadora/ homogénea", aún cuando se admite la historicidad de un sistema así armado.

Es la antropología jurídica quien está problematizando con más convicción la cadena de **mediatizaciones** entre la gente y las instituciones o "la cultura". Admite siluetas difusas y capacidades autónomas y no autónomas tanto de las arenas legales como de los individuos que actúan **con y en** ellas (Merry 1992, Merry ms.). Las instituciones también crean significados tal como las personas podemos estar unívocamente sujetadas a normas y mandatos que absorbemos, obedecemos y no ponemos en cuestión.

Enfocar las articulaciones socioculturales, intermediaciones y las formas y límites de la reversibilidad semántica en la arena institucional es la línea de investigación que se nos impone. Nosotros, como antropólogos, estamos envueltos en la misma política del significado.

IV.

La paulatina erosión que viene dándose en el concepto de "cultura", aunque con altibajos y vacilaciones, parece que permite hablar de un fenómeno teórico de "des-ontologización" del concepto.

De una "colección de creencias culturales" (Millard 1992 para una visión crítica) a los que se obedecería ciegamente (tradición), de una arraigada convicción sobre la cultura como entidad observable (aunque haya sido siempre como observable metodológico) se ha pasado a conceptualizarla como un fenómeno más superficial; y, que no puede dejar de lado el contexto político, técnico, histórico, económico e ideológico donde se manifestaría.

En cierta forma, ha vuelto a ser pensado "tan sólo" como un concepto, quitándosele los dejos esencialistas que tanto obstaculizaron una teoría del cambio sociocultural que tuviera en cuenta algo más que las "grandes" variables -generalmente, modernización y aculturación- como opciones inapelables y excluyentes.

Aquí sólo haré referencia a tres elementos que están siendo aportados y que parecen pistas interesantes en la profundización de este camino: las intermediaciones, las microprácticas y los procesos cooperativos de interpretación sociocultural. En vistas no sólo de la producción teórica en sí misma sino, además, de que ella forme parte de redes de conocimiento donde se puedan articular propuestas académicas y no académicas, oficiales y no oficiales.

Se ha instalado una cuña entre las orientaciones culturales y la acción cotidiana de la gente. No hay ningún sentido de la perentoriedad, habiendo márgenes de decisión, opción y acción que se despegan, más o menos definitivamente, de las "tradiciones". Quizá se crean otras nuevas ("neo-tradiciones") (Atkinson 1992, Sahlins 1990) pero el rasgo de repetición monótona, "tal cual siempre lo fue" (quién sabe como siempre lo fue? [13]) ya no tiñe, tanto al menos, la percepción del

---

13. "Yo no siempre me siento cómodo contando historias. Cómo puedo estar seguro de que estoy diciendo la verdad acerca de hechos que ocurrieron antes de mi tiempo? Por eso, a veces me parece que estoy cargando con mentiras. Esta es la forma en que pueden aparecer, y no quiero decir algo de lo cual no estoy seguro de que sea verdad" (citado por Goulet 1992).

antropólogo.

Merry (1992) sostiene que la llamada "ley de la costumbre" usada por los estados coloniales, especialmente el británico, no fue un resabio de tiempos inmemoriales sino una construcción histórica del período colonial. No fue una costumbre estática y obsoleta, dejándose la innovación sólo en manos de los sistemas políticos 'top'.

Se enfatiza la capacidad "nativa" para cambiar de tradiciones, renaciéndolas a la luz de nuevas condiciones y requisitos. Aunque, a la vez, manteniendo precisamente en el cambio una memoria selectiva (como cualquier memoria) del pasado.

Yoder (1991) cree que se ha mostrado que los cuerpos de conocimientos son más sistemáticos y menos determinantes de las acciones de lo que se pretendió. De tal forma, el diagnóstico de la enfermedad y las opciones terapéuticas que se elijan no pueden necesariamente predecirse invocando las creencias sobre la enfermedad.

El quiebre de una idea "cerrada" de cultura está permitiendo aceptar la dinámica del contacto cultural que, en líneas generales, se desliza por el clivaje de las dominaciones y subordinaciones.

Nada tiene ya un valor teórico universal, porque a la larga o a la corta cualquier formulación de esta índole es desbordada por el desplazamiento de sus propios límites.

No sólo el conocimiento es socialmente distribuido (Keesing 1987 y ms.a) y en cierta forma opcional (Rappoport 1987); la aplicación activa de los significados culturales ha vuelto visible la dimensión estratégica de los discursos y la comunicación (Bourdieu 1985, Foucault 1986, Giddens 1977, Goody 1987, Habermas 1989, Sahlins 1988b). Se está intentando ver por entre las contignencias, las expectativas e intenciones de la gente, grupos e instituciones; mediatizándose los usos y sentidos **contextuales y locales** de creencias y conocimientos en ambientes ideológicos y políticos de fuerte antagonismo (Sahlins 1990); cada vez más desordenados y multiplicados, con una reversibilidad algo más tangible dado el actual estallido social de los puntos hegemónicos, que parecen romperse uno tras otro (Laclau y Mouffe 1987).

Se ha aceptado una **dimensión práctica** de la cultura, que la ve como un resultado cambiante de la acción (Foster 1991), siendo un **lugar virtual** de contenidos más o menos inespecíficos y, sobre todo, no tipificados.

Siguiendo esta línea de argumentos, el conocimiento social parece ser ante todo un **cuerpo polivalente de significados** (Crick 1982, Hopper 1991, Keesing 1987) que no es necesariamente del todo compartido por los grupos; repertorios mezclados y cambiantes que se crean y negocian en la vida cotidiana de las personas y comunidades.

La consistencia ya no es un requisito que sea buscado o exigido por los antropólogos en el establecimiento de los sistemas de creencias (Harrell 1991). Esta pretensión había llevado a menospreciar las interrelaciones que siempre han tenido lugar en situaciones de contacto. Le mezcla es tomada ahora como una de las formas de las prácticas cotidianas de la gente, a tal punto que no sólo se podría "hablar en dos idiomas a la vez" sino que explicaciones de un idioma se combinan, por ejemplo, con estrategias de otro.

Tanto los discursos puestos en práctica como las prácticas discursivas y tecnológicas tienen conexiones situacionales **múltiples** con la dominación o subordinación.

Tanto los discursos y prácticas hegemónicas como las contestaciones cambian habitualmente de signo, según los contextos y significados que se juegan en cada situación.

La gente no sólo se limita a aplicar significado en un determinado curso de acción, sino que a la vez, lo va creando de manera más o menos compartida o completa.

No se apela a las explicaciones definitivas, aún cuando el ciclo de una acción se de por finalizado (como en el caso de una curación). Cada participante tiene una forma parcial de dar cuenta, y ni la suma de todas las explicaciones "parciales" atribuye el cuadro completo, ni pueden indagarse los "verdaderos" factores que "causaron" la curación de una enfermedad (Arrúe y Kalinsky 1991, Eguchi 1991).

Taylor (1989) quien ha tratado de descontruir la imagen separada del 'self', ha planteado las "teorías de pertenencia" ('theories of belonging'), según las cuales la capacidades del hombre se han desarrollado como resultado de su pertenencia a la sociedad, dando otra vuelta de tuerca a la relación "individuo/sociedad". No hay ninguna independencia entre estos dos términos, sino 'agency' [14] y **acción mediatizada**. Según este autor, los procesos sociales e individuales pueden ser mejor entendidos desde una perspectiva teórica de mediatización en que ninguno de los componentes es autónomo, puro y singular. Cada uno no podría jugar la partida por sí mismo, aunque sea teniendo en cuenta los movimientos del otro [15].

La mediación también es para Vigotzky (1987) un hecho central de la psicología, siendo la "acción mediada" la unidad irreductible de cualquier análisis.

El punto que aquí interesa marcar es el desmedro político y epistemológico de los discursos universales así como los dualismos taxativos que opacan, teórica y políticamente, las condiciones del cambio social. Ya no hay lugares literales o topográficos donde cada cosa, el individuo, lo político, la

---

[14]. Este concepto hace referencia a la capacidad de los actores sociales para ser "monitores" de su propia conducta dentro de ciertos límites estructurales (cfr. Giddens 1977).

[15]. Esta es una idea muy arraigada en el pensamiento teórico de los antropólogos. Hace poco oí preguntar, medio en broma y medio en serio, sobre una situación particular: "finalmente, quién ganó, la institución o las personas?" La disyunción planteada es ya extemporánea.

cultura, la verdad, la autoridad, la evidencia, la justicia o la explicación pueda ser adjudicada sin resto ni resquicio.
Habrá quizá "anti-lugares", subvertidos por las mediatizaciones, la formación contextual y provisoria de consensos y disensos, por los "habitus" (Bourdieu 1985) como "mentes sociales" construidos temporalmente por la práctica (Munck 1992).

V.

La idea de "localidad" es una herramienta teórica que ya ha sido planteada en esta dirección (conocimiento local, prácticas locales, estilo local -Arrúe y Kalinsky 1987, Arrúe y Kalinsky 1988- cultura local -Hammad y Mulholland 1991, 'develop-man' - Sahlins 1990).
Refiriéndose a la formación de culturas nacionales dentro de un marco de globalización, Foster (1991) considera que cualquier importación -música, formas literarias, estilos de viviendas- se transforman y recontextualizan en las estructuras comunicativas locales y, de cierta forma, se indigenizan. *"Más aún* -dice- *hay algo 'nigeriano' -no Yoruba, Hause, Nuge o Tiu- en estas indigenizaciones. Es decir que la cultura nacional nigeriana tiene una realidad de cierto tipo, que emerge como producto del entrelazamiento entre formas culturales globales y locales, mediadas a través de un también emergente estado postcolonial"* (pág. 251).

Vega y Rumbaut (1991) tratando de indagar la presencia de algún factor de riesgo adicional para la salud mental en minorias étnicas en los Estados Unidos, trabajan con el concepto de "estrategias biculturales". Son redes de asociación con componentes del país de origen y destino que funcionarían como mediatizadoras de los procesos mórbidos depresivos que suelen acompañar a las crisis migratorias. Un camino de doble dirección, que va, viene y vuelve impidiendo, o al menos aminorando los extremos -asimilaciones ó tradicionalismos de difícil articulación, que se convierten en componentes de vulnerabilidad de la salud mental.

Kleinman ha sido quien más decididamente ha impulsado la incorporación teórica del concepto de **mundos locales**; insistiendo en la necesidad de des-tecnificar el sufrimiento humano (1987), intentando disminuir los efectos de los diagnósticos psiquiátricos. En un trabajo publicado en 1991, junto con Joan Kleinman, propone dar envergadura teórica a una "Antropología de la experiencia". Otros autores, por supuesto, los acompañan en este orientación (Bronson 1992, Laclau y Mouffe 1987, Scott 1992, Shokeid 1992, Strathern 1992), cada uno desde su propio punto de vista.

Para ello, es inevitable tomar en cuenta que son estas mediatizaciones locales quienes diseñan el flujo de la experiencia, resonando y reforzando las categorías populares acerca de lo que significa la vida y *"qué es lo que está en juego en cada una de las situaciones de la vida"* (Kleinman y

Kleinman 1991:293).

Dicen que "*los antropólogos hemos sido parte de la inautentificación de estos mundos morales locales, ilegitimando fracasos y éxitos, desesperaciones y aspiraciones de las personas y grupos; de ellos se puede seguramente dar cuenta en forma más humanizada no como una representación de alguna otra realidad (sobre la que nosotros como expertos poseemos algún poder) sino como la evocación de experiencias cercanas que están por ellos mismos. Aquello que está en juego en la experiencia de las personas, como mediatizaciones conceptuales, es elaborado por los mundos locales de la vida, redes o comunidades diseñadas por las relaciones sociales donde transcurre y se negocia la vida cotidiana*".(Kleinman y Kleinman 1991:296) (cfr. Arrúe y Kalinsky ep.a).

Por su lado, las acciones de salud, sobre todo aquéllas planificadas y gestionadas desde las administraciones centrales, no pueden desconocer el filtro que representan las redes locales que actúan evaluando, dosificando y seleccionando servicios curativos y campañas preventivas. Aun cuando la medicina alopática oficial esté francamente bien instalada en casi en todas partes (Caldwell y Caldwell 1991), no se puede pasar por alto esta instancia de intermediación local que las pone a prueba y las sitúa como una opción disponible entre las múltiples presentes.

Las quejas de los equipos oficiales de salud sobre el mal uso o, al menos deficitario, que la gente hace de lo que se le ofrece ignora la lectura local que se hace de esas propuestas.

Ella tiene que ver con experiencias pasadas, accesibilidad, confiabilidad y las decisiones que se hagan respecto a la índole del padecimiento, el uso de estrategias múltiples, costos y beneficios así como a los estilos culturales con que se asigne sentido a los procesos singulares de la salud y la enfermedad[16].

Por iguales razones, los argumentos usuales que se dan sobre que la educación de la madre (Caldwell y Caldwell 1991) facilita un uso más sistemático de los servicios oficiales de salud, que se descuenta son mejores que los tradicionales o populares, deben ser combinados con los procesos atinentes al sentido -semántico y político- de estos factores en los niveles locales, que dan un contexto propio de pertinencia.

El análisis de la percepción de la gente sobre las opciones terapéuticas ha tenido un planteo que la ha falseado. Se las ha tomado desde un punto de vista subjetivista, es decir, percepción distorsionada, empañada por lentes culturales que no logran una visión correcta, bien dimensionada de los beneficios y logros que ostentan los servicios oficiales. En desmedro de la capacidad que tiene esa misma percepción -que es también, repito, política- en la propia constitución comunitaria e

---

16. Sobre este tema referirse al capitulo "Los fundamentos antropológicos del conflicto de creencias en la relación médico-paciente. Un equívoco adrede?"

ıstitucional de los servicios oficiales.

ıs percepciones no son tan sólo representaciones, y éstas .timas no son meros mapas de la realidad; forman parte activa : su constitución.

› puedo resistir la tentación, llegados aquí, de transcribir ıa deliciosa narración que ilustra muy bien, creo, este punto. ıisiera, sobre todo, que el lector considerara el punto de .sta del médico que escribe , quien sufrió de forma abrupta y .vencial estas formas de **des-hegemonización** que, a veces, .enen lugar en los ambientes locales.

1 pesar que la intención del estudio era descubrir los :rdaderos patrones de enfermedad del lugar, en realidad ;tábamos midiendo ´compliance´, porque dependíamos totalmente :l interés y cooperación de la gente del lugar. ´Compliance´ es ıa palabra ahora de moda entre los médicos par describir una ɔnducta del paciente apropiada, a pesar que mi diccionario frece el significado de ´obediencia activa´ o ´sumisión servil los deseos de otro´. (pág. 771)

ıs comprensiones iban cambiando. Cuando dejamos Pari (Papua ıeva Guinea) en 1974, las madres jóvenes estaban empezando a :eptar la revisión semanal de sus bebés en la clínica como uno : los rituales que permitían que el mundo estuviera en orden. ı comprensión de lo que estaba pasando era simplista. Aceptaban ıe las inyecciones de inmunización hacían más fuertes a sus ijos. Seguramente daban poca importancia a las mediciones y ɔntrol de peso que se hacían regularmente pero lo aceptaban

como un ritual de suma importancia para el staff médico. Bajo nuestra supervisión, las madres iban semanalmente a la clínica más para hacer las relaciones sociales que formaban parte de esa mañana- que por la salud de sus bebés.

En Pari, nuestra 'dominación' (como sistema médico) era relativa, porque en la villa sobrevivía un sistema indígena completo que entendía a la enfermedad en forma diferente, producto de una amenaza a las buenas relaciones o un fracaso en la observación de las leyes naturales. Esta comprensión proveía de control y de respuestas apropiadas a las situaciones de enfermedad por medio de sus propios rituales. Los rituales que nosotros podíamos ofrecer -penicilina, vendas, yesos- eran adicionales. Sin ninguna duda, eran útiles, buenos para tener cerca y rápido, pero no eran el único ni siquiera el más importante de los recursos. Algunas familias o individuos no estaban del todo seguros de sus recursos tradicionales y entonces usaban rituales foráneos más prestamente; otros vivían cerca nuestro, y nos venían a conocer, y después de algún tiempo nos hacían encajar sin dificultad dentro de su mundo como parte de sus rituales preferidos. Un aspecto que pareció universalmente apreciado de mi estadía en Pari fue mi posición dentro del hospital, que los proveyó de un amigo y 'ombudsman' en un medio amenazante y peligroso, dispuesto a darles entendimiento y, en alguna medida control, de sus misterios atemorizantes. Pero en el lugar fuimos una curiosidad, una mezcla de amigo y enemigo. Nuestra casa era un museo desconocido de aparatos y cargo, un lugar de costumbres no usuales;

nosotros mismos fuimos exhibidos como un pequeño zoo que era de ellos. Algunas personas gustan de los museos y zoo más que otras. Algunos fueron sólo una vez para chequear el lugar; otros iban frecuentemente para ver a sus mascotas preferidas. Parece que así fueron las cosas en Pari (Maddocks 1990).

En contextos jurídicos (Merry ms.) y jurídicos-penales (Caram ms.) se están enfocando formas de mediatización. Ellas son usadas tanto por la gente como por las propias instituciones (aún la carcelaria), impulsadas por las circunstancias específicas en donde deben funcionar y poner en acción mandatos y deberes.

En ocasiones, estas formas de intermediación pierden visibilidad porque los actores intercambian y usan para su propio provecho elementos y formas de actuación propias de "los contrarios". Desde argumentos judiciales, leyes , formas de usar las cortes hasta funcionarios que buscan acercarse a las instancias comunitarias, "arreglando" los mandatos institucionales en vista de mejorar la eficiencia de sus administraciones. A veces, son los juicios orales quienes proveen una buena dramatización de estas variaciones y límites de las formas que toman las hegemonías -perceptual, cognoscitiva, normativa, técnica y por qué no afectiva. La pregunta que queda, por ahora, en el aire es, también política?

VI.

La situación postcolonial parece haber dejado más al desnudo estas formas continuas y continuamente cambiantes de hegemonización, des-hegemonización o sobre-hegemonización.

La época postcolonial ha puesto sobre el tapete -epistemológico y político- el fenómeno del **pluralismo cultural**, la convivencia de conjuntos de conocimiento y prácticas en los mismos ordenamientos jurídicos e institucionales.

Quizá el que más esfuerzos ha deparado, por ahora, es el ámbito de la salud/enfermedad.

Desde la década de los '70 y en virtud del lema "Salud para todos en el año 2000", los intentos por impulsar las estrategias de la Atención Primaria de la Salud han llevado a profundizar zonas de coincidencia y a identificar aquéllas de conflicto con las formas tradicionales de curación.

Ello ha implicado pequeñas revoluciones conceptuales. Desde un inicio en la evaluación de la "cultura" como obstáculo al progreso en general y al médico-tecnológico en particular (antropología funcionalista norteamericana de la década del 60 y la continuación más débil de sus postulados), hasta la evaluación cognoscitiva y terapéutica de los sistemas etnomédicos.

No obstante, el paso más importante se ha dado al enfocar las formas de convivencia, de interacción e intermediación que se dan en estos ambientes de pluralismo de creencias y acciones: transferencias, préstamos, inclusiones, exclusiones, aceptaciones y rechazos. Saltos conceptuales hacia un sistema y, a la vez, permanencia en el otro. Hablar y curar en más de un lenguaje a la vez, ir de aquí para allá, volver o no volver son todas posibilidades que da el pluralismo médico. Y muchas más que ni siquiera advertimos.

Más recientemente se están empezando a admitir estos mismos juegos en situaciones de pluralismo jurídico. Aunque en este caso particular, la presencia de los órdenes jurídicos tradicionales es bastante menos reconocible en la sistematicidad e institucionalización populares que tienen los médicos.

Sin embargo, se re-inventan tradiciones y estilos populares -así como se lo hace con la historia y los mitos- en la interpretación y uso de las leyes, penas y castigos dominantes así como en la propia semántica de la justicia.

Un tercer pluralismo que me gustaría sólo plantear es el religioso.

La historia social de la evangelización lo ha intentado borrar casi definitivamente de la reflexión teórica, acuñándose en este dirección el término de "sincretismo" -también usado en el ámbito de la salud.

La idea de formas religiosas, o médicas, sincréticas, de síntesis cultural, de reacomodamiento dentro de determinados límites cosmovisionales ha seguido, en el trazo científico, la

propuesta evangelizadora. Y, en cierto, sentido, se ha negado al registro tanto de las mediaciones como de las representaciones y convicciones que, intactas o no -seguramente no- siguen estando con grados variables de autonomía, más o menos ajenas unas a las otras, pero a la vez (Kalinsky, Carrasco, Arrúe y Witteman ms.).

Por ende, conviven formas de evangelización, indigenización y creolización [17] pero ninguna de ellas con un carácter definitivo y excluyente, desde el punto de vista de los creyentes.

Desde las organizaciones religiosas y sus líderes, como aún desde los operadores de los distintos sistemas médicos, esta es una situación que genera conflictos que deberían ser encarados.

Por supuesto, hay quienes muestran mayor flexibilidad cognoscitiva, moral y política para abarcar al pluralismo, al menos en la parte que a ellos les concierne.

La amplia, compleja e impredescible trama de mediatizaciones puede, otra vez, contener alguna clave que por ahora nos es oscura pero que la sabemos. Al menos por la negativa, cuando ellas se pierden por la fuerza de imposición que toman, muchas veces, las instituciones. En esas ocasiones también los

---

17. Es un término propio de la lingüística que uso aquí en sentido amplio. Se llama 'pidgin' a vehículos comunicativos que se elaboran a partir de, al menos, dos lenguas. Tienen una estructura simplificada y sirven sólo a las necesidades de comunicación entre grupos que no tienen otra lengua en común, pero sí una lengua materna cada uno de ellos. Los 'creoles' han seguido, por su parte, un camino de transformación, de maduración social (Jourdan 1991).

contextos se pierden, ya no hay "márgenes", redes vinculares y locales para negociar y pactar sentidos, atribuciones, autoridades, identidades y medios. Esos márgenes no son espacios ni topografías, ni mucho menos periferias. Ante todo son ámbitos de ejercicio, de puesta en práctica de juegos y articulaciones.

La pérdida de la pluralidad de contextos hace que se inhiba la multiplicidad de marcos de referencia, los mapas sociales, afectivos y cognoscitivos, junto con las instancias de confrontación. Esta situación lleva a que todo deba ser puesto en términos de un solo idioma, armándose ese círculo de autovalidación con repercusiones previsibles en las prácticas y las políticas. Procesos de medicalización (Conrad 1992), prisonización (Baratta 1989, Zaffaroni 1989) o de fanatismo religioso (sectas) son formas totalitarias y, como tales, sobre-hegemonizan.

Víctimas, sangre, luchas y pérdidas no son, a pesar de todo, definitivos.

VII.

Estudios en fábricas en Kuala Langat, Malasia, indican un espectro de tácticas de resistencia para mejorar las relaciones laborales de las mujeres. Las trabajadores apelan a formas no verbales para ganar espacios simbólicos y físicos contra normas y regulaciones de las fábricas. Una de las más usadas es la de atender a "temas femeninos"- provocación de problemas alrededor de la menstruación, su presencia, su ausencia, el proceso paulatino de su retiro. Otras formas usuales es la de "posesión de los espíritus" que ha hecho irrupción como parte de las relaciones laborales. Formas de articular la opresión y el sufrimientos diarios, inspirándose en las tradiciones religiosas, abordando posibilidades para el cambio (Ong 1991).

He aquí lo que me gusta denominar "usos públicos de cosas íntimas" llevados adelante por la fuerza de trabajo femenina en fábricas de Malasia, uno de los "tigres del asiático".

Las actividades, a pesar de nuestras ganas, no alcanzaban a compensar el estado de ocio cotidiano, expresado en el dormir de día, como un intento de escapar del tiempo. Quizá a veces quebrado por la actividad del grupo, por algunas tímidas incursiones artesanales como el modelado de objetos en papel de diario amasado con harina, o el trenzado de hilos de plástico, algunas pocas lecturas, ocasionales encuentros deportivos pero, sobre todo, por las reuniones alrededor del mate, en el pasillo

o en las celdas. El mate es, siempre, un medio de facilitar el vínculo con los otros y con uno mismo. Y se tornaba imprescindible en las épocas de castigo, cuando son encerrados, a veces, por largos períodos.

Las inquietudes tuvieron distintas respuestas. Las jurisdicciones institucionales no estaban claras. Una comisaría que opera como alcaidía, e incluso cárcel, un hospital que no se dedica solamente a atender apendicitis y neumonías, un grupo de presos con inquietudes, otro grupo que los apoya.

Por supuesto, los responsables institucionales daban su estilo a la tarea. El juzgado y la comisaría cambiaron de titulares. Y se intentaban alternativas, a base de ideas posibles y otras utópicas pero con al sabor de la esperanza.

Pero así como hay diversos modos de entender la salud también los hay sobre la seguridad, que los presos no se escapen, meta que es vital en las instituciones de la justicia.

Acá la concepción comunitaria tiene poco que hacer. Quien las hace las paga en especial a partir de la presión que a veces desarrollan quienes son perjudicados por hechos delictivos, víctimas y familiares por lo general.

Pero hay otros modos de entender el punto. A partir de diversas situaciones, entre las que no son ajenas carencias de todo tipo que aquejaban a la alcaidía, y la sensibilidad social de algunos de los protagonistas, se genera una experiencia que aún hoy no se pudo repetir. Se entiende que el trabajo es un modo idóneo, aunque no excluyente, de reincorporar a la persona en su medio social. Ya habíamos instalado un taller de tornería de madera,

que fracasó por entenderse que la introducción de algunas herramientas en la alcaidía era peligrosa.

Así, a partir de inquietudes y anhelos, de acuerdos y de una buena dosis de confianza, en uno mismo y en los otros, se consigue la autorización para que los integrantes del grupo salgan a trabajar de día. Para ello, debían ser pedidos por personas reconocidas de la comunidad, los empleadores, que además de brindarles un trabajo que los apoyara, no los utilizaran aprovechándose de la situación. En fin, no era fácil conseguir un trabajo afuera, menos para procesados y detenidos. No obstante, y de a poco, aparecieron alternativas.

Un integrante del grupo compartió su celda con un contraventor, que ingresó por una falta de tránsito, un par de días. Ofreció enseñarle tapicería en su taller. Comenzó a salir a diario para trabajar. Volvía, como los demás, al finalizar su jornada laboral. Cuando salió, siguió trabajando allí un tiempo largo. Ahora es un buen tapicero y está contento.

Así, salieron expertos en panadería, conductores de vehículos públicos o, simplemente, vendedores ambulantes. Esto les permitió enfrentar en mejores condiciones su vuelta a la sociedad. Cosa nada fácil, por el señalamiento producido por la detención, bastante más allá del fallo judicial.

La experiencia de alcaidía de puertas abiertas fue hermosa, al menos en lo que hace al encuentro de la propia dignidad. Lamentablemente, la experiencia se cortó de forma abrupta. Nunca pude saber qué pasó, pues tuvo una resolución administrativa, sumario mediante. Pero me queda claro que hubo presiones de

miembros de la institución policial y de la propia comunidad que no veían con buenos ojos que los presos anduvieran sueltos. Supongo que parte de la responsabilidad es nuestra, por no haber podido, aún ahora, comunicar adecuadamente. El conocimiento permite superar prejuicios y promover el respeto (Arrúe ep.).

La aparición en la escena teórica de las **microprácticas** (Das 1990, Merry ms., Ong 1991) y su identificación y seguimiento es otro de los elementos que deseo recalcar.

La puesta en el juego teórico de estos microprocesos, el prestar atención a las formas cotidianas en que los significados en acción pueden poner en discusión estado de cosas vigentes que se consideran parciales o injustos, contribuye a la consolidación de una **antropología situacional** (Sahlins 1988b).

Las imposiciones no son fáciles ni superficiales. Esto ya lo sabemos. Pero lo que no nos es del todo claro son los **caminos de la contestación.** Formas subrepticias, desordenadas, y quizá efímeras en que se cuestiona y, hasta cierto punto, se cambia un ordenamiento organizativo o institucional.

Son pequeños lugares en donde se usan medios simbólicos, técnicos o dramáticos de muy diversa índole. Sin apoyos firmes y con continuidades que serán vistas en cada caso, perduran no obstante en la memoria colectiva y son retomadas, bajo distintas formas y circunstancias, una y otra vez.

Son nuevos tipos de acontecimientos en tiempos y espacios reducidos pero que **trazan** posibilidades y capacidades de opción y crítica. Tienen indelebles huellas humanas y por eso son, ante

todo, vulnerables. Avanzan y retroceden, se equivocan y lo vuelven a hacer. Pero también logran; y, entablan encadenamientos para los cuales aún carecemos de medios teóricos que, al menos, hagan de buenas formas de transmisión y persistencia. Y, quizá no los haya hasta que se preste más atención a las relaciones.

Estos microprocesos tienen la ventaja, o padecen según se mire, de una inusitada movilidad de sentido, puesto que ante todo están armados de participación social; redes grupales o comunitarias, que se arman y desarman en vínculos que, no por provisorios, son flojos o superficiales.
El sentido que no puede fijarse nunca es completo.

Este inacabamiento de las microprácticas es el nudo de su posibilidad para atravesar las condiciones de desigualdad o marginalidad que las inspiran y dan cauce.
Sin embargo, el rasgo que más me interesa poner aquí es su capacidad para los cambios. Para transmutarse y hacerse irreconocible a quienes las miran o combaten. Son constantes simuladores, de inventiva inagotable que apelan a fuentes tradicionales, formas de revitalización cultural o religiosa o usan como artilugio modalidades de aquéllos a quienes van dirigidas (Landsman y Ciborski 1992, Little 1993, Merry 1992, Rappoport 1987).

Por eso no puede considerarse que sean espontáneas. Deben serpentear por entre las hegemonías. Aparecen como lo que no son y no son como lo que aparecen; deben estar al tanto de las reglas del juego; poder ser de la misma partida pero, a la vez, de una partida opuesta.

Y en este resbaladizo andar, las cosas pueden confundirse o extremarse. Dar la vuelta total y empezar a ser, ahora sin embagues, lo que se quería enfrentar y cambiar.

Esto es algo propio de las rivalidades por los sentidos y las prácticas, por la lucha tenaz de la apropiación entre grupos, 'lobbies' y sectores. Este es el movimiento de las hegemonías al que nadie escapa[18].

En un tramo, las contestaciones logran deshacerlo, parcializarlo o quitarle los tintes de eternalización que son una de sus partes inevitables. Se eluden las versiones oficiales que mandan cómo las cosas son. Se crean otros sentidos que pueden, o no, contar con componentes institucionales -las instituciones no pueden mantenerse al margen- y se ponen en la arena de la vida cotidiana. Son estos pequeños lugares de los que hablaba que, en ocasiones, pueden convertirse en asiento de grandes cambios.

En otros tramos, se sobre-hegemonizan porque se asumen sentidos últimos e invulnerables. La sectorización que se impone las torna inapelables. Es esta dirección, que no deja de ser sobre todo política, quien se articula con su "naturalización", con "las cosas son así" o "cada uno tiene su lugar en este mundo".

---

18. Ver el capítulo "La internación hospitalaria. Una categoría cultural".

Sólo se percibe un orden que es como es, que se da por descontado. Es auto-evidente e incuestionable. Un mundo sobrecogedor, inefable y, hasta un último punto, coercitivo.
En esta **formación perceptual** quedan involucrados todos -los que imponen y los que se someten, "los de arriba" y "los de abajo" porque se consideran parte de la misma cosmovisión, la única realidad que parece posible.

Geertz (1963) otorga estas características a lo que llama "apegos primordiales", ataduras aportadas por la cultura - contigüidad inmediata, parentesco, hablar una lengua en particular y compartir ciertas prácticas. Una suerte de ontología que pasa a formar parte de las identidades personales y colectivas.

El concepto de "invención de la tradición" (Hobsbawn y Ranger 1983), usado por la teoría antropológica, ha quedado desprevenidamente atrapado en la ambigüedad semántica que plantean las hegemonías.

Autores como Keesing (1989, 1992) creen que la idea involucra a procesos de sobre-hegemonización, en manos no sólo de los estados coloniales sino de movimientos de nacionalismo cultural que vienen tomando fuerza en los estados post-coloniales.
Considera que este tipo de creación cultural es una forma políticamente occidentalizada de plantear identidades culturales y, por ende, con poca fuerza de reconstitución. Su pobre papel

sería agregar más mistificación donde ya lo ha habido por parte de Occidente. Las imágenes del mundo que se pretenden contestatarias no harían más que reforzar los discursos de las hegemonías; ya sea idealizando el pasado en una visión "pastoralista" de un mundo simple o buscando una continuidad esencial con un pasado del que se elimina, sin embargo, aquello que puede resultar violatorio de los valores occidentales.

La distancia con las políticas estatales que alientan el establecimiento artificial (ideologizado) de las diferencias culturales, aún con rasgos falsificados de resistencia, es nula. Por el lado contrario, hay quejas sobre que el concepto de "invención de la tradición" es un artilugio científico para sistematizar la negación de la verdad a las historias argumentadas por los "Otros" (Friedman 1992). Usar, bajo un aura de ilusorio objetivismo, las estrategias propias de Occidente y en particular de la ciencia, para juzgar la bondad o falsedad, corrección o incorrección o autenticidad o inautenticidad de las políticas de los "Otros" para definirse a sí mismo, su relación con las instituciones y poderes oficiales y sus luchas por la autonomía es, en último término, reincidir en el acallamiento de sus voces y acciones.

Una posible salida a esta ambigüedad en el uso de un concepto es evitar los sentidos opuestos. Nombres distintos para cosas distintas.

Sin embargo, no me parece que el problema curse por allí.

Ambos sentidos, a la vez, pueden ser parte de un mismo proceso con el resultado que nosotros, científicos, hemos quedado confundidos por la equivocidad del juego de las hegemonías, del que tenemos una parte que no podemos eludir.

Las medias tintas o las tintas cambiantes no han sido del todo tomadas en serio por la teoría que ha optado, casi siempre, por el "todo o nada". En tal sentido, ha perdido la oportunidad de dimensionar fenómenos de confrontación, como lo puede ser el de la des- sobre-hegemonización, que ocurren al mismo tiempo y en un persistente apercibimiento uno del otro (Sahlins 1990) [18]. Y ello está implícitamente reconocido en las diferentes fuentes de legitimación política, entre las que la científica no está ausente, que tienen los movimientos de reconstitución y reclamos culturales que, en manos de las comunidades locales, parecen contar con mejores recursos para permanecer ante todo en una dialéctica del cambio.

Pero, por ahora, nos encontramos con visiones estructurales donde cuenta poco lo que pasa con las personas, las formas que

---

[18]. *Es verdad que un siglo después del descubrimiento de las Islas Sandwich por el Capitán Cook, empresarios norteamericanos ocupaban la región y transformaban a los hawaianos en un proletariado rural. Pero no es verdad que el curso de la historia hawaiana, desde 1778, haya sido gobernado por esta finalidad, o que haya consistido en la mera sustitución de relaciones polinesias por relaciones burguesas. Las Islas, al contrario, asistieron a un período significativo de desarrollo indígena, cuando los jefes se apropiaron de las mercaderías occidentales en favor de sus propios proyectos hegemónicos -lo que significa en favor de sus concepciones tradicionales de su propia divinidad. Si, más tarde, el Hawaii sucumbió a las presiones del imperialismo, fue precisamente porque los efectos del comercio extranjero fueron ampliados por su incorporación en una competencia polinesia por poderes celestiales* (Sahlins 1990:96).

hay de entrar y salir de estas percepciones así como la índole de las interacciones -interdependencia, consentimientos o rechazos que se entablan, a veces al mismo tiempo, entre las identidades individuales o grupales y las percepciones que se imponen con la fuerza del hábito y de las instituciones.

VIII.

El problema de los cambios perceptivos no ha sido muy frecuentado por la teoría antropológica. Tiene que ver con la posibilidad de aceptar la convencionalidad de nuestras formas de ver y encadenar los hechos de la vida. Qué cosas pueden llegar a ser distintas y que, además, ya lo son en cierta forma.

El cambio perceptivo puede ser un camino de reversibilidad a nuestras perspectivas y convicciones (Bion 1980); concebir otras configuraciones que están actuando a la par de las nuestras, aquéllas que creímos "reales" e sobrecogedoras, por únicas. Cada uno define sin esfuerzo, casi naturalmente, su propia manera. Pero, cada tanto, se incorporan nuevos 'insights' cuando se admite que no hay realidades en-última-instancia. O, al menos, que todas son apelables. La manera que tenemos de ver es una, entre otras posibles.

Se toman en cuenta, ahora, otros puntos de vista posible que no anulan los precedentes; ni tampoco los complementan.

El cambio perceptivo choca y atemoriza, da un fondo de inestabilidad que no es apetecido. Los acuerdos básicos sobre ciertos comportamientos y propiedades de las cosas, aún los que

se refieren a tipo de entidades que forman el mundo, dejan de ser tácitos.

Las percepciones son constitutivas de los procesos de conocimiento. Sus cambios lanzan a los "bordes" de los sistemas y de los procesos habituales de validación. Se "ve", se "siente" y se "conoce" de otras formas diferentes. Lo que era familiar se vuelve un poco distante, y aquello que nos era inconcebible un poco más cercano.

Todos sufrimos cambios de percepción, que no tienen que medirse como necesariamente incompatibles; aunque tampoco como eslabones que se van acoplando uno a otro para dar por resultado miradas integrales y totalizadoras.

Más bien, estas modificaciones acarrean la señal de las rupturas, aunque no de las exclusiones. Formas radicalmente diferentes de ver el mundo pueden ser aceptadas por personas y grupos, notando y llevando adelante esa carga de discontinuidades en donde cada problema, o aspecto de la vida, puede ser enfocado desde más de una perspectiva -perceptual, cognoscitiva, afectiva, técnica.

Otra vez se torna palpable la ausencia de una teoría sobre la política de los significados que tenga que ver, en este punto, con el alcance de la percepción y las condiciones que permiten u obturan procesos cognoscitivos fundados en patrones diferentes a los habituales.

Bock (1988:445) nota que para considerar esta línea de investigación *"debemos atender a las experiencias y datos que contradicen nuestras asunciones convencionales o que no encajan en las nociones centrales de cómo es el mundo".*

Las situaciones interculturales son manifestaciones de muchas diversidad simultánea entre las cuales la perceptual no pasa desprevenida.
El antropólogo es una figura constantemente sometida a ella. Los procesos de confrontación son parte de su labor profesional pero no muchas veces se está dispuesto a soportar sus costos.

"De repente me di cuenta que había sido bastante rudo e insensible en mi insistencia por preguntarle que considerara la contradicción que yo, y obviamente no ellos, tenía en mente. De repente me di cuenta que era yo el "tipo" que no sabía nada. En verdad, yo era el alumno y ellos los maestros. Sin embargo, no podía entender cómo y por qué personas podían caer en tales aparentes contradicciones. Los niños muertos se transforman en ángeles y a la vez se reencarnan. Dije que uno debería concluir que están en dos lugares, a lo que ella simplemente afirmó "Esta es la forma que es" ('That's the way it is'). Los Dene simplemente saben que una persona muerta puede estar en dos lugares, en la "otra tierra" y en "esta tierra" como alguien reencarnado. Yo todavía no podía aceptar esta forma de pensar." (Goulet 1988:14)

IX.

No es para nada claro que algo tan definitivo como lo es la constitución de las realidades se logre por consenso; más aún, los consensos no parecen ser imprescindibles para afrontar colectivamente los problemas y seleccionar cursos de acción (Ferguson ms., Fernández 1965) [20]. No hay comprensiones que no sean ambiguas u oscuras.

Ni la compresión compartida ni la comunicación de los significados culturales como supuesta necesidad parecen ser requisitos de los consensos sociocuturales (Stromberg 1981), tal como lo fuera planteado por la teoría antropológica clásica (o del "realismo etnográfico") (Sapir 1931). La distribución social del conocimiento (Keesing 1987, Schutz 1974) y las posiciones institucionales de dominación y subordinación hacen que los acuerdos que orientan la acción armónica colectiva sea una cuestión que si bien tiene atrayentes planteos teóricos (Habermas 1989) resulte difícil como guía para los análisis empíricos. El desacuerdo no impide, sin embargo, la interacción o más precisamente la voluntad de coexistir. La acción es efectivamente coordinada de tal forma que se necesita indagar con más sistematicidad en una teoría de la performatividad (Ferguson ms., Sahlins 1988b).

---

20. Ambos autores, cuyos artículos distan más de veinticinco años, están de acuerdo en que los miembros de las comunidades pueden compartir y usar determinados símbolos pero sostener, a la vez, interpretaciones radicalmente diferentes sobre el significado de esos símbolos. La contradicción y el desentendido priman aún cuando se afirme que esos "mismos" símbolos son la prueba de la unidad cultural fundamental del grupo.

En este sentido, sería interesante poder recuperar conceptualmente las reiteradas ideas de "no-comunicación" bajo ciertas circunstancias, de límites en los procesos de comunicación o de interacción no interpretada como factor pertinente (Bateson y Bateson 1989, Deleuze 1990, Fernández 1965).

Las formas grupales o comunitarias de convivencia en donde efectivamente se resiste la comunicación en favor de la acción colectiva o de fines contestatarios pueden poner al significado en un lugar menos definitorio como principio de organización social [21].

Cuando se trabaja desde una perspectiva múltiple, como en el caso de terapias diversificadas en una situación de enfermedad (mental) no hay ninguna conexión que aparezca por sí misma entre medios curativos y el restablecimiento de la salud, tanto desde

---

21. Dicho ésto, el concepto de "mundo de la vida" en la dualidad con que lo usa Habermas (1989) se vuelve problemático. Sostiene que el trasfondo de la acción comunicativa es el de un "mundo de la vida" intersubjetivamente compartido cuando se refiere a algo de ese mundo. Pero en los casos que él mismo se convierte en tema, cuando la reflexión se vuelve a los propios criterios de interpretación cultural, las formas habituales y a-temáticas de validez del saber se suspenden.
La pregunta es si pueden aceptarse no sólo estos dos momentos, aún tan siquiera como analíticamente diferenciables, sino ante todo la posibilidad de que los significados puedan ser un no-ítem en la vida cotidiana (o extra-cotidiana) de la gente.
El supuesto de la comunicación, casi como un 'sine-qua-non' de la viabilidad de la vida colectiva ha llevado a descaminar la indagación sobre la correlatividad entre significado y acción.
Por otro lado, cito a Habermas por su enorme repercusión teórica en la que la "buena" fama parece no estar en todos los casos clara.

el punto de vista de los expertos como del propio grupo/paciente. Ocurre que se dan una gran variedad de diagnósticos, prescripciones y propuestas terapéuticas; todas con sus propia cuota de legitimidad pero, sin embargo, todas parciales.

No hay consenso; hay una motivación compartida de ayuda al que la pide, al que sufre. Incluso, a veces, ni siquiera hay comprensiones mutuas nacidas del ponerse un poco "en el lugar del otro"; y si se lo hace con alguna exageración producto de la pasión, confundiendo experticias y competencias, se cuelan en advertencias de "cada cual en su camino" (Arrúe y Kalinsky 1991).

Cada quien parece construir "su propio paciente", y el paciente, si puede, va creando vías de salida a esa condición. Pero necesita descontruirse en varios sentidos, apuntando a las diferentes formas de verlo que se han aunado en su interés de ayuda.

Es cierto que alguna de estas visiones tiene una mayor capacidad de imposición; sin embargo, es situacional aún cuando posea la sanción institucional oficial (Arrúe y Kalinsky 1991, Harrell 1991). Y, desde ya, cualquier paciente puede sentirse a gusto y cuidado en alguno de esos moldes en los que ha sido metido.

Bajo las formas usuales del concepto de "cultura"[22], la cuestión del consenso o disenso no ha tenido pertinencia. Tampoco desde las teorías clásicas marxistas o neo-marxistas con una enunciación monolítica de "la hegemonía". En tanto, se cree que culturas y hegemonías son del todo aceptadas o rechazadas, el consenso/disenso no se presentará como problema.

Si, en cambio, se piensa que los procesos de conocimiento están inmersos en las prácticas y en la dinámica de persistencia y cambio que marca los límites históricos de las opciones disponibles, entonces se transforma en un ítem que no puede dejar de discutirse.

En los acuerdos y desacuerdos confluyen diferentes fuentes de significado y legitimación cultural e institucional, que se ponen sobre el tapete en los espacios públicos que se tengan.

La diversidad es un foco de máxima tensión. Es, ante todo, confrontación -perceptiva, cognoscitiva, cultural y política que se manifiesta al momento de planificar proyectos y definir alternativas a modos que se consideran superados.

Esta diversidad también es parte de los recursos explicativos que se formulan sobre lo que se percibe y conceptualiza. La pugna está, entonces, ahí.

---

22. Aún aquella que la pondera desde un punto de vista semiótico.

Los ámbitos grupales muestran bien las dificultades por alcanzar unanimidad en las interpretaciones; y, si se logra, por mantenerla (Arrúe y Kalinsky ep.a, Fernández 1965).

La intención interdisciplinaria en los equipos de salud es otro ejemplo que merece ser tenido en cuenta.

Microclimas en donde expuestas argumentaciones y fundamentos de cada perspectiva no se llega a acuerdos ni completos y estables. Cada esfuerzo (grupal, interdisciplinario) parece agotarse en él mismo; una vez finalizado el motivo de la convocatoria, cada participante parece volver a replegarse en sus miradas personales o disciplinarias. No parece posible revertir el reduccionismo utilizando el consenso como herramienta.

Motivos, valores y visiones del mundo no se ponen de acuerdo aún cuando se compartan objetivos que, aunque invalorables, suelen ser bastante más superficiales o de corto aliento, ó si se prefiere más contingentes de lo que se admite.

A la idea de "consenso" se le escapan las dislocaciones e inacabamientos que ponen en permanente duda si se podrá o no. Nada puede darse por sentado, siempre se está en deuda.

Sin embargo, ello no obstaculiza que se tomen decisiones y se siga un determinado curso de acción, bajo texturas heterogéneas y multivalentes de significado.

Más bien son los **procesos cooperativos de interpretación** quienes, tomando en cuenta, o no, las diferentes formulaciones en juego, actúan en forma tal que aparentan unanimidad, bajo la

cual la discrepancia u oposición suenan irreductibles. Pero la cooperación se pone en marcha en tanto se intenta alcanzar metas que son conjuntas, aunque también en torno a ellas gire la sombra de la duda y las parcialidades.

Se comparte en líneas generales; y son en los grandes rasgos donde es imprescindible doblegar aspiraciones y opiniones que se creen valederas y convenientes.

De ahí la transitoriedad de los acuerdos y la endeblez de los "buenos" argumentos cuya aceptación o rechazo es oportunista.

Es así que tan sólo podríamos arriesgar la idea de un consenso "performativo", una competencia que permite hacer y deshacer y que, otra vez, depende de circunstancias y políticas - institucionales o grupales/comunitarias.

No se trata simplemente de "salvar la situación" (Ferguson ms. para una visión crítica de una idea de performatividad 'ad hoc'), sino de logros que se alcanzan en el transcurso de esforzadas (forzadas?) puestas a punto; ajustes no pretendidos y deposiciones de expectativas y espacios.

El interés o el bien común no parecen ser factores decisivos en la dilucidación de estos procesos[23], puesto que poco es común y lo que lo es, a veces, ni siquiera es tenido en cuenta.

Como ocurre en cualquier microprácticа. Por eso mismo, el signo de lo provisorio es lo único perdurable.

---

23. El discurso del interés general está básicamente encarnado en el Estado. Es sólo desde él que pueden ocultarse el conflicto y la heterogeneidad de los intereses sectoriales. Las diferentes formas de coerción de que dispone impide una percepción pública y explícita del disenso social, que pueda someterse a discusión (García 1991).

ATENCION PRIMARIA Y SALUD MENTAL EN EL SUR DEL NEUQUEN (ARGENTINA)

El sentido que podemos forjar no es el sentido eterno; el nombre con que podemos nombrar no es el nombre eterno.

Lao-Tsé

No se vive siempre entre amigos

Ariosto

I. INNOVACION E INCOGNITAS

> Lo antiguo entra en lo nuevo con la significación que lo nuevo le da y no podría entrar en lo nuevo de otra manera.
> Cornelius Castoriadis

Esta es la historia de una confrontación política de conocimientos. Por lo tanto es, a la vez, la historia de un despliegue epistemológico en la dimensión del cambio.

El contacto coercitivo entre los pueblos indígenas de América Latina y la llamada "sociedad occidental" dio lugar, en la actualidad, a un conjunto de **procesos interculturales** que todavia no ha podido ser del todo dilucidado por una perspectiva científica que ha tendido a simplificar la realidad, ya sea tomando partido por los vencidos o por los vencedores.

En el sur del Neuquén, región poblada hasta el fin del siglo pasado por el pueblo Mapuche[1], el ámbito de la salud es objeto de una dura pugna simbólica (social y material) en la que la medicina oficial[2] y popular[3] han sido oponentes desiguales.

---

1. Uso el término "pueblo Mapuche" en un sentido amplio, sin aludir al complejo y poco conocido panorama étnico de la zona (Casamiquela, comunicación personal). Me apoyo en la ola de fuerte araucanización que tuvo lugar en toda la región nord-patagónica, desde el siglo XVI, que abarcó grupos originalmente no mapuche.

2. Entendemos por "medicina oficial" a aquella práctica que tiene un reconocimiento oficial extendido por las instituciones profesionalizadoras, en especial universidad y hospital. Tiene, además un ejercicio profesional reglamentado, y su desempeño se imbrica con otros ámbitos que poseen legalidad semejante (Arrúe y Kalinsky 1991).

3. Llamo "medicina popular" al conjunto de prácticas de salud no-oficiales. Las prácticas populares del cuidado de la salud tienen, hoy, distintas fuentes: la medicina aborigen, la hispano-

Sin embargo, la medicina popular ha logrado instituir significados dentro del sistema oficial de salud, no sólo respecto de la construcción de la experiencia del sufrimiento sino también en los propios procesos curativos. La mayor o menor visibilidad de este transcurrir responde a la voluntad política de todos los participantes, quienes han tomado posiciones asimétricas en el contexto socioinstitucional y técnico vigente. Queda, así, expuesta una compleja **dinámica de innovación** de los conocimientos que obedece tanto a fuentes científicas como populares. Según parece, ella va creando cambios en las formas de definición de la imposición cultural.

El proyecto de Atención Primaria y Salud Mental de la Zona Sanitaria IVa. de la Provincia del Neuquén no es otra cosa que uno de los espacios en que se están dando las alteraciones en los estilos médicos hasta ahora vigentes, tanto oficiales como no oficiales. Las consecuencias institucionales de esta creación histórica no se pueden, por ahora, estimar con justicia.
Sin embargo, sí podemos avanzar en la comprensión regional de este fenómeno a fin de tomar partido, conociendo las cambiantes reglas de este juego sociocultural.
Por nuestra parte, como equipo de salud hemos querido plantear, a lo largo de estos años, metas compartidas de búsqueda y orientación en este mosaico, a veces endiablado, donde "lo viejo" y "lo nuevo" adquieren configuraciones inéditas que hacen

---

colonial y algunos aspectos de la medicina oficial (Arrúe y Kalinsky 1991).

perder pie en cuanto a la utilidad de las acciones de salud que se venían dando; y sobre todo, en el entender genuino del sufrimiento de las personas, incluidos nosotros mismos.

Claro está que este camino se emprende con algunas convicciones; de lo contrario, el escepticismo corre el riesgo de apoderarse de nuestros ánimos.

Uno de estos convencimientos, quizá el más doloroso por el impacto que tiene sobre la comodidad de nuestros hábitos, es el abandonar una organización dual de la realidad. No somos pioneros en esta empresa; tan sólo nuestra actividad nos ha llevado a tomarla en serio.

De ninguna forma, podremos ver el perfil que va tomando nuestra realidad si nos empeñamos en trabajar con oposiciones binarias del tipo de "viejo/nuevo", "verdadero/falso", "bueno/malo" "correcto/incorrecto","legítimo/ilegítimo" entre otras que aquí me importan. (La lista puede ser inacabable). Estamos persuadidos de que no podremos despejar las incógnitas con las que nos enfrentamos, ni tan siquiera distinguirlas como tales y darles nombre, si persistimos en registrar el mundo bajo el denominador común a estos opuestos:el par "realidad/irrealidad".

II. LAS CLAVES HUMANAS DE LA HISTORIA Y LA VERDAD

> Conforme a la tradición, la experiencia es o bien objetiva o bien subjetiva. El mundo existe y nosotros podemos ver tal como es (objetivamente). Podemos ver esta intrincada pregunta desde otro punto de vista: el de la **participación** y de la **interpretación** en el cual el sujeto y el objeto están inseparablemente unidos entre sí. Esta interdependencia se pone en evidencia por el hecho que no puedo comenzar en ninguna parte con una representación pura y no contaminada de lo uno o de lo otro y cualquiera sea el lugar por el que me decida comenzar me las tendré que ver hasta cierto punto con /una repetición ininterrumpida/ que reproduce exactamente lo que hago. De acuerdo con esta lógica, nuestro comportamiento en relación al mundo es igual al que tenemos ante un espejo, el que ni nos podrá decir cómo es el mundo ni cómo no es. El nos muestra que es **posible** que seamos como somos y que actuemos como hemos actuado. Nos muestra que nuestra experiencia ha sido **viable**/.../Vivimos en un mundo en que nadie puede pretender comprender las cosas, en sentido amplio, de mejor manera que otros.
>
> Francisco Varela

La oportunidad de escribir este capítulo se convirtió, generosamente, en una bienvenida ocasión para tomar una distancia crítica de nuestro propio trabajo; un "salir" para volver a "entrar" en él enriquecidos aunque **perspectivizados, condición efectiva de todo conocimiento.**

Esto quiere decir, en pocas palabras, que esta historia contada por algunos de sus propios protagonistas, a la vez que ofrece desafíos metodológicos, empieza y termina en un punto insoluble: será una historia impregnada por el factor humano -parcial, sobredeterminada, deficiente y, en fin, también arbitrario hasta cierto punto.

n embargo, estos son los límites propios de todo conocimiento; podemos estar fuera de ellos. Tan sólo cabe reconocerlos y aluar sus implicaciones sobre este relato. No podemos sprendernos de esta mirada oblicua (Foucault 1986), ernamente falible. Aquello que conocemos depende de la sición en que estemos ubicados; ella genera las condiciones y pos de accesos de que disponemos para conocer (Friedman 1992, ndsman y Ciborski 1992, Merlan 1992, Vattimo 1992).

amos ésto un poco más de cerca. Hemos trabajado con algunas vertencias epistemológicas.

primera ha sido, tal como lo anticipé, dejar de lado el mundo Mani, ya que conduce a un dilema que queremos evitar tanto nosotros como en los lectores. Algo así como "quien no está a vor necesariamente está en contra", ó "quien está a favor cesariamente está en contra de los otros" (proyectos, ácticas o experiencias con diferentes ejes políticos o istemológicos).

el maniqueísmo habitual no existe una tercera posibilidad, nque tampoco en la lógica aristotélica que lo funda de una nera por nosotros insospechada. Una lógica férrea que nos deja n alternativas (Watzlawick 1990); aquí no pretendo poner en ego los valores de verdad; tampoco promocionar o propagandear. eemos que las cosas son así, pero no pretendemos que sean así. mo dice el epígrafe de Varela tan sólo es posible que seamos mo creemos serlo.

Pero, entonces, dónde está "la verdad"? Pues se nos ha disparado.

El mundo ordinario tiene su propia ponderación sobre las cuestiones de lógica. La antropología ya nos ha enseñado que **la realidad es pasado y presente de verdades distribuidas** (Barley 1984, Bourdieu 1987, Rappoport 1987, Friedman 1992). Es un asunto de versiones, conjeturas en última instancia, lo que no es una nimiedad.

Cada versión re-construye el hilo de la trama desde su propia perspectiva, tal cual la sabe y la pondera. Pero la suma de las versiones no da como resultado "la totalidad histórica".

Las personas no podemos aspirar a una realidad "objetiva" que esté más allá de nuestras interpretaciones (Varela 1975). Estamos irremediablemente sometidas a los pormenores de la interpretación (Hernández, Pérez, Procupez, Stagnaro y Kalinsky 1993).

Somos humanos, o sea tan sólo sujetos de percepción. Es la trama histórica y política quien media la relación con la verdad.

Cobran fuerza los procesos socioculturales que han llevado a que, nosotros por ejemplo, tengamos esta versión en tanto otros grupos, personas o instituciones posean otras; siendo quizá del todo impertinente preguntarse sobre su adecuación a la realidad.

Son simples trámites de comodidad, y a veces de economía lingüística, creer que todos estamos de acuerdo sobre una sola realidad, y que el conocimiento se adecua más o menos bien a ella. Más bien, parece que somos permanentes creadores de "mundos", a partir de apegos y desapegos a cierto conjunto de

pautas cognoscitivas, y la "realidad" parece estar hecha de ellos.

Si estos mundos son o no reconciliables es algo que se desliza al terreno de la interrogación moral: cuestión de tolerancia, humildad, pluralismo y comunicación. Este es nuestro segundo recaudo.

El principio de indecibilidad del origen del conocimiento (Castoriadis 1988) reclama nuestra tercera advertencia epistemológica.

Es ya un supuesto aceptado (Schrödinger 1958, Varela 1990 entre otros) la fragilidad que sustenta la escisión entre observador y observado ó sujeto y objeto (Myntti 1991, Underwood y Gray 1990). En el doble sentido del peso de la presencia del observador aún en situaciones netamente experimentales (Rosenthal 1966 ente otros), y de la imposibilidad de dirimir el origen, en el sujeto o en el objeto, del conocimiento.

En el campo de las ciencias sociales, ó incluso en el de la vida diaria, no nos es posible seguir una línea que nos remita a los inicios. La distinción entre "sujeto" y "objeto" es sólo analítica pero, en este caso, es una mala distinción que nos ha creado ilusiones. Otra vez, como dice nuestro epígrafe, participar e interpretar forman parte del mismo proceso de construcción social y de conocimiento.

Los ideales de objetividad y neutralidad valorativa sostenidos por la epistemología ortodoxa (Brown 1983 para una versión crítica) forman parte central de las ilusiones que han

descaminado propósitos e intenciones.

En lo que a nosotros atañe, armar un relato crítico de nuestro trabajo nos habría ubicado, de no mediar estas consideraciones, en la incómoda situación metodológica de ser "juez y parte a la vez".

Sin embargo, y a pesar de algunas vacilaciones iniciales, emprendí esta tarea pero tomando nuestra cuarta prevención epistemológica.

Si cada uno habita, hasta cierto punto su propio mundo y cada mundo suele crear barreras que dificultan la conexión con otros mundo, se corre el riesgo de una permanente auto-referencia.

Ella puede desembocar en habilidades de autovalidación. Si se cree que algo es verdadero, todo procedimiento de indagación que se administre hallará aquello que ya ha sido postulado: la verdad de ese algo (o la falsedad, si es que antes se ha optado por ella).

En otras palabras, el autoanálisis goza de poco margen de confianza porque, entre otras cosas, genera heteronomía (Castoriadis 1988); un estado en que dado de una vez y para siempre ya no se puede actuar sobre él. Dicho de manera algo jocosa, el ´non plus ultra´ de la autolegitimación.

Se nos presentaban pocas opciones.

Una era la de apelar a la figura del "meta-observador" para formular juicios externos e independientes del marco sobre el cual quiero enunciar algunas cosas, es decir nuestro propio trabajo.

Es bien sabido que ésto conduce a una regresión al infinito. Porque el meta-marco necesita ser juzgado desde otro marco todavía "superior" (algo así como un "meta-meta-marco") y así sucesivamente.

Cómo, entonces, vamos a saber sobre un juicio externo?

La otra posibilidad que teníamos enfrente era la de replicar el modo de ser de las comunidades científicas. Se trata de un ámbito de la sociedad contemporánea que es particularmente cerrado a la admisión de juicios que estén fuera de la misma ciencia (Kalinsky y Pérez 1993).

Pocos poseen las reglas de juego que permiten la emisión de juicios autorizados. Se ha conservado, hasta ahora, una reserva teórica, técnica, metodológica y también ideológica a la cual no se tiene acceso, creándose el clivaje "experto vs. lego". Hay un espacio científico, un mundo de estricta incumbencia de sus habitantes. Todo juicio "externo" es, en este sentido, débil ya que proviene de colegas.

En vez de optar por alguna de dos malas soluciones, quisimos hacer una breve puesta del problema acerca de la validez de este relato.

Una parte de la pregunta consiste en que hace falta ponernos de acuerdo sobre el significado y alcance del concepto de "juicio externo" (o "prueba independiente" o como se lo quiera llamar). Ello, sin más, resulta de una pura decisión.

La otra parte es que la búsqueda y establecimiento del consenso -como aumento de las coincidencias y eliminación de

errores- alrededor de nuestra tarea peca de una imagen excesivamente "liberal", librada al movimiento de la "verdad/falsedad", por así decirlo; pero profundamente surcada por puestas de condiciones y requerimientos de pertenencias.
De hecho, ambos componentes del problema desembocan en la convención como método. Tendremos que aceptar la ubicuidad y complacencia de la convención como criterio de legitimidad?
La tríada consenso-arbitrariedad-convención parece mostrar bordes lábiles, poco especificables, equívocos pero definitivamente políticos. Pero quizá éste sea el comienzo del conocimiento, y también su punto final.

Nuestro equipo de trabajo tiene la característica de que sus integrantes pertenecemos a distintos mundos -mundo del blanco, mundo del indio, mundo profesional, mundo no-profesional, mundo rural, mundo urbano, mundo hegemónico, mundo subalterno. Todos ellos se entrecruzan y conviven en un estrecho espacio institucional que los fija y les da su clasificación inapelable: "mundos autorizados/mundos no autorizados".
Frente a esta situación, no hemos querido actuar el papel de un festivo anarquismo donde todo es igual, cualquier parte vale por el todo y el todo vale por cualquiera de las partes. Porque estamos seguros (otra de nuestras convicciones!) que el relativismo (y no, por supuesto, la relatividad cultural) esconde un arraigado sentimiento etnocéntrico (Erzinger 1991, Goulet 1992, Green 1989, Koegel 1992). En el sentido que impide dar luz sobre el complejo entramado socioinstitucional, técnico,

histórico y político que coloca a los "mundos" en posiciones fuertemente desiguales.

Todo vale igual sólo hasta cierto punto. Dilucidar el significado de la cláusula "hasta cierto punto" y poner en entredicho el terreno que abona las dualidades entre los mundos ha sido nuestro interés ideológico en estos años de trabajo conjunto.

El objetivo no ha sido desterrarlos, homogeneizarlos, analogarlos o identificarlos (Reddy 1992). Más simplemente, ponerlos a todos en el mismo juego.

III. UNA PUESTA A PUNTO DE NUESTRO PROBLEMA

> En la situación actual, lo diabólico es que cuando queremos recurrir a un terreno exterior a la medicina hallamos que ya ha sido medicalizado, y cuando se quiere objetar a la medicina sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos, ésto se hace en nombre de un saber médico más completo, más riguroso y difuso.
>
> Michel Foucault

Se trata de un equipo interdisciplinario de Atención Primaria de la Salud que ha estado trabajando, desde 1979, con una creciente, aunque todavía limitada, modalidad participativa. En la actualidad, incluye diferentes especializaciones: médicos generales, psicólogos, antropólogos, comunicadores sociales, educadores, enfermeras, agentes sanitarios, sociólogos, psicólogos.

También se han contemplado ámbitos que exceden las fronteras formales de la Atención Primaria de la Salud: alcoholismo violencia social y familiar, comunicación social, detenidos, salud mental, tercera edad, educación, minoridad y familia, recreación y, por supuesto, asistencia individual, familiar, grupal e institucional en situaciones de crisis.
Las instituciones que participan en la tarea son, entre otras , salud, educación, municipalidades, iglesias, juzgados, comisarías, clubes, asociaciones de servicios y comisiones de fomento.

La zona del sur del Neuquén tiene una profunda diversidad sociocultural: indígena, mestizo, criollo, blanco por decirlo de una forma simplificada. Y, como el resto de la provincia, forma parte de un continuo circuito migratorio.
Por eso, paulatinamente y con altibajos, hemos tratado de tomar en consideración -teórica, práctica, epistemológica y ética- al factor sociocultural.
En tal sentido, creemos que:
a. la calidad de la prestación del servicio de salud tiene que ver, como instrumento técnico, con el contexto donde sirve. Una región de pobreza generalizada, marginalidad, deprivación sociocultural, aislamiento geopolítico y desarraigo psicosocial;

b. dicha calidad depende, asimismo, de la incorporación de un cada vez más sofisticada "tecnología social". Esto quiere decir la construcción de un conocimiento apto que pueda nutrir una red

local conceptual;

c. finalmente, tal calidad depende de la consideración del trasfondo histórico del presente.

El primer punto tiene que ver con dos grandes dominios que, en permanente contacto, exhiben una muy pobre convivencia: el institucional oficial y el popular. Ambos tienen formas sociales, culturales e históricas propias. En lo que se refiere a salud/enfermedad, cada uno tiene contenidos diferenciales y específicos que chocan entre sí no sólo al momento de la consulta médica sino también todo a lo largo de los procesos curativos o enfermantes, que se desenvuelven en el ámbito de la medicina oficial pública.
Por eso, el segundo punto muestra la necesidad de mejorar el entendimiento mutuo entre prestadores y usuarios (entre los cuales también hay prestadores -los curadores populares).
Ellos necesitan contar con conocimiento útil para comunicarlo de manera adecuada. Las preguntas, todavía con respuestas muy parciales, es cómo se lo genera, para quién y por cuáles medios se lo comunica.
Finalmente, la consideración del 'backround' histórico permite una reactualización de su presencia.

La provincia ha sido un lugar de confluencias y tragedias. La guerra de exterminio llamada "Conquista del Desierto" al este de la Cordillera y "Pacificación de la Araucanía" al oeste terminó

con la mayor parte de la organización sociopolítica indígena (Bengoa 1985).

Pero, fue el final del pueblo Mapuche? Creemos que no.

Queremos acercarnos a las formas actuales de redefinición de sus identidades étnicas bajo las fuertes limitaciones que supone su condición actual de minoría. Este proceso de reconstitución en marcha ha tenido, por ahora, márgenes sociales estrechos: la pobreza y la marginación.

De cualquier forma, el sistema oficial de salud ha tenido que implantar su normatividad y hacerse vigente en un contexto tradicional y popular de prácticas de salud.

En síntesis, deseamos colaborar en la ampliación de las opciones locales de salud, abriendo la interrogación hacia afuera de la competencia estrictamente médica (Das 1990), con el fin de perfilar una expresión regional de la Atención Primaria de la Salud. Para ello se trata de impulsar la cooperación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial en la promoción de recursos comunitarios. Se indagan y afinan metodologías de co-gestión en el intento de ampliar y complejizar el ámbito de la acción comunitaria mediante la inclusión de variables socioculturales y formas participativas de planificación y gestión.

Sabemos ahora, que las transformaciones socioculturales imponen restricciones y, a la vez, otorgan posibilidades a las respuestas sociales e institucionales en la atención de la salud. También que estos limitadores o facilitadores están

asociados a las diferentes conceptos, oficial, popular y religioso, de la salud, la enfermedad, la vida y la muerte.

El problema consiste en deshilvanar regionalmente este embrollo. Entre tanto, nuestra suerte ha sido irregular.

IV. ORIGENES DE LA EXPERIENCIA: I época (1979-1986)

Dinámica geopoblacional de la zona sur del Neuquén

> Los problemas sociales en casi todo el mundo -incluyendo quizá también parte de Occidente- se han medicalizado: allí donde severos límites económicos, políticos y sanitarios crean sentimientos endémicos de desesperanza e impotencia; allí donde la desmoralización y desesperación son respuestas a condiciones reales de deprivación crónica y pérdida persistente; donde la falta de poder no es una distorsión cognitiva sino un registro correcto del lugar que se ocupa en un sistema social opresivo y allí donde las configuraciones morales, religiosas y políticas de tales problemas tienen, para la población local, la coherencia de que carecen las categorías psiquiátricas.
>
> Arthur Kleinman

Esta experiencia se desenvuelve en la Zona Sanitaria IV de la Provincia del Neuquén. Comprende las localidades de San Martín de los Andes, Junín de los Andes, Las Coloradas, Aluminé y Villa La Angostura. La población oscila entre 20.000 habitantes en San Martín de los Andes y 1.500 en Las Coloradas, incluyendo la zona rural.

La geografía es dispar: alterna la cordillera con la meseta patagónica -el bosque, los lagos y el desierto.

La localidad de San Martín de los Andes es la cabecera del Departamento Lácar. Está ubicada en el suroeste de la provincia en una de sus zonas más peculiares.

Tiene una población que siempre está en aumento debido a migraciones internas y externas; estas últimas desde Chile, dado que es una localidad de frontera.

La migración chilena es, en general, de trabajadores rurales que se instalan en el suburbano. En cambio, en las zonas urbanas se instalan migrantes de otras ciudades del país, especialmente técnicos, profesionales y empleados.

En términos generales, es un departamento en vías de una fuerte urbanización con una emigración rural intensa, que origina el estancamiento poblacional, a pesar de su crecimiento vegetativo.

El turismo constituye la fuente productiva principal; tiene un centro de esquí que atrae contingentes turísticos de alto poder adquisitivo.

Los servicios constituyen otra fuente laboral, aunque muchos de sus puestos están en manos de migrantes de otras partes del país.

Los aserraderos, antes un foco importante de atracción laboral, hoy han cerrado sus puertas debido a las políticas de preservación forestal impuesta por la Dirección de Parques Nacionales y Bosques de la provincia; en este sentido, las tareas de desmonte se han visto reducidas.

La construcción es otro polo local de trabajo, sobre todo casas y edificios en la zona urbana. Pero a partir de los períodos hiperinflacionarios, esta actividad tendió a estancarse.

También la población rural y urbana participa de las grandes obras hidroeléctricas en otras zonas de la provincia.

El área rural tiene un determinante sustancial: la presencia de Parques Nacionales justamente en el lugar ocupado por las reservas mapuche locales (Curruhuinca y Cayún). No está demás

mencionar que las tierras de la reserva indígena local incluían lo que hoy es todo el éjido urbano de la ciudad de San Martín de los Andes, sufriendo sucesivos y continuos recortes que los fueron desplazando.

En la zona rural hay estancias de ganadería extensiva orientada a lanares y vacunos, en tanto que los crianceros minifundistas, dedicados a caprinos y ovinos, soportan una economía de subsistencia, sobre todo en las Agrupaciones indígenas. Las restricciones impuestas a sus pobladores conspiran contra las posibilidades productivas de los parajes, dedicados a cuidar sus reducidos rebaños, con los que también elaboran artesanías, después del tratamiento de la lana; la madera, y en menor grado el cuero, son asimismo materias primas para las artesanías. Estas actividades se complementan con la changa (trabajo a destajo) en las estancias.

Progresivamente se va introduciendo el mercado, pero bajo fuertes condiciones de desigualdad respecto al blanco; en tanto, el trueque aún conserva su vigencia.

Las reservas indígenas tienen un patrón común de deficiencias: el problema de la tenencia de la tierra (en general, son fiscaleros), mínimas posibilidades productivas, falta de planes de educación bilingüe, etc.

Los criollos son también de vida rural, y comparten las deprimidas situaciones socioeconómicas y el aislamiento geopolítico.

Las condiciones de vida y trabajo del peón rural resumen, en tal sentido, una pauta general (Hadad, Chaneton, Ventura y Rins ms.). Así, las estancias, las grandes extensiones de tierra, son de propiedad unipersonal, familiar o en sociedad anónima; siendo de producción exclusivamente extensiva, de baja complejidad tecnológica y poco intensiva en mano de obra y capital. Ellas representan, además, el poder de imposición del blanco. Dado que las Agrupaciones ocupan las tierras menos productivas, la migración a los suburbios de las localidades de la región ya sea en forma definitiva o como preludio del traslado a las grandes ciudades es una de las claves de la fuerte inestabilidad demográfica y sociocultural de la zona (Palermo 1988).

De esta forma, el suburbano es centro de este candente problema con dificultades habitacionales, falta o muy precaria instalación de agua potable, luz, cloacas. Los sectores asentados sobre suelo de piedras ni siquiera pueden construir letrinas. La tenencia de la tierra es precaria.

Mientras que en el casco urbano, habitado por empleados, técnicos, profesionales y militares, hay disponibilidad de viviendas, buena parte está desocupada fuera de la alta temporada turística; en el suburbano se asientan diversos "barrios", en especial en las laderas de los cerros que rodean la ciudad: sin agua en los veranos, sin protección del frío en los inviernos, en un real hacinamiento. No hay recolección de basura ni alumbrado público.

Las posibilidades de trabajo muchas veces se reducen a changas mal pagadas, a veces con un par de botellas de vino. Los pobladores del suburbano no tienen capacitación laboral acorde a las tareas ofrecidas en los centros urbanos. El alcoholismo, la violencia, la deserción escolar son la moneda corriente en la vida de estas personas.

La religión es otro problema significativo sin el cual no sería posible comprender las intersecciones culturales de la región. La religión mapuche sigue vigente junto con la católica. Ambas han tenido diferentes patrones de interacción. Además, en las últimas décadas, ingresaron grupos pentecostales que han introducido elementos de salvación individual, al igual que la religión católica.

En el suburbano, la religión mapuche, la católica y actualmente, el pentecostalismo han establecido formas de coexistencia, todavía no bien exploradas, que se entrecruzan con las características de los procesos de cambio cultural acelerado (Kalinsky, Carrasco, Arrúe y Witteman ms.).

Por su lado, la composición familiar ha variado - de las redes familiares extensas, con varias generaciones de residencia conjunta que conforman una unidad doméstica de producción, se pasa a la familia nuclear (sólo conviven dos generaciones y con menos hijos).

La instalación del sistema de reservas fue producto de una redistribución de tierras fiscales después de la "Conquista del Desierto", para dar respuesta al llamado "problema indígena". La

mayor parte de la tierra útil se destinó a pagar a los accionistas de las campañas y a quienes participaron en el bando vencedor.

A los indígenas se destinan las tierras más pobres, marginales y con muy escasas posibilidades de mejoramiento.

Se provocó de esta forma una nueva fuente de violencia pues no se respetaron las pautas organizacionales ni las instituciones hasta entonces vigentes (Bengoa 1985). El desarreglo social y cultural es difícil, aún hoy, de estimar en sus consecuencias más profundas.

A pesar de la magnitud del problema planteado, no hay literatura que tome como centro de interés el impacto, y sus efectos psicológicos, psicosociales, cognitivos y simbólicos.

Por su lado, su consideración está más centrada en las restricciones económicas y organizativas del sistema de reserva de tierras. Avances significativos en el sentido aquí aludido son Briones (1988) y Olivera y Briones (1987).

La vida en las Agrupaciones ha provocado profundas modificaciones en la representación del mundo, tanto de sus habitantes como quienes tienen que ver desde afuera.

No todas las Agrupaciones obedecen a pautas similares en cuanto a la densidad y fluctuaciones de su contacto con la "sociedad blanca". Algunas, como la del paraje Quila Quina, en San Martín de los Andes, están enclavadas en el centro turístico más importante de la provincia y uno de los principales de Argentina en cuanto a deportes de nieve. En cambio, en las reservas ubicadas en los alrededores de Junín de los Andes, Aluminé y las

del Departamento de Catan-Lil hay una marcada distancia representacional con la "sociedad blanca".

Ellas son, probablemente, una de las expresiones más intensas de esta situación, considerablemente alejadas de los centros urbanas, y con una interrelación difícil con el pueblo de Las Coloradas, cabecera del departamento. De él no puede decirse que sea una referencia para estas reservas. Más bien, lo son mucho más las localidades de Junín de los Andes y Zapala, que a pesar de su lejanía geográfica, se ven favorecidas, entre otras razones, por la facilidad del acceso por carretera que las une.

Los blancos, por su lado, han ido generando representaciones diversas sobre el fenómeno sociocultural dado por las reservas; por ejemplo, como instancia de control o, con una posición más paternalista que considera cumplida la deuda histórica con los pueblos indígenas. Por último, otros creen que este sistema es del todo inapropiado, porque es un obstáculo para el progreso, propio y regional.

El flujo migratorio de las reservas es constante. Una expresión frecuente es *"ésto es para los viejos y los chicos"*.

Si bien las reservas pueden ser vistas como una institución de control del poder central, o como instrumentos de aislamiento sociocultural, también constituyen, aunque conflictivamente, un modo de permanece de algún espacio de propiedad comunal, análogo al estilo tradicional (Arrúe y Kalinsky 1991). En este sentido se constituye como un medio de negociación, de transformación de significados y de disputa legal en su convivencia, que tiene un

fuerte componente de litigio, con el orden regional, provincial y nacional.

La reserva puede ser abarcada desde sus posibilidades económicas en virtud de factores productivos y sus relaciones de salidas y entradas de bienes y productos. También por su oportunidad de llevar adelante estrategias permanentes de adaptación al medio, siempre en constante deterioro, para dar forma a una continuidad que es fundamentalmente cambio; Pero es, a la vez, una configuración más o menos autocontenida.

Determinada la pauta legal de la propiedad de la tierra, tenencia precaria de tierras fiscales, se crean las condiciones para una expoliación abierta: las llamadas "corridas de alambradas", incapacidad para formar parte del proceso de fijación de los precios de los productos que trabajosamente se logran comercializar, dándose por eso, gran opacidad de los mercados; falta de fluidez para generar circuitos propios de mercadeo (Radovich 1990 y ms.).

Existen casos aislados de desarrollo de opciones productivas.

Por ejemplo, algunos planes provinciales de forestación que poco tienen que ver con iniciativas locales, y por ello, con escaso espacio de participación. No obstante, pueden ser fuentes de diversificación de alternativas a mediano y largo plazo.

Otros proyectos, también parciales, tienen que ver con viviendas rurales, mejoramiento de ganado caprino, comercialización de lana, que ya llevan varios años e incluso dando lugar a incipientes organizaciones cooperativistas. Estos, y otros

proyectos, se llevan adelante con objetivos y metodologías dispares.

En otras oportunidades, la expoliación es más solapada. Discriminación, rotulación, ser población-objetivo de diversas formas de acción social que casi siempre buscan votos (Briones 1990), sin que se logre un replanteo del papel actual del poder político; incapacidad para formular, y llevar a la práctica, políticas apropiadas vinculadas a proyectos regionales.

Pero, en algunos aspectos de la vida comunitaria, se mantienen pautas socioculturales locales; dándose actualizaciones y replanteos. El conflicto entre lo heredado y lo del "otro" es central. Uno de los aspectos que habla de él es el cuidado de la salud, con una dimensión de enorme vigencia de las prácticas tradicionales y, con otra, de adecuación con respecto a la "medicina blanca".

El fenómeno de la migración está asociado al de la urbanización/modernización.

Regionalmente, las zonas rurales no pueden ser consideradas, desde ningún punto de vista sin que la migración, como variable, juegue un papel determinante. En tal sentido, muchas de las razones que dan las personas sobre sus problemas de salud, y por tanto sobre su manera de manejarlos, hace referencia directa o indirecta a las ambivalencias y sufrimientos de la migración.

Las zonas urbano-marginales, por su lado, son los escenarios donde toman vigencia los grupos móviles, transitorios y de mayor intercambiabilidad y donde es necesario asumir pautas de

competencia, eficacia y logros (Arrúe y Kalinsky 1991, Mendoza 1989) que suman ingredientes a los patrones de 'distress'[4].

La búsqueda laboral y de mejoras de vida es el factor que más pesa en la decisión de migrar, la que es tomada, muchas veces, en situaciones límite.

La calidad migratoria (Salgado de Snyder, Cervantes y Padilla 1990) queda definida por las condiciones en que se da el proceso. Ellas difieren caso a caso y necesitan ser consideradas, entonces, como tales. Pero, en todas, quedan involucrados diferentes conjuntos de situaciones que comprenden el lugar de origen, de destino y los fenómenos psicoculturales, socioeconómicos y cognoscitivos de transición.

Por otra parte, parece difícil referirse a formas ideales en que podrían darse estos procesos migratorios, ya que en sí mismos son situaciones que impactan, de uno u otro modo en las formas de vida, sin importar sin son rurales o urbanas (Almeida Filho 1982).

La migración es, en un sentido último, un proceso que se decide y se lleva adelante con mayor o menos satisfacción, bajo situaciones de fuerza. No hay, por decirlo de manera irónica, migraciones "deportivas".

La migración siempre es forzada, aunque los pormenores que llevan a su determinación varíen y unos puedan ser más benignos que otros. Sin embargo, el desorden que ocasionan en los estilos

---

4. Como veremos más adelante, el uso del término 'distress', que carece de una traducción unívoca al español, y suele figurar en inglés, intenta alejarse de connotaciones psiquiatrizantes.

de vida y en su reacomodamiento más o menos radical, definen estados psicoculturales de vulnerabilidad, quienes se combinan, y potencian, con las inserciones socioeconómicas subordinadas en el medio al que se incorporan (Lock 1990).

La migración como pasaje de un "mundo" a otro requiere de un enorme esfuerzo que incluye distintos tipos de interacción que a partir de allí se establecen entre ellos.

Es así que los límites de las reservas no son sólo físicos. Son el confín de un mundo diferente, otro mundo, con bordes permeables, pero selectivos, en cuanto a los circuitos de intercambio con el afuera. No siempre las migraciones son definitivas; también se instrumentan variantes de idas y vueltas.

La migración es un traspasar la barrera local para ingresar, de una u otra forma, al mundo "del otro". Ya se es "el otro". Cambian radicalmente las pautas de comunicación y es difícil establecer otras nuevas que, a su tiempo, se habitualicen (Arrúe y Kalinsky 1991).

Todo ello contribuye a la estigmatización del migrante porque, en términos generales, se pone en peligro la propia sustancia de la vida colectiva en la reserva.

Sumado a ello, el migrante tiene que afrontar las dificultades de incorporación en el medio suburbano (Arrúe y Kalinsky 1988), sufriendo el rechazo del medio al que llega por ser, entre otras cosas, indio.

La reserva es una instancia crucial en el proceso de migración al medio suburbano/urbano ya que pone muchos de los términos en que puede ser planteado. En este sentido, es un punto de inflexión tanto de la realidad personal y social, ya que se trata de una instancia de articulación; paralelamente, es parte de las claves de significación de lo que es "normal" y "atípico" (problemático) de la vida cotidiana. Juega un papel esencialmente ambiguo: lo dificulta y, a la vez, lo posibilita.

Por un lado, impone límites a quien decide irse. Pero, por otro, da lugar a un patrón de identidad que acompaña al proceso, fundando modos afectivos y cognoscitivos de organización de las experiencias de la vida, según los perfiles que sean habituales y legítimos. Efectos, ambos, que tienen bastante que ver con condiciones de posibilidad de la salud mental[5] (Arrúe y Kalinsky 1991).

La migración suele producirse por etapas: primeros los jóvenes o el jefe de la familia. Luego, el resto, una vez que la avanzada puede establecerse, siempre en la precariedad (Arrúe, Kalinsky y Ranguileo ep.).

A veces la estadía en las ciudades neuquinas es solamente un paso en la búsqueda de los grandes centros urbanos, donde se radican en villas de emergencia de los conglomerados industriales.

---

5. Ayuda, de esta forma, a mantener cierto control sobre sus vidas. A veces, la falta de control sobre la gestión de la propia vida es vista como indice de enfermedad (mental) (Das 1990).

El ámbito suburbano es así en el de mayor vulnerabilidad de nuestra región. Ello se refleja, por ejemplo, en el tema del alcoholismo. El hombre, campesino adulto, capacitado para una modalidad productiva definida (crianceros minifundistas de caprinos y ovinos) tiene dificultades serias para acceder a trabajo estable en la ciudad.

La mujer, responsable "del adentro" se ve obligada a "salir", estableciendo también una competencia con el hombre, en especial porque suele encontrar trabajo más rápido que él, por lo general, en tareas domésticas.

Todo el grupo familiar se trastoca (Arrúe, Kalinsky y Ranguileo ep.). Los jóvenes y los niños son quienes se acomodan más rápido y fácil a las nuevas pautas y exigencias[6], actuando como sus introductores en el ámbito familiar, y dando origen entonces a innumerables fricciones. Se cuestiona la autoridad paterna, inconmovible en el campo. La violencia se transforma, así, en un medio de expresión familiar del 'distress'.

Otro elemento generador de incertidumbre lo constituye la falta de documentación de los migrantes chilenos que ingresan a nuestra zona sólo con permisos temporarios, siendo la radicación casi imposible; acceden al mercado laboral en condiciones muy desfavorables, como trabajadores a destajo.

---

6. Esta es una pauta que se repite en los procesos migratorios (Vega y Rumbaut 1991).

EL alcohol pasa a ser el eje de los grupos que se reúnen casi siempre para recordar el pasado. Con la desorganización de la ingesta, con el aislamiento y estigmatización, al que es sometido el alcoholista, el grupo se transforma para sus integrantes en el referente de pertenencia, la isla donde no existe el rechazo. Paralelamente, es el mismo grupo quien se constituye en el mayor impedimento para quien decide moderar, o suspender la ingesta (Arrúe, Kalinsky y Ranguileo ep.).

El relegamiento en las reservas, el extrañamiento compulsivo, las enfermedades del blanco fueron junto con la rémington, algunas de las formas en que se expresó la asimetría entre el blanco y el indio.

Ahora, ellas han cambiado. Pero las minorías desfavorecidas son la consecuencia de desigualdades no resueltas con justicia.

V. EL JUEGO DE LAS DEMANDAS Y RESPUESTAS

> Paciente: -Disculpe, por favor, doctor podría decirme cuándo podré visitar el jardín?
>
> Médico: Buenos días, Dave! Cómo se encuentra hoy? (Sigue su camino sin esperar respuesta)
>
> "Diálogo" registrado en un establecimiento psiquiátrico por David Rosenhan

Casi siempre nuestras historias comienzan con otros, como cuando nacemos.

Pero, en este caso, esos "otros" éramos nosotros mismos en una época, que ahora ya sentimos lejana, en que otra vez emprendíamos la tarea de encontrarnos, cada uno consigo mismo y con los casi ya compañeros de ruta.

Un tipo de encuentro en el que habíamos pensado mucho pero que recién entonces parecía que encontraba algunas posibilidades de plasmarse.

No nos cabe duda de que el origen de este proyecto de Atención Primaria y Salud Mental significó en algún sentido, y más allá de los nombres de las personas que en ese momento lo integraron, una nueva amalgama que nos permitió continuar, aunque cambiadas, viejas conversaciones que, cada uno por su lado había estado teniendo. La idea de "conversación" es usada, a veces, por los antropólogos (Gudeman y Rivera 1989) para dar a entender que las tramas de sentido van tomando cuerpo sólo a través del cotejo con los otros, en un doble movimiento: como ámbito de

coincidencias pero también como un "campo de batalla" peligrosamente literal, aunque sin perder la posibilidad del diálogo pues, en ese caso, la conversación se trunca.

No creemos que haya algo que por sí mismo sea incomunicable; sí, hay condiciones que entorpecen o inhiben el diálogo, y así ciertas perspectivas ya no pueden ser escuchadas. Pero las dificultades no están en ellas sino en la naturaleza del clima emocional e ideológico que se haya creado.

Esta pintura de nuestros orígenes no ignora que el acto de comunicar no es sinónimo de coincidencias, comprender no es igual a compartir ni aceptar tiene equivalencia con conceder.

Es, simplemente, abrir los puntos de apoyo de nuestras categorías perceptuales y conceptuales.

Pero, éste, ha sido un duro aprendizaje compartido que, todavía, avanza y retrocede. Todos juntos, quienes se fueron, quienes continuaron con otros caminos, quienes permanecen y quienes fueron llegando tuvimos la oportunidad de confluir conversaciones dispares, anudarlas en algunos aspectos y desanudarlas en otros. Conversaciones omitidas pudieron recomenzar; otras estancadas vieron nuevos términos para replantearse y, otras con muy diferentes ámbitos de problemas pudieron hallar claves más o menos comunes.

En 1979, funcionaba en el hospital "Ramón Carrillo" de San Martín de los Andes dos grupos de reflexión: uno de rehabilitación de alcohólicos y, el otro iniciaba la conformación del equipo de agentes sanitarios. El proyecto de

Atención Primaria y Salud Mental se genera a partir de su articulación mutua.

Incorporar el problema del alcoholismo al ámbito de la atención primaria implicó un cambio radical, aunque lento y doloroso, en la mirada clínica que luego fue ampliándose a otras áreas: el significado y alcance de la profesión de agente sanitario, las relaciones médico-paciente, las formas institucionales y comunitarias que establecen diferentes conceptos de salud y enfermedad; respuestas que se creían tener, soluciones deficientes a problemas que no lograban un buen planteo, entre otras.

Así, desde diferentes vertientes -médicos, agentes sanitarios, enfermeras, pacientes y tímidamente, al principio, curadores populares- se van asentando, midiendo y contrastando los principales ejes que vertebran la propuesta.

"La realidad no es una sola" fue el que nos permitió ir armando diferentes lecturas de aquéllo que se consideraba un mismo conjunto de problemas. Por ejemplo, "alcoholismo-vicio", "alcoholismo-enfermedad", "alcoholismo-síntoma de las contradicciones sociales", "alcoholismo-estilo de vida" obedecen a diferentes constelaciones ideológicas y prácticas: usos integrativos, disolventes, tradicionales, aculturados del alcohol conviven, en general, bajo un mismo rótulo diagnóstico que no registra matices, ni gruesos ni sutiles.

Sin embargo, todos hablaban de "alcoholismo".

Por su lado, la "psicosis" y el "daño" se refieren a problemas espirituales, de la mente; no obstante, la distancia

cosmovisional que los separa es abismal. Y así.
Quizá la conclusión más oportuna que podríamos tener es que, finalmente, no estábamos hablando de lo mismo; pero ahora lo sabemos, pudiendo así resolver dilemas sin aparente salida.

El trabajo de equipo, otro de los ejes, nos abrió a la dimensión vincular como forma de vida laboral y terapéutica.
Quienes fuimos educados en la filosofía del éxito personal, del esfuerzo individual y de los logros por mérito propio hallamos que el acercamiento a las personas vale terapéuticamente más que especializaciones disciplinarias vacías de sentido compartido.
Pero no nos engañemos. Los aspectos técnicos, de actualización, las respuestas terapéuticas eficaces, las especializaciones, nada de ésto se diluye. Antes bien, la propia capacitación es una marca de respeto a las otras personas que disminuye los riesgos y ofrece garantías. Es el sentir compartido y la percepción de los límites, propios y de los demás, quienes les dan otra configuración.

Finalmente, la idea de "proceso" nos sirvió para soportar la tolerancia a otros puntos de vista, el replanteo de los nuestros y la construcción conjunta de un conocimiento que implica arduos e inacabables cambios perceptuales, cognoscitivos y afectivos. Cambios profundos o superficiales, completos o parciales, duraderos o transitorios, todos forman parte del mismo conjunto de esfuerzos y pretensiones. Todos son igualmente valiosos y ponderables; todos exigen la misma capacidad de reflexión y

crítica.

Veamos, entonces, dos de los temas que definieron esta primera etapa: el alcoholismo y el acercamiento a la medicina popular en el ámbito de la salud mental. Ellos no fueron excluyentes pero son quienes nos fijaron en la percepción institucional, y a veces personal de algunos otros, convirtiéndose en una dura etiqueta de identificación.

También fueron quienes desnudaron la mala sintonía que había entre aquéllo que las personas y sus sufrimientos demandaban y la parcialidad de recursos que teníamos para darles respuesta, que resultaba casi siempre insatisfactoria, y no pocas veces inapropiada del todo pero siempre recubiertas de esa pátina de soberbia que se pega cuando se cree estar en posesión de la única respuesta correcta.

El alcohol: enfermedad ó la tarea de recuperar la libertad

Este título marca un punto de inflexión en las formas de ver las ingestas alcohólicas enfermantes. Aquí me centraré en los lineamientos que se han seguido con los grupos de reflexión, hospitalarios y comunitarios, sobre el alcohol, ya que en otros oportunidades dimos cuenta de los diferentes patrones sociales y los problemas epistemológicos, ideológicos e institucionales relacionados con el alcohol (Arrúe y Kalinsky 1988; Arrúe, Kalinsky y Ranguileo ep.).

Los inicios de esta experiencia estuvieron concentrados en la desintoxicación, internación de por medio y la superación del

síndrome de abstinencia con ayuda farmacológica. El criterio en uso de la salud y enfermedad era el equilibrio, la homeostasis entre el interior y exterior, entre la persona y su medio. Se trataba de restituir los aspectos deteriorados, reincorporando capacidades perdidas.

Al mismo tiempo, la propuesta se centralizaba en crear conciencia sobre la naturaleza de la enfermedad y los riegos de muerte que entraña. Se reflexionó, en innumerables reuniones, sobre los detonantes fisiopatológicos producidos por la ingesta etílica, atacando como es de rigor los enfoques moralizantes que imperaban en buena parte de la población quien los registraba como un vicio. Los resultados obtenidos se inscribían en las tendencias generales: tratamientos intensivos y emocionalmente costosos que no se reflejaban en la calidad de las recuperaciones, si las hay; y dificultades para pronosticar cursos de evolución (Galanter 1984, Heath 1987 entre otros). Sin embargo, la realidad erosionaba este modelo: el alcoholismo, las minorías inhibidas en su horizonte cultural y material, el cuestionamiento que la locura ejercía a un sistema de salud razonable pero insuficiente. Era poca cosa internar a un paciente con síndrome de abstinencia alcohólica, tranquilizarlo con sedantes, corregirle su deshidratación, investigar su funcionamiento hepático y describirle las consecuencias de sus "malas costumbres". Poco tiempo después se lo volvía a recibir por guardia; la recuperación tan ansiada era tan sólo una mera ilusión. Puesto que lo acompañaban en forma permanente su incapacidad para lograr el sustento, los trabajos perdidos, la

mujer e hijos maltratados, y el estigma comunitario. Se transformaba en un visitante habitual de los calabozos, las cunetas y las guardias de los hospitales.

Cuando los agentes sanitarios, con su modalidad de trabajo familiar y domiciliaria, comienzan a incorporar tareas de ayuda a los pacientes alcohólicos se amplían las perspectivas, atendiéndose a la dimensión psicosocial y grupal. Se inician los abordajes familiares y se crea el primer grupo interfamiliar. En forma progresiva, la reunión semanal que en un principio se usaba para cuestiones meramente administrativas (organización y evaluación de actividades) se convirtió en un grupo donde se discutían problemas. Y se inició el intercambio de experiencias que es un aspecto que ha permanecido en todos los desarrollos posteriores, y hoy es el eje de todas las actividades grupales. El enlace del grupo de alcoholismo y el de agentes sanitarios formó el primer esbozo de red que se enriquecería con la participación de otras instituciones y organizaciones de la comunidad. Para luego, diseñarse con convocatorias zonales una red sociosanitaria ampliada.

Si bien reconocemos la influencia de Alcohólicos Anónimos, las diferencias con él son bastante obvias: no se puede conservar el anonimato ni tampoco pudieron mantenerse separados el grupo de alcohólicos y el de sus familiares (al estilo Al-Anom). Sin embargo, el peso de la medicalización no pudo ser evitado del todo. En este tipo de actividades, la responsabilidad de la recuperación sigue estando de parte de las personas (Conrad 1992). En tanto no se entablen articulaciones vigorosas con los

determinantes sociopolíticos del alcoholismo la situación no variará demasiado (Arrúe, Kalinsky y Ranguileo ep., Arrúe y Kalinsky ep.b)

La forma de funcionamiento fue parecida a la que plantea la perspectiva de "Educación para la Salud": se indicaba y trabajaban las complicaciones que se iban distinguiendo en cada participante del grupo, y se compartían causas y evoluciones.

Pero, sin duda, fue el arte de compartir, que perdura hasta ahora, lo que dio su estilo de acción a esta grupo.

Se generó una curiosa convivencia, pero fructífera, entre una visión biologista y muchas veces medicalizada, con aspectos de índole autogestiva. Encerrados durante un largo comienzo en un consultorio de hospital, la exigencia de uno de los miembros del grupo de alcoholismo nos lanzó a organizar una reunión en su lugar de trabajo.

Desde ahí, ya fueron impostergables actividades de prevención y promoción, en el hospital y fuera de él: escuelas, lugares de trabajo y de seguridad en que se confrontaron posiciones acerca de los encierros por ebriedad en la vía pública o se discurría acerca de las formas de ayudar a quien sufre este problema; o, en los hospitales con los enfermeros y médicos pensando acerca de la violencia institucional que se ejerce sobre el desprotegido. Para ello se utilizaron mucho los medios de comunicación, sobre todo la radio y se produjeron algunas películas en las que se trata la especificidad regional del alcoholismo; y con las que se intentó acceder al conjunto de la población que, de muy diversas maneras, "sufre" y "necesita" del

alcohol. También los talleres de teatro surgidos de la actividad comunitaria fueron una vía creativa de tocar el problema.

Otra historia es la referida a la implementación de un taller protegido de artesanías. Tuvo la buena intención de facilitar la reinserción laboral por medio de la carpintería y artesanías, Pero pronto se lo conoció como el "taller de los borrachos". Luego de un par de años, las desilusiones y los apremios económicos decidieron desmantelarlo. (Irónicamente se instaló en su lugar un negocio de distribución de bebidas alcohólicas). Esta mala experiencia nos llevó a replantear el concepto de "protección", al menos en la acepción que genera más señalamiento y discriminación[7]. Sin embargo, no está todo dicho. Estar involucrado en situaciones sociales puede traer beneficios antes ausentes en el aislamiento institucional. Quizá la vía de salida sea armar circuitos laborales articulados con las posibilidades y demandas de los mismos mercados económicos. Para ello es imprescindible una participación institucional que pueda apoyar este tipo de programas. En este momento, estamos intentando este camino.

Desde sus inicios, el grupo fue abierto, con dos reuniones semanales interfamiliares y otras de apoyo a hospitales de la región, tarea que aún se mantiene.

En enfoque grupal permite compartir, apoyarse mutuamente, visualizar que existen alternativas, en la forma más

---

7. En este sentido, continuamos otras experiencias de trabajo protegido para pacientes esquizofrénicos en las cuales se produjo un sufrimiento de la autoimagen (Estroff 1981).

participativa posible.

Se puede dar solución al problema del alcoholismo a través de un trabajo grupal? Son las experiencias quienes determinan los estilos y los fracasos. El tratamiento individual está disociado de las posibilidades de la persona que tiene un problema tan complejo, que todavía no hay acuerdo sobre su naturaleza y constitución, discutiéndose ahora si puede ser establecido siquiera como diagnóstico (Delrieu 1988, Fingarette 1988)[8].

Cuando también los familiares encaran el problema se abren otras opciones, y bastantes más cuando la comunidad resuelve actuar. Sin embargo, también hay límites ya que se impide profundizar en temas de mayor intimidad. Para eso, continuamos intercalando, de acuerdo con las necesidades, entrevistas por separado, individuales o familiares.

El deseo de dejar el alcohol, o el apremio de los familiares fueron el incentivo para integrarse a estos grupos.

De a poco, se fue asumiendo la pertinencia de la visión sociocultural del alcoholismo, que permitió actividades de investigación socioantropológicas más sistemáticas.

---

[8]. Conrad (1992) sostiene, sin embargo, que el concepto de "alcoholismo" como enfermedad mantendrá su vigencia por el éxito de Alcohólicos Anónimos, y los cada vez mayores soportes organizativos que convoca, de los que no son ajenos la fructífera industria alcoholera. Recordemos, hace poco tiempo, los 'spots' publicitarios en televisión abierta que se expusieron advirtiendo sobre los efectos nocivos del uso excesivo de cerveza patrocinados por "Cervecería Quilmes".

Esta incorporación marca un cambio definitorio en el perfil de estos grupos, aún más fuerte que la consideración de la dimensión psicológica, que se hizo en un principio desde las corrientes sistémicas.

Desde allí, nos tomamos en serio la necesidad de contar con el contexto regional, de conocer y admitir las diferentes concepciones de salud y enfermedad, atención y curación que tienen los distintos grupos que allí conviven.

De pronto, el alcohol va dejando de ser el centro exclusivo de reflexión que muchas veces marcó más que nada las obsesiones del equipo de salud: las abstinencias, los líderes (en el opaco papel de mantenerse fuera del alcance del alcohol, y en una denominación no muy aceptada por los propios coordinadores del grupo), el medicalizar de alguna forma la vida misma.

Se comprende ahora que el alcohol es sólo uno de los eslabones que pueden formar la vida de una persona. Al ser transformado en "diagnóstico" cumple la mala función de impregnar todo el rico conjunto de facetas de una vida (Rosenhan 1990). Ya de por sí, el uso enfermante del alcohol menoscaba a las otras posibilidades.

Estamos embarcados, ahora, en la tarea de ampliar y complejizar una red que quiere invertir prioridades. En vez de soportar, en primera instancia, las dificultades, límites, cierres e incumplimientos se enfatiza la identificación, gestación y aprovechamiento de las posibilidades, aperturas y logros.

Se siguen utilizando criterios clínicos; también la abstinencia sigue siendo condición de trabajo; pero todo ésto en vistas de la búsqueda de un sentido, de un proyecto de las personas y el conjunto social.

Salud mental y medicina popular: un descubrimiento cognoscitivo

Dado que el proyecto de Atención Primaria y Salud Mental nace de la convergencia de dos grupos intersectoriales, de agentes sanitarios y de rehabilitación de alcohólicos, hubo desde el inicio diferentes apreciaciones y sensibilidades frente a las diversas concepciones y prácticas sobre salud, enfermedad, curación y cuidados que tiene la población de la zona.

La medicina mapuche, que existe en la región desde antes de la llegada del blanco, plantea el ámbito de la salud en una integración del orden biológico, psicológico, social y trascendente, según nuestra forma de ver las cosas. La enfermedad se da cuando se debilitan los vínculos entre el "cuerpo " y el "alma", pero también en las relaciones sociales y con los seres superiores.

Además de esta fuente, la actual medicina popular se ha nutrido del saber hispano-colonial: la medicina del empacho, el mal de ojo, el sobreparto, la pata de cabra, vinculando elementos naturales, animales, intoxicaciones, traumatismo y, muchas veces, también la mala intención del otro (Favret-Saada 1989).

En la zona, hay expertos curadores. Se registran, no obstante, dificultades de orden ideológico y estratégico en reconocer la utilización del trance como forma diagnóstica y terapéutica. Una forma habitual de evitar el tema es usar el giro *"no hay más machi"*. El trance junto a los alucinógenos están. Los sueños, más propiamente estados intermedios de conciencia, siguen siendo una vía importante de dilucidación del sufrimiento. Casi todas son mujeres, coincidiendo con la tendencia general de la medicina tradicional (Maclean 1976, Merry 1992)[9].

Además de la medicina oficial, proveniente del aparato científico-tecnológico, se ha incorporado más actualmente la forma médica pentecostal con el "don de lenguas" y la "sanidad espiritual" que ejerce su prédica sobre todo en las reservas y zonas suburbanas.

Este último es un fenómeno aún insuficientemente analizado, pero con incidencia gravitante en la problemática de la salud del lugar.

---

[9]. Parecería ser que el aumento de shamanes mujeres tiene que ver con una declinación de su prestigio dado por las presiones de la modernización dentro de los estados nacionales. Esta es sólo una suposición pues, por otro lado, a veces no parece haber distinción cultural de género en la práctica del shamanismo.

En otra oportunidad (Arrúe y Kalinsky 1991) hemos dado cuenta de los tipos de interacción que se han establecido entre la medicina oficial y popular, de tal forma que no cabría tratarlas como entidades autónomas, mucho menos desde la percepción de la gente que implementa formas, más o menos exitosas, de articulación ("itinerarios terapéuticos") entre ellas. No hay ruptura en el punto de vista de los actuantes (Nathan 1991, Orubuloye, Caldwell, Caldwell y Bledsoe 1991, Pedersen y Baruffati 1989). Parece, más bien, que habría ciertos operadores todavía no bien reconstruidos que intermedian entre campos semánticos heterogéneos. Uno de ellos es el articulador cultural representado en nuestro medio por el agente sanitario. Estas articulaciones permiten un uso más o menos fluido de los distintos sistemas médicos regionalmente accesibles, mucho más de lo que se vislumbra desde la ubicación de observador o proveedor de algunas de esas opciones.

Tanto la medicina oficial como popular han venido sufriendo procesos más o menos paralelos de cambio, y en alguna medida, convergentes.

Este enfoque de articulación en la utilización de las posibilidades de las diferentes opcines médicas que desarrolla la población es una modulación genuina, aunque perfectible, del autocuidado y de la participación comunitaria. Tienen, en la mayoría de los casos, un resultado beneficioso producto de una activa y reflexiva toma a cargo de la población de sus problemas de salud.

En el ámbito de la salud mental, nuestro equipo ha venido implementando una estrategia de atención y cuidado que hemos denominado "abordaje conjunto" (Arrúe y Kalinsky 1991) que consiste en la intervención discriminada, simultánea o alternada, de los curadores oficial y popular en la atención de la salud. En consecuencia, el poblador recibe explícitamente el cuidado de más de un sistema de salud. En el texto citado hemos dado cuenta de los fundamentos epistemológicos y técnicos de esta forma terapéutica, así como hemos presentado varios casos clínicos que tuvieron una resolución en tal sentido.

La idea es maximizar los recursos curativos al alcance de todos y que se mantengan, durante todo el proceso de restablecimiento, reconocibles por todos los que participan en la ayuda -médicos, agentes sanitarios, curadores populares, familiares, vecinos, amigos.

No cabe duda de que el abordaje conjunto da acceso a una dimensión de profundo conflicto en los procesos de contacto intercultural, de los cuales somos parte interesada en tanto factor de variación en las formas que asume la política comunitaria al respecto.

Otra alusión breve que quiero hacer se refiere a la capacidad curativa de la medicina popular tal como se da en nuestra zona. Este es el tema que atrapa casi con exclusividad la consideración del equipo médico profesional.

El planteo, como ya se señaló, quiere dirimirse a partir de los ejes "realidad/irrealidad", siendo éste último sinónimo de no-

racional, no-médico, no-verdad-en-última-instancia. Las otras miradas médicas se invalidan como criterios adecuados de interpretación de la realidad.

Aquí, simplemente, diré que un principio posible de racionalidad se basa en las oportunidades de explicabilidad que se otorgue cualquier forma sociocultural y en la capacidad de auto-reflexión que sus integrantes logren implementar, o sea, mecanismos formales e informales, más o menos explícitos, más o menos cambiantes, más o menos ocasionales que permiten poner en cuestión fundamentos y justificaciones (Kalinsky y Arrúe 1991a).

Todo conocimiento es parte de un sistema sociocultural muy complejo que, entre otras cosas, provee de lenguajes y saberes[10] específicos para expresar y atender los estados **reconocidos** de enfermedad.

Aún en un mundo de trascendencia, sin duda ahora desacralizado, que retiene, reformulada, una acepción del sentido común en que las explicaciones de carácter sagrado de la enfermedad se siguen articulando con un conocimiento técnico que basa las terapias populares vigentes.

---

10. Quiero enfatizar el uso del plural. La literatura antropológica actual reconoce una idea de "sistema de creencias" más versátil y ubicua y, sobre todo, entremezclada con otros conjuntos de creencias. La cultura no provee sólo de un lenguaje posible; y, aunque así lo fuera, este sería quien cumpliría el papel hegemónico, oficial. Pero hay otros géneros de comunicaciones y otras configuraciones de criterios en que las cosas pueden ser puestas (Das 1990, Harrell 1991 entre otros).

El contacto entre conocimientos no es cordial. La tensión entre ellos pone constante discordia.

Los modos posibles de resolución no responde a normas. Nosotros hemos puesto en práctica uno de los que creemos viables.

En nuestro equipo de trabajo, son los participantes profesionalizados en la medicina oficial quienes han sobrellevado un penoso proceso de cambio en los patrones de hábitos con que se organiza y da sentido a la realidad.

Descubrir que las personas y los grupos viven con formas diferentes a las propias conlleva una carga emocional que desencadena, muchas veces, momentos de incertidumbre en los que se ven en peligro nuestra vida diaria y nuestro modo de ser-en-el-mundo.

Termino esta sección, entonces, con un breve relato que hace un tiempo nos regaló un integrante profesional de este equipo.

Más allá del valor que encierra en sí mismo como experiencia de vida me interesa señalar de él tres cosas.

La primera es que no se trata de una "conversión", que tiene más que ver con sentidos religiosos o místicos.

Segundo, se trata, más bien, de una muestra de las barreras que solemos sostener ante amenazas a nuestras adhesiones cognoscitivas y a sus posibles capitulaciones en cuanto a ser las únicas, y reales, poseedores de conocimiento en su sentido más puro -desprovistas de creencias, supersticiones, resabios del pasado y, sobre todo, no idiosincráticas.

Finalmente, este relato plantea el intrincado problema del cambio perceptual, del cual ni la epistemología ni la antropología han dado, todavía, cuenta teórica. Cómo se flexibilizan nuestras fronteras perceptuales y categoriales para dar curso a los "otros mundos" que pueblan la realidad? Es posible el pasaje de ida y vuelta de un mundo a otro? Cómo percibimos aquéllo que no experimentamos, salvo en alguno de sus efectos sobre nuestras prácticas, ó en los discursos y acciones de los otros?

Vale la pena repetirlo, no se trata de renegar de nuestras convicciones y saberes, se trata de reafirmarlos sobre bases que por ser más comprehensivas ponen en cuestión la auto-referencia y el ideocentrismo.

Yo sabía que existían los curanderos, sabía que había entidades que los médicos no manejábamos. Pero no me interesaba mucho. Aunque más bien sí porque en esa época veía a la medicina popular como algo muy peligroso. A mí me costaba mucho aprender /medicina/, me resultaba difícil e importante al mismo tiempo. Entonces no podía entender cómo había gente que sin una grandísima formación se metiera en estas cuestiones. Lo que permanentemente llegaba a nosotros en las guardias, en la residencia era 'averigüemos la posibilidad de un tóxico, las madres dan tés a los chicos, el paico produce tal y tal cosa'. Pero cuando salía del hospital, el hecho de estar en un barrio, en una villa, en la casa de las personas que pedían ayuda, aunque seguía manteniendo estas convicciones, mostraba, al menos actitudes diferentes. No era que aceptara a la medicina popular pero era que aceptaba a las personas con sus creencias. Me invitaban a la casa, veía a alguien que estaba enfermo, y después tomando mate me hablaban del empacho del chico. Mi reacción era muy diferente a la que tenía dentro del hospital. Trataba de comprender más al otro. Trataba, entonces, de hacerles entender, sin descalificar lo que la gente decía, que la medicina era algo muy importante, muy serio, que se necesitaba estudiar mucho para equivocarse menos, el peligro de los yuyos, las toxicidades. Trataba de no herir sus sentimientos pero encarnaba con fuerza la lucha contra la medicina popular y contra la iatrogenia. Trataba de hacerles entender mi creencia, pero me daba cuenta que no era la creencia del otro.

Entonces, empecé a tratar de comprender de dónde venía la creencia del otro. Con los curanderos, en esa época, entablé una verdadera guerra silenciosa. Yo ni los conocía pero ellos, probablemente, me tenían bien calado.
En los ambientes rurales, la medicina popular se me hizo más tangible, más real. Muchas veces los pacientes me advertían: 'yo sé que ud, doctor, no cree en estas cosas, no está de acuerdo con estas cosas' y después me largaban cualquier barbaridad. Y yo me iba preparando, y medio que lo fui aceptando, porque quería aceptar al otro ó al menos trataba a pesar de que entendía que eran enfoques equivocados de la salud y la enfermedad. Todavía no entendía que era otra forma, para mí era una forma equivocada.
Luego, me topé con fuerza con la medicina indígena; también los grupos religiosos, evangélicos. Me permití conocer más a la gente, las costumbres, los lugares y me empecé a interesar por la otra concepción, sobre todo la mapuche, aunque reconozco que, en ese momento, desde un cierto fanatismo reivindicativo.
Después de varios años, ya no pude evitar el no entender que había otra gente que pensaba diferente a mí. Entonces, empezaron a aparecer, por ejemplo, los pedidos de gente internada en el hospital, familiares de los internados que me decían: 'y, doctor, usted sabe, me parece que tiene un empacho y me gustaría que lo viera doña Fulanita'. Yo les decía: 'y bueno, que venga doña Fulanita y que lo vea'. Al principio, yo decía incluso 'sí, pero traten que no le den té, porque las dosis...' y ese tipo de cosas.
Fui entendiendo que la gente tiene derechos y que nosotros simplemente somos una alternativa. Me costó mucho, pero pude llegar a entenderlo. Yo trabajo con modelos causalistas. Tal tratamiento de tal tipo da tales resultados, con este otro tipo el porcentaje de fracasos es tal y tal. Pero empiezo a ver otro tipo de resultados sobre todo en lo que nosotros llamamos 'salud mental'.
En esa época lejos estaba yo de pensar que una buena comunicación con el otro forma parte de la salud mental. Tenía un médico amigo que sostenía la 'teoría' de que los médicos generales deben ser efectores de salud mental. Yo me lo tomaba un poco en broma pero, después, la amplié en el sentido de que no sólo los médicos generales sino los equipos de atención primaria.
Yo veía que muchos que sufrían este tipo de dificultades recurrían, con alivio, a la medicina popular. Yo entendía que los fármacos tenían que apoyar el trabajo en salud mental. Pero veía cambios, y lo que buscaba eran cambios, alternativas, nuevas posibilidades. Y empecé a pensar que por ahí no todas estaban en mis manos. Creo que ahí está la clave. No todo está ni en uno ni en el equipo. Entonces me fui animando, de a poco y con mucho miedo. Y de buenas a primeras me encontré que estaba haciendo derivaciones de uno a otro lado, en virtud de vínculos personales. Esto quiere decir que no lo hacía porque entendía que la otra medicina era buena. Creía, más bien, que Fulanito o Menganita era una buena persona y podía ayudar. Mucho después entendí que detrás de ellos había una cosmovisión, un otro

entender el tema de la salud.
En ese mismo tiempo, también me di cuenta de que era un trabajador de la salud en equipos de atención primaria. Poco a poco fui abandonando la idea del trabajo individual, y generando la del trabajo en y con equipos, en y con grupos, en y con comunidades. Y empecé a entender que la salud es física, mental, social y cultural. Todo eso junto. Lo biológico, lo cultural, lo vincular, lo familiar todo está junto.

VI. LA PARTICIPACION SOCIAL: EJE IDEOLOGICO-PRACTICO DE LA I EPOCA DEL PROYECTO DE ATENCION PRIMARIA Y SALUD MENTAL

> En un país subdesarrollado no existe un espacio donde llevar a cabo un trabajo intelectual colectivo orientado precisamente a destruir el subdesarrollo/.../ La existencia social del oprimido no determina necesariamente su existencia consciente.
>
> Jean Casimir

El concepto de "participación comunitaria" debe referirse, más que nada, a la presencia de programas de desarrollo comunitario (salud, educación, vivienda, producción) tanto urbano como rurales, en los cuales las prácticas de participación se formulan e instrumentan desde los planificadores. Se suele considerar que los problemas que ofrece, en estos casos, la colaboración activa y decidida de la comunidad deben ser resueltos como cuestiones técnicas (visión tecnicista de la participación). En este sentido, el concepto está inmerso en la ideología científica (Watzlawick 1990, Varsavsky 1982). Según ella, todos los ámbitos de la acción humana pueden ser puestos

en términos científicos y sus problemas pueden ser solucionados mediante ingenierías sociales.

Esta perspectiva garantizaría que, en última instancia, casi nada quede fuera de la discusión racional, y por tanto librada a la pura decisión. Sobre aquéllo que no admite argumentos y buenas razones (Habermas 1989) para ser sostenido o desechado, sólo le cabe la arbitrariedad y discrecionalidad de la decisión no consensuada.

Sin embargo, desde otras visiones, este tipo de participación ha sido rebatido en el sentido que al no ponerse en discusión "en qué" y "para qué" se participa (Gianotten y de Wit 1985) se pierde su potencial sentido social y, entonces, sus posibles éxitos.

Ugalde (1987), por su parte, ve en este tipo de participación "un eufemismo para el trabajo gratuito" en donde se responsabiliza al oprimido no sólo por su condición de pobreza sino que, también, se lo carga con la obligación de utilizar sus propias fuerzas y recursos para dar salida a la situación de pobreza.

Ampliando este argumento, podría entenderse como una forma que utiliza el Estado para escapar parcialmente a su responsabilidad de hacer frente a las necesidades de salud de los más pobres , aquéllos que carecen de capacidad política de negociación.

Se pierde de vista, aquí, que la gente no puede acceder a niveles decisorios de programación, planificación, ejecución, financiación y gestión de los proyectos.

Por tanto, no se presta atención al componente político de la participación. Se evita la constitución de instancias intermedias de reflexión, crítica y creación de conciencia política en donde se puedan gestar ámbitos de puesta a punto de las confrontaciones existentes entre las comunidades locales y las instituciones centrales (Kalinsky, Arrúe y Rossi 1993).
Siendo una concepción impositiva de la participación (Higginbothan y Connor 1990, Hull 1990), la indagación sobre sus fracasos no exige demasiada sutileza[11].

Por su lado, el concepto de "participación de la comunidad" puede tener que ver, según nos parece, con las formas y modalidades propias que la participación adquiere en las prácticas comunitarias cotidianas en vista de la resolución de problemas.
Este tipo de participación, obviamente, no asegura su actuación en niveles más amplios de decisión; ó, incluso, un acceso menos restringido a fuentes confiables de información, otra dimensión clave de la participación efectiva.
Así esbozada, es este estilo el que pretendemos profundizar en nuestro proyecto de trabajo.

---

[11]. Heggenhougen (1991) sostiene, en un tono parecido, que debemos preguntarnos si no se está persuadiendo, antes que facilitando a la gente a tomar decisiones más informadas en los programas de 'marketing' social, una forma de nombrar a la ingeniería social. La participación comunitaria es frecuentemente promocionada con el propósito de obtener servicios de la comunidad para lograr determinados fines, o para incrementar los usos de los servicios oficiales de salud antes que para aumentar el control que tiene la gente, compartiendo el poder o contribuyendo a las colaboraciones en el desarrollo de la salud.

Se parte de entender que la participación es, ella misma, el producto de tareas de índole participativa: construir caminos más generales y abarcativos que permitan un enlace social de las prácticas y las teorías.

Pero es difícil superar estereotipos arraigados. Por ejemplo, los referidos a las expectativas de rol del científico y de los miembros de la comunidad local.

Del primero se espera, en principio, la enunciación de conocimiento válido en la figura de teorías formuladas. Ellas deberán poder explicar los fenómenos del mundo (para las ciencias empíricas) a partir de procedimientos pautados de contrastación y validación de las hipótesis, previa y debidamente explicitadas.

De la comunidad local se esperan actividades que tienen que ver con un prejuicio inveterado sobre una supuesta naturaleza empírica, práctica, destinada sólo a la resolución de problemas inmediatos y de corto plazo, con muy escasa capacidad de abstracción (Scott 1992).

El proceso participativo, en un clima de tolerancia por diferencias y pertinencias, se presenta como un momento interesante para un trabajo compartido -teórico y práctico. Ello implica reconocer que no siempre el científico puede orientarse hacia la enunciación teórica, ya se por falta de condiciones o porque está en juego una definición estrecha de "ciencia".

Por otra parte, desde la comunidad no parece posible articular las prácticas con la explicación que las diferentes sociedades dan para interpretar la realidad sin la formulación de una

teoría al respecto; otra cuestión es la de discutir sobre la naturaleza de su gestación y sus notas características.

Queda expuesto, entonces, que este perfil participativo tiene escasos referentes metodológicos y técnicos. Antes bien, se apoyo primero en personas, vínculos y afectos; de ahí su fuerza pero también su vulnerabilidad.

Veamos, todavía, tres cuestiones que constituyen este estilo de participación social.

1. El contenido de la definición regional de la participación tiene que tomar en cuenta, otra vez, la dimensión histórica de la conformación socioinstitucional: la dinámica comunitaria antes de la llegada del blanco; el significado cognoscitivo y técnico de la cultura blanca así como su impacto político y económico; el establecimiento de una relación desigual entre lo autóctono y lo importado; cómo lo autóctono se convierte en oprimido y, entonces, dependiente en tanto las formas importadas van marcando las tendencias dominantes (Arrúe y Kalinsky ep.b).

El pasado regional estuvo animado por una serie casi ininterrumpida de contactos culturales (tehuelche/mapuche; mapuche/español; mapuche/criollo/europeo provenientes de la política inmigratoria de la década del ´80 del siglo pasado, para señalarlo en forma lineal y superficial).

Por otra parte, la historia reciente nos devuelve una imagen regional muy dinámica con amplios y profundos procesos migratorios. La Patagonia es, al respecto, un bloque que sufre constantes conmociones en su identidad.

2. En una región en que el contraste -cultural, religioso, económico, ideológico- es su identidad, los sistemas socioculturales no sólo tienen fuerza endógena de movilización (Sahlins 1988b para una versión crítica); también los aportes "del afuera" son consustanciales con los procesos de cambio. Por otra parte, se da una tendencia de difusión de bienes culturales a partir de proyectos político-ideológicos con fuerza de expansión.

Frente a ésto, se constituye un clivaje de enorme tensión entre un "esencialismo" y un "epocalismo" (Geertz 1987); entre el apegamiento y la continuación de los modos de vida previos y la necesidad de modernización, en un sentido de contemporaneidad.

La resolución de este conflicto, la permanencia en los procesos de modernización, en nuestro caso subdesarrollada, ha conducido a diferentes formas de configuración de las identidades sociales. En nuestra zona todavía permanecen en plena manifestación, siendo el principal problema que nos ocupa en vista de la adecuación de las prestaciones de salud.

No hay un acceso igualitario a los bienes sociales y culturales y éste es, precisamente, el meollo de la pobreza, aspecto que delata las tendencias homogeneizantes y burocratizadoras actuales (Reddy 1992).

La ausencia en vastos sectores sociales de capacidad para la negociación institucionalizada que no se ejerce en relación a procesos de transformación (Caldwell, Caldwell, Gajanayake, Orubuloye, Pieris y Reddy 1990), la reticencia para la democratización del conocimiento científico, la importación de

teorías, la inhibición sistemática de cambios culturales necesarios que permitan una adecuación satisfactoria a nuevos tiempos y espacios, la negación de la diversidad como principio de regulación social; todo ello debería considerarse cuando se instale una discusión política sobre la pobreza.

Por otra parte, parece interesante ubicarse en una perspectiva intermedia respecto de las posibilidades, actuales y potenciales, de la llamada "comunidad local".

Suele pensarse que las comunidades están capacitadas para generar estrategias "transparentes" entre sus conocimientos y sus actuaciones. Esta visión algo bucólica sostiene que las comunidades pueden hacer sus propios diagnósticos, o bien que pueden apropiarse de metodologías adecuadas de trabajo para ello (en general, serían oriundas del mundo científico).

Sin embargo, la comunidad no parece poseer una identidad social única. Está atravesada por confrontaciones internas y sus vínculos con la sociedad mayor son conflictivos. Esto implica cambios en cuanto a visiones ideales de la comunidad respecto de su autonomía y capacidades.

No parece que la comunidad albergue, "aunque sea sin saberlo", sus propias soluciones. No posee autonomía, ni identidad cerrada ni una cartografía cognitiva autosuficiente (Coraggio 1991).

Es en este sentido que usamos el concepto de "local" (comunidad local, participación local): para denotar un espacio virtual de intercambio activo bajo desventajas políticas y

socioinstitucionales, generándose procesos conflictivos de cambio en los que quedan involucrados aspectos fuertemente cristalizados como otros de franca innovación. En estas composiciones propias, con fuertes determinaciones geográficas, culturales, sociales, técnicas e institucionales, se reflejan acuerdos, quiebras, disparidades y también continuidades. Ya que se trata de una superposición **situacional** de mundos diferentes de significación y de confrontación de valores de verdad. La transitoriedad es la marca de lo local que, una vez reconocida, impide la caída en las ingenuidades del localismo.

3. La visión monolítica y plana de las comunidades, producto tanto de una teoría socioantropológica que está siendo abandonada como de un sentido común que debe mucho a la ciencia (social, en este caso), tiene poco que ver con la evidencia empírica y las propuestas teóricas más actuales (Arrúe y Kalinsky 1991, Briones 1990, Foster 1991, Gupta y Ferguson 1992, Keesing ms.a entre otros).

El conocimiento comunitario reconoce diferentes fuentes: tradicional, popular, religiosa, científica e institucional, entre otras. Ellas se articulan de muchas maneras diferentes, adquiriendo configuraciones específicas y móviles.

No sólo cambian en el devenir histórico sino que también tiene patrones sincrónicos de mutabilidad; adquieren diferentes asociaciones para cada conjunto de intereses, propósitos y contenidos.

Se necesita una sociología del conocimiento comunitario (Keesing 1987) que permita identificar las formas de distribución social del conocimiento, los procesos de innovación y transferencia, pautas de fijación y actualización y de puesta en uso y desuso del conocimiento.

El conocimiento conforma un **sistema de interpretaciones** que puede ser usado diferentemente por distintos actores, en distintas situaciones y con distintos resultados, contribuyendo así a su historicidad (Keesing 1987, Sahlins 1988b, Valeri 1987).

La dinámica social y política de la comunidad no parece diferenciarse de aquélla de los niveles macroestructurales: fracturas internas, espacios públicos deformados, áreas de disenso que van de la mano con marcos compartidos de competencias y armonías organizativas.

Todo ésto dice que la posibilidad de interpretar los fenómenos por consenso se torne al menos complicada. Así, los significados son más o menos compartidos o divididos, tanto como las acciones son más o menos conjuntas.

Los conceptos de "participación" y "consenso" han estado muy asociados entre sí, en el sentido que la participación requeriría como condición necesaria la ampliación y profundización de los consensos parciales.

En un sentido que creo filosófico, se entiende que un consenso legítimo es aquél que permite aunar coincidencias sin que medie coerción. A través de buenos argumentos, de una comunidad de

convicciones racionalmente sostenida y de la creación de condiciones de comunicabilidad[12].

Creo que esta visión, incontinente para las realidades del subdesarrollo, puede desorientar los esfuerzos participativos.

El aumento, en calidad y complejidad, de las coincidencias y la eliminación progresiva del error (Varela 1975) no pueden esperar ser condición de participación.

En tal sentido, se estaría proponiendo a "la comunidad" y más aún a una comunidad intercultural y fracturada ya que es tal nuestro caso, como un sujeto colectivo capaz de comportarse en una unidad de coherencia, normatizando actuaciones y normalizando percepciones, intenciones y concepciones sin la mediación de coacción física o simbólica.

Hablo de "normalizar" para indicar un estado, que creo ideal en tanto fuera de la experiencia y de la historia, que encauzaría a las personas por carriles cognitivos y perceptivos homogéneos, ó al menos compatibles, "corrigiendo" las desviaciones y motivando a loas esfuerzos adaptativos de los sujetos sin apelar a procedimientos de enunciación de verdad y, por ende, de poder (Foucault 1986 y 1990).

Se apuesta a una serena continuidad, permanencia y estabilidad; y, se postula a la "comunidad" como una entidad sobreimpuesta a las personas y sus cualidades, que adquiere dinámica y destino propios (ontologización) que escapan al obrar de personas.

---

12. *Un grado más alto de racionalidad comunicativa amplía, dentro de una comunidad de comunicación, las posibilidades de coordinar acciones sin recurrir a la coerción, y de solventar consensuados, los conflictos de acción* (Habermas 1989:38).

grupos y comunidades[13].

Sin embargo, la participación no requiere héroes que se jueguen en todo por el todo, que concierten, que renuncien y no teman. Parece que está hecha de hombres débiles, desleales, coartados aún en sus aspectos más nimios de sus vidas, que ponen y se les imponen requisitos, que reclaman y son reclamados por los climas institucionales, las pertenencias ideológicas y las pertinencias normativas.
La violencia es parte del consenso; no se puede formar coincidencias sin apelar a la restricción, ya sea en etapas preliminares o en el transcurso de su puesta en marcha.
Dicho en otras palabras, no hay consensos del todo legítimos.

La participación es coincidencias pero por temas, de a tramos, de a tiempos, de a circunstancias personales, laborales, familiares, políticas o históricas. Acuerdos que son tan sólo recursos puntuales y no grandes espectáculos.
Si no se atiende a la naturaleza del núcleo de conformación que subyace a los grupos de participación, entonces una mirada superficial, distraída, puede hacerlos aparecer sólo como desordenados, sin objetivos de largo plazo, con débiles mecanismos de convocatoria, con escaso poder de persuasión, con motores motivacionales que sólo funcionan más o menos y de a ratos, con disfunciones organizativas y con canales de

---

13. Para versiones críticas cfr. Das 1990, Giddens 1977, Merry 1992 y ms., Ong 1991, Reddy 1992 entre otros.

comunicación más o menos sordos. En nuestra propia experiencia, las dificultades son, desde ya, de índole diferente. Unas corren por nuestra parte como lo es la producción participativa de conocimiento que arranca de metodologías, que todavía no bien planteadas, nos hicieron exagerar los intereses académicos de los grupos. Otras dificultades se nos escapan: escasez de recursos materiales, inestabilidad laboral y, sobre todo ausencia de instancias extra-locales de discusión de ideas y redes de sostén en la producción de conocimiento. La búsqueda de puntos de inflexión específicos dentro de límites institucionales difíciles es una parte con pertinencia propia.
Todo ésto es así, pero es tan sólo una parte. La otra, que es casi invisible, consiste en una lenta consolidación de la capacidad política de negociación entre las diferentes visiones del mundo.

VII. VIRAJES Y REPLANTEOS: II EPOCA (1986-1993)

El impacto del macrocontexto. La geopolítica del aislamiento

> Puede afirmarse que en el siglo XX los médicos están inventando una sociedad /.../ de la norma. Lo que gobierna la sociedad /es/ la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de restituir el sistema a la normalidad/.../ La pálida silueta que se agita en los confines de la norma.
>
> Michel Foucault

No pocas veces hemos escuchado en el anecdotario local, la historia de don Moreno, "mítico" chofer de la salita (antecesora del Hospital "Ramón Carrillo") que, a medida que se complejizaba la atención, fue dejando de ser doctor, administrativo, enfermero, partero y así, hasta que poco antes de jubilarse ejercía sólo la tarea oficial de conducir el viejo 'jeep'.
Y, hasta hace muy poco, la polémica Olga Vivares de Castañeda, agente sanitaria de Villa Traful, fallecida en el pleno ejercicio de sus tareas. Tenía a su cargo un puesto sanitario de internación de pacientes que estaban a su cuidado. Trabajo que cumplía con dedicación ejemplar y para el que siempre se capacitaba; más de un médico usó sus libros de últimas ediciones. Olga recibía los recursos necesarios, incluso medicamentos, de la administración sanitaria.

La medicina científica oficial ingresa a la región con las expediciones y avanzadas militares. Médicos y enfermeras la van instalando en lugares dominados por la medicina indígena e hispano-colonial. Después, otros efectores oficiales y civiles,

se establecen en algunas de las localidades y visitan, en oportunidades, a otras vecinas.

Casi todos provienen de distintas partes del país; otros, son extrajeron que aprovechan la oportunidad de ejercer sin revalidar sus matrículas en lugares donde no había colegas trabajando.

Debido a la falta de profesionales proliferan idóneos; la mayoría de las veces, personal auxiliar.

Los profesionales solían tener, sobre todo en el interior de la provincia, perfiles bastante especiales. Recordemos sólo a Antonio Gorgni, mentor sanitario de la zona norte. El comprende una globalidad que va bastante más allá de un enfoque estrictamente médico, ya que su práctica condensa un nudo de articulación crucial entre el pasado y el presente, entre las prácticas oficiales y populares y la forma de integrarlas (o no), y el estilo de acción que entendió como factor transformador de su medio, y quizá de sí mismo.

Toda sociedad define sus propios límites, establece criterios de demarcación para distinguir aquéllo que le pertenece y aquéllo otro que le será, de ahí en más, ajeno.

Por supuesto, este juego de inclusiones y exclusiones tiene su propia historicidad. Las bordes sociales están en un perpetuo proceso de replanteo, tienen gran movilidad pero a la vez son estrictas. Una vez dadas, por el tiempo que sea, son inflexibles a menos a costa de perder sustento para su identidad; que también es la posibilidad de identificación desde sus miembros y

desde los extraños.

En esta perspectiva, el ámbito de los sufrimientos y el tipo de conocimientos y prácticas que le compete son socialmente definidos (Foucault 1990, Caldwell y Caldwell 1991).

Hay una distinción sociocultural - histórica, técnica e ideológica- de sus límites, de tal forma que no hay aspectos de la sociedad que conciernan "naturalmente" a cada una de las especialidades del conocimiento (científico).

Dicho de otro modo, los diferentes ámbitos que reconocemos en la realidad son anteriores a un conocimiento que se generaría para darles cuenta; más bien, parece que son los conocimientos especializados quienes arman sus propios ámbitos de competencia.

La enfermedad y la salud están determinadas, entonces, por el tipo de conocimientos médicos de que se disponga. La frontera entre la salud y la enfermedad es una **cuestión de interpretación.**

De esta forma, límites presuntamente inflexibles encuentran su talón de Aquiles: la tecnificación y la cada vez más sofisticada complejidad aparatológica y medicamentosa actúan sólo sobre el conjunto de enfermedades establecido por la medicina científica; lo mismo ocurre con el resto de los sistemas médicos. Todos actúan sólo sobre sus propios espectros conceptuales e históricos.

A cualquiera de nosotros nos es familiar el "descubrimiento" de nuevas enfermedades -en estos tiempos, está en cartelera el "pánico" como síndrome psiquiátrico o la medicalización de la

vejez con la complicada distinción entre "demencia senil" y "mal de Alzheimer" (Conrad 1992, Das 1990).

También nos resulta conocido, muchas veces por haberlo sufrido en carne propia, la discrepancia interpretativa que se desencadena sobre un determinado conjunto de síntomas que no encajan en algún cuadro diagnóstico en vigencia. O aquellas enfermedades que "se resisten" a procedimientos terapéuticos, ó a la indagación de sus causas, por haber estado "simplemente" mal definidas -"cáncer", "reuma" o "trastorno obsesivo compulsivo" (Werbin y Zieher 1993).

Digamos, entonces, que las enfermedades no existen independientemente de la forma médica que las define, trata y, a veces, cura. Sin embargo, el sistema actúa y prescribe desentendiéndose de estos "pies de barro" porque, de lo contrario, no estaría en condiciones de regir.

De allí se desglosan una serie de consecuencias de las que sólo veremos tres.

La primera tiene que ver con las especializaciones médicas de las ciencias de la salud.

El cada vez más denso y complejo conjunto de conocimientos requiere de experticias, es decir, de un acceso cualitativo codificado y de un entrenamiento específico. La interdisciplina apenas logra hacer oír su voz de urgencia frente a este fraccionamiento cognoscitivo y práctico.

La segunda se refiere a la tarea de disciplinamiento de la percepción que todo sistema médico ejerce sobre la gente con el fin de que sólo ciertas enfermedades sean descifradas desde el caos que generan el sufrimiento y el malestar.

La tercera cuestión se vincula al concepto de "medicalización" que significa, entre otras cosas, que aquéllo que puede ser puesto en términos médicos, lo sea efectivamente (Conrad 1992)[14]; y, es el orden médico quien decide sobre lo típico y lo atípico (normal/patológico). La serie de padecimientos que se ubican en sus lindes son foco de presiones contrapuestas en la búsqueda de relaciones causales lineales. Por una parte, hacia el interior, como por ejemplo, el hecho que dentro del conjunto de factores clínicos se enuncian los agudos (cirrosis, polineuritis) por sobre los crónicos (alcoholismo).
Y, por otra parte, hacia el exterior del sistema, expulsando los determinantes sociopolíticos de ciertos estados (desnutrición, adicciones, "locuras") del campo de su competencia. Quizá para bien de todos; pero, sin embargo, no se logran enlazar las bases biológicas con las no biológicas[15], ni menos aún la especificidad de su combinatoria.

---

[14]. Al respecto ver el capítulo titulado "Lo hormonal y lo cultural en el climaterio. La clave olvidada de la antropología".

[15]. Ver el capítulo sobre "Salud e Interdisciplina. Fracaso epistemológico o inter-gestión disciplinaria de la ciencia?

El proyecto de Atención Primaria y Salud Mental no es una excepción ya que es parte de la medicina científica oficial. Pero el perfil que ha ido tomando lo ubican en los "confines de norma" al decir de Foucault. Y es efectivamente una pálida silueta.

El macrocontexto impone sus restricciones pues tiene que asegurar su funcionamiento, con sus resultados positivos y negativos. Y estas restricciones son precisamente nuestros límites.

Esta circunstancia revela dos debilidades.

La primera es que el Plan Provincial de Salud se pensó, y se puso en práctica con éxitos que no ofrecen discusión en la faz técnica y su lugar sociopolítico, pero sí en cuanto a su relación con la enorme diversidad sociocultural regional sobre la que debe actuar.

La otra debilidad pertenece a nuestro equipo de trabajo que no ha logrado, lisa y llanamente, plantear un cambio de términos en el juego de las inclusiones y exclusiones.

No se ha podido mostrar, por ejemplo, la pertinencia técnica e instrumental de una ampliación conceptual y epistemológica del proceso local de salud/enfermedad/cuidado/curación.

Así, la implementación resulta por ahora de un alto costo.

Hay fuertes disrupciones en nuestra capacidad de decir.

Es muy conocido en el hospital de San Martín de los Andes el desconocimiento hacia este proyecto en sus actividades, resultados y participantes. Pero quiero subrayar que "es conocido lo desconocido".

Esta curiosa situación requiere de multilocutores y multireceptores. No se ve "dónde está el proyecto", qué espacios y tiempos ocupa. Por el contrario, "se ve" con cierta artificiosa claridad cuáles espacios y tiempos parece haber abandonado.

Mencionaré sólo los más álgidos.

El ser médico general que trabaja en atención primaria de la salud mental pone en duda, por sí sólo, la calidad de la atención prestada. La variable sociocultural y la conexión con curadores populares terminan por cerrar el cuadro de descrédito.

Esto ha sido patente en el tipo de disponibilidad institucional para los grupos de reflexión de alcohólicos en los primeros tiempos. Ellos debieron funcionar fuera de los horarios habituales de trabajo hospitalario, ya que no pudo encontrar siquiera lugar físico, además del escaso atractivo que tiene esta problemática en la mayoría de los miembros del equipo de salud.

Da la impresión que la exclusión, en este caso de sufrimiento que no puede ser resuelto exclusivamente en términos médicos, arrastra a quienes intentan ocuparse de él. Quizá también a que, durante mucho tiempo, y aún hoy, se invalida la actividad grupal como parte legítima de las tareas médicas. En esta misma línea, los comentarios descalificadores se extendieron luego al trabajo con el grupo de detenidos-procesados.

Los intentos de inclusión son convertidos, con sistematicidad, en su contrario; y, en algún sentido, las exclusiones no necesitan de justificación; son actos políticos. Por supuesto, hay así una auto-exclusión recíproca de los definidores de unas y otras. Casi un círculo infernal.

En tal sentido, pensamos que desde la medicina oficial se da un peculiar, y no bienvenido, fenómeno de invisibilidad. Incorporar el enfoque de la salud mental en ámbitos concentrados en los aspectos somáticos, implementar equipos interdisciplinarios, sobre todo con miembros de las ciencias sociales en grupos dominados por el saber biomédico, promover trabajos extramuros cuando la modalidad es desplegar las tareas dentro de la institución genera desgaste, tensiones y aislamientos disminuyéndose las posibilidades. Este juego relacional y temático fue estableciendo un modo singular de funcionamiento en que la incertidumbre se constituyó en uno de sus ejes, formando parte de la metodología participativa que encaramos desde un principio.

Si bien nuestro propósito es ser parte de la emergencia del conjunto de medicina no autorizadas, y con ello el conjunto de enfermedades, etiologías y terapias que hacen sentido en la gente del lugar, con el fin de potenciar recursos y capacidades curativas, como es bien común, sucedió lo contrario.

Un elemento a considerar es la dificultad de cada uno de nosotros en identificarse como hacedor de historia o productor de conocimiento. Ello tiene que ver con estereotipos relativos

al trabajo científico que nos han alcanzado también a nosotros. Pero también se vinculan a las respuestas que recibimos de algunas de las instituciones a las que pertenecemos. Muchas veces ella fue -y en alguna medida, lo sigue siendo- que no es nuestra tarea investigar, o hacer historia, o que nuestro medio no admite la realización de este tipo de tareas.

Nuestra pregunta entonces fue de dónde salen el impulso y la gratificación? A veces, podemos hablar de una "sana curiosidad" o de "momentos creativos" pero no alcanza para dar la credibilidad que todos necesitamos. Seguimos buscando.

En otras oportunidades, recibimos la crítica de que buscábamos notoriedad. Sin comentarios. Otras veces sin duda más amistosas, se comprendió la necesidad de transformar situaciones desafortunadas. O que tratábamos de legitimar una idea de "salud" que tiene que ver con la participación en ella del conjunto social. Todo ésto tiene su parte de verdad; pero una verdad de muchas aristas.

Caímos, junto con las medicinas, en una zona de oclusión que no puede ser remontada sino en términos políticos. En este último aspecto, el proyecto cumple largamente el papel de relacionarnos con otros que comenzaron siendo "los de afuera", los extraños así como cada uno de nosotros nos incorporarnos a la cotidianeidad del otro. Pero no olvidamos factores menos idílicos -resquemores y los fundamentos que los originan. Algunos pobladores, incluso curadores, tanto oficiales como populares creen que la propuesta invadió espacios (institucionales, culturales), ya que cada cosa debe estar en su

lugar. Que la medicina popular para ser eficaz debería estar reservada a un lugar de clandestinidad o algo parecido. Curiosa manera, por cierto, de ser eficaz.

La disolución de la diferencia, de lo desconocido es una de las facetas de las relaciones de dominación. Es por ello que sufrimos la dificultad para dar cuenta de este problema en un marco estrictamente académico, sin que ello implique minimizarlo. Tarde o temprano, lo político ahí está. No pretendemos la ideologización del conocimiento; sólo ponerlo en su justo tono. Cómo seguiremos es otro cantar. Por ahora, sabemos que es difícil mantenernos en un plano teórico y crítico y, a la vez, solventar las respuestas que nos exigen los pobladores, y nosotros mismos en nuestro papel de trabajadores de la salud.

El concepto de "exclusión/invisibilidad" nos pone en una dimensión de discontinuidad sociocultural e histórica en tanto representa un cercenamiento de las posibilidades de decidir sobre asuntos de orden público, como lo es, entre otros, la salud.

Sin capacidad (legal) de decisión también se hacen invisibles eventuales resultados. No se "ven" los productos, y los productores de productos no vistos caen en la insolvencia.

El argumento vicioso ya está establecido y, entonces, se "elige" la geopolítica del aislamiento.

Cuáles resultados se obtienen, cuáles se buscan y cuáles se registran?

"Se ve sólo lo que se comprende" decía Goethe.

Por tanto, sólo nos son visibles los porcentajes de los éxitos terapéuticos, las medidas epidemiológicas y los índices cuantitativos en uno de los extremos.

En el otro, los textos escritos: libros, artículos, comunicaciones, resúmenes de actividades, programas, planificaciones, informes.

Tenemos algo en los dos extremos. Pero tenemos mucho más en una gris zona intermedia que abarca, justamente, el espectro comunitario para quien no le son pertinentes ni estadísticas ni libros. Son productos con ciclos y reciclajes que tienen que ver con una aplicación directa, sin mediación de las instituciones oficiales, que descifran significados y objetivos.

En algún sentido, se des-hegemonizan en microprocesos situacionales de sentidos y prácticas; procesos inestables, lábiles y, muchas veces, equívocos[16]. Cómo se muestran estos productos? No lo sabemos. Pero, así como las hegemonías no están hechas de una vez y para siempre (Laclau y Mouffe 1987, Herzfeld 1987), estos procesos de limitada reconversión ni siquiera han podido todavía ser del todo identificados. Si bien el tipo de ordenamiento mundial actual (Marcus 1986, Russell 1992) obliga a la incorporación a la sociedad global se generan, usan o redefinen, en parte, los términos en que se plantea o acepta

---

[16]. Para este tema ver el capítulo "Antropología y Cultura. Una partitura incompleta".

(Kalinsky y Pérez 1993, Laclau y Mouffe 1987).

La geopolítica del aislamiento es un espacio técnico, institucional y decisorio que se ubica en las fronteras de la norma. La forma de desempeño de estos sistemas hace que, raramente, se pueda transitar de aquí para allí; no se puede generar formas de distanciamiento o acercamiento a ellos según las circunstancias y propósitos. Una vez puestos en la periferia hay pocas oportunidades de flexibilizar posiciones.
Sin embargo, nuestro grupo no hace más que prolongar y repetir una dinámica conflictiva históricamente planteada en la región entre los modos médicos en competencia.
Ello ha impedido, por el momento, recuperar una representación más o menos unificada de la salud regional; ha obstaculizado asimismo, una actividad inserta en un continuo histórico, una puesta a punto de los principales problemas existentes en el replanteo de caminos y alternativas posibles.

El aislamiento geopolítico de planteos médicos que consideran la pertinencia de los contextos a los cuales sirven tiene, creo, su origen en los siguientes antecedentes:

1. La historia sanitaria provincial posee un sentido propio que le otorga cierta identidad. Tiene una configuración específica en la cual ambas prácticas, científica y popular, se han ido hilvanando y tomando sentido a la luz de un conocimiento construido por la historia y sus protagonistas y que es

revitalizado, aunque no en forma explícita, desde el aquí y ahora.

2. La historia sociosanitaria provincial no es una historia en soledad. Por el contrario, se inserta en contextos sociotécnicos y políticos concretos y cambiantes. Ellos son los que, en parte, han compuesto para cada momento, sus propios límites así como sus posibilidades.

3. La historia sanitaria provincial es una historia del cambio sociocultural. Nace y se hace a través de un conjunto de prácticas, saberes, conocimientos y estilos institucionales muy diversos. Tiene rupturas, conflictos, ambivalencias y logros.

4. La historia sanitaria provincial es una de las versiones, versátil y representativa, que ha tomado el contacto coercitivo entre sistemas socioculturales. Por tanto, es también parte de la fragmentación sociocultural, la imposición política y la diversificación tecnológica.

Es tiempo de reconocer procesos históricos que han provocado una multiplicidad de espacios de exclusión, promoviendo la formación de lugares sociales diferenciados alrededor del tema de la salud Han primado, con rigor legal y sostén institucional, aquéllos que mantienen la preponderancia de las racionalidad técnico-instrumental y la negación (ilegalidad) de los saberes y prácticas populares. La presencia continua y cambiante de estos

espacios de exclusión no ha permitido esclarecer, por ahora, las fuentes mismas de la legitimidad social de los consensos, en el sentido antes planteado.

En nuestro país, las medicinas tradicional y popular no tienen reconocimiento legal y sus proveedores ("curanderos") son perseguidos por la figura de "práctica ilegal de la medicina" según nuestro Código de Procedimiento Penal. Sin embargo, no es frecuente su detención sistemática ni prolongada en este momento.

En la Provincia del Neuquén, por su parte, el sistema oficial de salud conserva aún una profunda desconfianza por los practicantes de las medicinas tradicional y popular, quienes son percibidos, no sin razón, como rivales actuales o potenciales.

Por lo demás, los juicios valorativos sobre la eficacia de los procedimientos populares se hacen casi exclusivamente sobre la población clínica que accede a la opción oficial de salud después del fracaso con la popular.

Al mismo tiempo, la medicina popular recibe, muchas veces, los fracasos clínicos del sistema oficial de salud.

Así, el desarrollo de los sistemas de salud en la zona no se fundamenta en el reconocimiento de límites y parcialidades mutuas (Corin 1989). Las experiencias de colaboración entre ellos se han agotado en iniciativas locales o en proyectos "piloto" de escasa repercusión en las políticas nacionales, o aún regionales (Pedersen y Baruffati 1989).

Tampoco ha habido voluntad política de articulación ni se ha estimulado la participación de los curadores populares en el sistema oficial de salud.

El proyecto de Atención Primaria y Salud Mental tiene, en este sentido, dos lecturas posibles; una interna y, otra, externa.
Desde afuera, el proyecto se manifiesta como una trampa sectaria en la que prevalece la incorrección, una falsificación ideológica en última instancia. Desde ahí, ya se cree poco posible la revisión de postulados y el replanteo crítico de sus fundamentos. Un férreo círculo de auto-referencialidad parece haberse instalado como ética de la sobrevivencia. Se ha vuelto doctrinario; explica la forma última del mundo y por única vez. Y, muy posiblemente se vuelva dogmático en sus pretensiones de fundamentación y universalidad (Watzlawick 1990).
Desde adentro, el proyecto es vivido como un mundo, por cierto, restringido en donde muchas de las energías se han empleado en justificar una presencia irritante y, entonces, oclusiva; y, se dedican las restantes, demasiado pocas, a ampliar las aperturas.

Como todo **espacio de enlace** no posee una clave social e institucional por la cual quede definido sin ambigüedad; más allá de que esa clave sea móvil y, por tanto, no pueda ser captada sin dudas en lo que es y en lo que no es. La incomodidad de no encajar en categorías unívocas transforma al proyecto en

un mundo de transición, engarzado apenas entre los otros mundos, científico y popular, ya bien instalados y con factores de institucionalización y organizativos específicos e identificables.

Esta situación puede ser de enclaustramiento, sin salida. Ya que, en último término, representa la política del tercero excluido en la filosa lógica de la verdad y falsedad.

Nueva presencia social de viejos problemas comunitarios

> Es la institución de la sociedad lo que determina aquéllo que es 'real' y aquéllo que no lo es, lo que tiene sentido y lo que carece de sentido.
>
> Cornelius Castoriadis

El impacto del macrocontexto muestra sus huellas en el proyecto de Atención Primaria y Salud Mental desde otras vertientes.

Algunos de los problemas sociales pueden ser ahora tomados en cuenta desde esta peculiar posición que poseemos en el conjunto de las opciones médicas de la zona.

De otra parte, es la misma comunidad quien va ganando fuerza en el reclamo de sus conflictos, ya sea por una especial sensibilidad hacia ellos y su anhelo de darles alguna respuesta, o por el contrario, porque resultan molestos, sobre todo en una localidad como San Martín de los Andes que, dadas sus principales fuentes económicas, debe mostrar una faz especialmente lustrosa.

Sea como fuere, las posibilidades de la atención primaria se complejizan a medida que captan nuevas realidades. En tanto, ellas van cambiando sus ecos frente a lo que se considera problemas que frenan tanto el tráfico institucional, como las direcciones del desarrollo que colectivamente se desea imprimir. Es cierto que los tentáculos de la medicalización están siempre presentes; pero el esfuerzo está puesto en una meta casi contraria -permitir que sea la atención primaria quien se ponga en un puesto de avanzada en cuanto a la articulación de nuevas respuestas organizadas según las condiciones del sufrimiento.
El concepto de "curación" parece inadecuado frente a problemas que no son estrictamente médicos, aunque un desliz conceptual los quiera hacer aparecer como tales. Por supuesto, que una "comodidad" con ese estilo se ampara en al argumento de que medicalizando, se rescata a ciertos padecimientos con fuertes determinantes sociales de las garras del etiquetamiento como vicio o voluntad quebrada. En la medida que nos conformemos con el expediente de pasar de un ámbito cerrado a otro del mismo estilo, poco habremos cambiado las cosas.

Me referiré, a continuación, a una de las actividades del proyecto de Atención Primaria y Salud Mental, sobre la problemática de detenidos-procesados que ha intentado salirse un poco de los carriles señalados. Sobre los resultados, serán otros quienes juzguen.

JUSTICIA Y SALUD: una experiencia participativa de atención primaria

El Proyecto de Justicia y Salud se desarrolló en la localidad de San Martín de los Andes, para luego cambiarse a Junín de los Andes por la construcción de la alcaidía en este última localidad. Más adelante se integró a Zapala debido a la ampliación de las redes de trabajo en esa temática. La tarea lleva ya siete años.

El primer intento, en San Martín de los Andes, se hizo a partir de un acuerdo interinstitucional entre Juzgado, Comisaría y Hospital.

Se inicia luego de una consulta, pedida por el Juez, quien comprende la necesidad de uno de los detenidos quien estaba pasando por una fuerte crisis depresiva. El médico, después de la visita, concluye que los problemas que aquejaban a esta persona son similares a aquéllos que están en igual situación. En suma, se entiende que el conjunto de detenidos-procesados es de riesgo.

Se configura, pues, con el acuerdo del grupo, una reunión semanal de apoyo mutuo que consistió en juntarse, hablar de los problemas que aparecían, intercambiando experiencias, propias o cercanas, enmarcándolas en la situación, buscando alternativas, tendiendo al planteo de definiciones. La idea fue promover más posibilidades, las que si bien están seriamente limitadas por la falta de libertad física, no dejan de generarse.

Los temas que se tocaron fueron muchos: individuales, familiares, laborales, sexuales. El grupo funcionó en la

comisaría local que hacía de alcaidía. El personal de la institución no estuvo específicamente entrenado para la tarea.

Los comienzos fueron duros. Se tenían claras algunas pocas cosas, sobre todo nuestra falta de experiencia, la necesidad de buscar y lo indispensable de un enfoque participativo.

Estuvimos de acuerdo en probar. Unas pocas reuniones sirvieron para desnudar las dificultades, propias e institucionales; también pudo explicitarse la desconfianza existente. No era para menos.

Al final el médico pudo decir: *´no tengo la experiencia necesaria. Creo que ésto vale, pero no se si pueda´*. La respuesta fue unánime: *´no importa que usted no sepa nada; pero si no viene, ni siquiera podremos tomar este mate juntos´*.

Fue así que seguimos; pensando, sintiendo y también empezando a hacer algunas cosas. Desde afuera pueden parecer muy pequeñas, pero desde adentro.... desde adentro todo se ve muy diferente.

El logro de un tiempo y un lugar para jugar al fútbol, la ampliación de los horarios de visitas, los temas de la comida, baños y calefacción. Y los hijos, que será de ellos?

La adjudicación de responsabilidades sólo a los otros, tema muy común al principio, pronto dejó paso a la esperanza, o a la frustración, al comprobarse que no siempre todo se arregla tan rápido como lo deseado.

Recibir clases de apoyo de una maestra que con pena tuvo que dejar la actividad fue otra de las frustraciones. Aprendimos que teníamos que garantizar una cierta continuidad, preferentemente institucional. Pero acá apareció otro problema: con quiénes?

También se nos fue haciendo claro que esta actividad no es muy apreciada por el equipo oficial de salud. Por fortuna, después de un tiempo, comenzó a participar un agente sanitario, cuya presencia fue bien aceptada por diversas razones que tienen que ver con su personalidad -incluso porque juega muy bien al fútbol. Después fueron apoyándolo otras personas, se organizaron video-debates, se enseño a leer y escribir a varios compañeros, se hicieron talleres de recreación, y así.

Y también aparece la ayuda mutua. Ya sea para hacer esculturas de papel maché, cuando alguien no recibe visitas con un discreto acercamiento, yerba o azúcar para quien no tiene.

Pero hubo algunas inquietudes difíciles de resolver como el trabajo o la sexualidad. Pero la más ardua, sin duda, fue la vinculada con la libertad. No obstante, la profundización de un espacio donde se tendió a desarrollar opciones tiene que ver con ella.

´A mí me gusta venir acá porque nadie me obliga. Y porque sé que soy respetado. Aunque sea ladrón. O haya matado a alguien. Porque acá soy una persona. Y porque creo que tengo derechos. Porque soy una persona´.

Esta reflexión, que se debate en el centro mismo de la marginalidad, se dijo en forma permanente. La comunidad prefiere no ver, al menos por ahora, los problemas relacionados con la delincuencia, excepto en sus aspectos puramente represivos *(´cómo puede ser que anden sueltos!´o ´quien las hace las paga´)* o, en el otro polo, lo que tenga que ver con posibles malos tratos.

Incluso, dentro de las instituciones incorporadas a esta experiencia, circulaba una descalificación de la tarea que se evidencia, en la comisaría, en que se evitaba en la medida de lo posible ser carcelero; y, en el hospital en la dificultad de convocar gente para integrar un equipo interdisciplinario sobre el tema.

Esto mismo tiene su versión comunitaria: los amigos no aparecen en las visitas, la frecuencia del desarraigo familiar, los medios de comunicación que esquivan el tema y las escasas posibilidades para el detenidos y el liberado.

Pero, también creemos, que todo forma parte de un proceso en el que se pueda ir dando cuenta, progresivamente, de un aspecto vinculado a la salud de la población, en especial de algunos de sus miembros más desprotegidos. Proceso en el que mejorar o prevenir depende de todos; y, en especial, en el que se comprenda que, al igual que en la producción de la "locura', también en la "delincuencia" todos los miembros de la comunidad, en forma diferente, tenemos que ver por acción u omisión, voluntaria o involuntaria.

Pero la comunidad no sólo es protagonista de los aspectos negativos; también puede facilitar alternativas para que se pueda superar esta situación de riesgo. Ellos implican dificultades para toda la sociedad. Actualmente, tenemos claro que las respuestas comunitarias e institucionales son insatisfactorias entre otras cosas, por la ruptura de la vida cotidiana del detenido, suspensión del ingreso económico

proporcionado por él, cesación de sus derechos civiles y la dificultad para replantear o continuar proyectos de vida. Sobrevienen, de esta forma, crisis familiares, desnutrición y abandono de menores, prostitución, desocupación, deserción escolar, crisis habitacionales, migración forzada ya sea para escapar al señalamiento, o acompañar al detenido a su nuevo destino o para adecuarse a las nuevas escaseces económicas.

También las respuestas institucionales actuales son rígidas ya que, en ellas, se concreta la utilización de la institución judicial como factor de "defensa social" (Foucault 1985), previniendo de la "peligrosidad social" de algunos de sus miembros con conductas desviadas.

La institución sanitaria no está exenta de esta tarea. También, como en el caso de la locura, los trabajadores de salud son los "expertos" en el vaticinio de lo que pueden llegar a hacer aquéllos que se han desviado de la norma imperante, aspecto que potencia la medicalización (o psiquiatrización) de la sociedad.

No dudamos de que existen comportamientos que trasgreden los derechos de las otras personas. Pero afirmamos que el punto de vista habitual, que hace recaer todo el peso del problema en la culpabilidad, está agotándose en sus posibilidades reales de resolución de la problemática.

El control y la gestión del detenido y su causa delata una preocupación encerrada en su propia protección frente a la presunta peligrosidad del delincuente que queda, así, en total desamparo (Foucault 1990, Pavarini 1988).

La posibilidad de trabajar durante la prisión preventiva que intentó, en nuestra experiencia, ser un punto de inflexión en esta ideología, exige una conceptualización que poco tiene que ver con el mero voluntarismo desacreditado.

El trabajo, como forma de mantener la familia, de dignificación, y por tanto, factor de desalienación; las diferencias entre la representación social del trabajo en la vida cotidiana y cuando ella se ve reemplazada por la del encierro.

A partir de diversas situaciones, entre las que no son ajenas carencias de todo tipo que aquejaban a la alcaidía, y la sensibilidad de algunos de los protagonistas, se genera una experiencia que aún hoy no se pudo repetir. Se entiende que el trabajo es un modo idóneo, aunque no excluyente, de reincorporar a la persona en su medio. Ya habíamos instalado un taller de tornería de madera, que fracasó por entenderse que la presencia de herramientas en la alcaidía era peligrosa.

Finalmente, se consigue la autorización para que los integrantes del grupo salgan a trabajar de día.

Pero la pregunta sigue en pie: qué pasa cuando, una vez cumplida la condena, el ex-detenido intenta trabajar para reintegrarse a su habitualidad perdida? Cuáles son las respuestas que da la comunidad? Y, mientras está detenido o procesado, qué papel cumple la posibilidad de trabajar? Lo mismo vale para temas tales como relaciones familiares, sociales, recreación y la relación con el personal carcelario.

La fluidez institucional ha sido siempre difícil. No podía esperarse otra cosa. Pero el problema que se enfrentó fue el de la búsqueda de acuerdos que lograsen la viabilidad, y continuidad, de este tipo de proyectos. En otras palabras, cuáles podrían ser las alternativas institucionales y comunitarias que garantizaran la profundización y complejización de este tipo de actividades?

Pensamos que son las instituciones con que cuenta la comunidad quienes deben impulsar respuestas concretas a las necesidades de todos sus miembros; en vez, son factores que promueven la negación de los problemas, dificultando la percepción e identificación de las necesidades. Y, lo que es más importante aún, escamoteando otras alternativas de definición.

Entretanto, el equipo, conformado por los mismos detenidos-procesados, debió configurarse en algo así como un núcleo de desarrollo de alternativas, que fueron de mayor o menor calidad; pero, es fundamental que tan sólo sean posibles en un tiempo y espacio determinados para que, de ellas, se proyecte la restauración no sólo de los espacios psíquicos de sus integrantes, sino también físicos, familiares y socioculturales.

Finalmente, queremos indicar que nos enfrentamos a un problema especialmente difícil y aún poco transitado. En tal sentido, pensamos que el eje que lo vertebra está dado por la particular situación de incertidumbre respecto del futuro del detenido, ya

que la prisión preventiva, que suele ser muy prolongada[17], se ejecuta antes del fallo judicial. Por tanto, se caracteriza por una suspensión del proyecto previo de vida que no puede ser reemplazado, ni siquiera por otro efectivo dentro del universo carcelario.

Dada esta situación, se pretende que, por un lado, no existan cortes radicales con lo cotidiano extra-carcelario y, por el otro, que se desarrollen formas útiles del seguimiento de las diferentes causas por parte de los detenidos y sus familiares. Pero, sobre todo, que se conserven, y si fuera posible potencien, formas de creatividad individual y grupal como condición indispensable de la permanencia-en-libertad.
Ahora, el paso es la conformación de la red regional. Junto al intento por comprender la relación entre una perspectiva microregional con la situación global. Ello es un desafío que recién estamos encarando.

---

17. A pesar de que en nuestro país tiene vigencia el Pacto de San José de Costa Rica que impide una detención preventiva por más de dos años.

VIII. PARAPETOS DE LA PERISFERIA Y FLEXIBILIZACION COGNOSCITIVA

> La historia representa una esfera de riesgos y de tragedias. La gente tiene la ilusión de poder salirse de ella y lo expresa mediante esta exigencia: ´preséntenme ustedes un sistema institucional que **garantice** que nunca dará malos resultados´ /.../ Pero formular semejante exigencia equivale a permanecer en la mistificación más completa
>
> Cornelius Castoriadis

Nuestro deslizamiento hacia la periferia de ambos sistemas de salud, científico y popular, no significa vivir en un espacio inactivo o sombrío.

Como toda situación de aislamiento, si bien puede ser tomada como un expediente fácil para evitar los núcleos centralizados de ambas medicinas, y sus efectos sobre las prácticas de salud, también las periferias pueden vislumbrarse como elecciones de flexibilización. En tanto son zonas atravesadas por las ambigüedades, ofrecen un campo de mezclas, posibilidades y restricciones. Son ellas quienes pueden volverse hacia otras formas de ver y hacer las cosas para luego en un retorno fluido, ver y hacer lo que crean que tengan que ver y hacer. Allí los géneros narrativos, comunicativos y de acción se tornan múltiples.

Una dirección impostergable de cambio parece regir la dinámica de estas regiones representacionales. Por supuesto, todo cambio conlleva los riesgos de improvisación y espontaneismo. Lo nuevo genera confusión y desentendimiento; lo inusual no viene con

garantías de resultados.

Todo ésto puede, rápidamente, mutar en impropio.

Pero, en el espacio de riesgo, como en ningún otro, está presente la posibilidad de interferencias (Said 1986), en el sentido de cruce entre especializaciones y cosmovisiones.

Ocupar la perisferia nos ha brindado un punto de vista particularmente sensible, y en más de una ocasión, desaforado y desconcertante, en el que se nos muestra la crudeza de la relatividad de las visiones del mundo. Nada "debió ser" como es; todo pudo ser realmente de otra forma. Pero están ahí, mirándose unas a las otras y comprendiendo que las pretensiones por universalizar la propia perspectiva son vanas porque, más temprano o más tarde, encontramos el obstáculo puesto por el otro que cree, supone, opina y hace diferente a lo que nosotros pretendemos más allá de toda duda.

Los sistemas de conocimiento tienen historias y vinculaciones específicas con organizaciones sociales y discursivas de la gente (Crapanzano 1990) lo que los hace, a pesar nuestro, tan sólo convencionales[18].

---

18. Esto no quiere decir que la convencionalidad de los sistemas de creencias no se imponga con todo el rigor del hábito, o que los haga inauténticos en oposición a la visión romántica de una "cultura genuina" (Friedman 1992 para una versión crítica). Tampoco significa que sean meramente "construidos" (Berger y Luckmann 1979). Intento señalar que las atribuciones de significado sobre el mundo responden a estilos que, si bien posibilitados y a la par restringidos por las condiciones históricas y políticas, guardan para sí una reserva de indeterminación.

La relatividad sociocultural y cognoscitiva nos ha lanzado, más allá de nuestros deseos y afianzadas ignorancias, a vivir el fenómeno de la **discontinuidad cognoscitiva** de los órdenes simbólicos en contextos sociopolíticos interculturales. Componentes de incoherencia, incerteza, error y sobre todo fracturas son parte vital de los cuerpos de conocimiento. Ello hace, entre otras cosas, que puedan ser usados, hasta cierto punto, discrecionalmente y, hasta con un tinte idiosincrático. Ir y venir, probar, entrar y salir, combinar y des-combinar compaginando, aunque no está claro si compatibilizando significados o cursos de acción.

La inestabilidad parece ser parte del interjuego de los conocimientos y las prácticas así como de las variaciones en que se cumplen, o no, sus formas y ciclos de reproducción.

Los significados culturales, desde los sagrados hasta los técnicos, son discontinuos ya que al encarnarse en las prácticas y los comportamientos de las personas, deudoras de diferentes orígenes, no pueden señorear siempre sobre el resto. Lo hacen sólo en forma circunstancial.

Los procesos de interpretación los mezclan, confunden unos con otros, para luego volver a ser usados idiosincráticamente.

El concepto de "fracturación cognoscitiva" (Arrúe y Kalinsky 1991) quiere llamar la atención sobre los impedimentos que encuentran los cuerpos de conocimiento para caer en el circulo de la autolegitimación. En la medida que haya pretensiones ser la única interpretación correcta de la realidad, dan cuenta, no obstante, que ellos no pueden ser s

bloques unilaterales.

Antes bien, los sistemas de conocimiento están puestos en una **encrucijada de patrones socioculturales**, de la cual no es posible decir resultados, salvo que constituyen una esfera de riesgos y tragedias, para seguir el pensamiento de Castoriadis.

Estos fenómenos, no obstante, no pueden ser captados sino se está en la perisferia porque requieren condiciones propias de acercamiento.

Cuando en la comunidad científica el problema del "juicio externo" es objeto de duro debate, tal como lo he hecho yo misma al comienzo de este capítulo y en otras oportunidades (Kalinsky y Pérez 1993) para evitar vicios de autolegitimación de lo que se sostiene, no nos damos por enterados del aspecto que tiene esta situación cuando nos corremos del centro, cuando nuestra mirada se descentra apenas para dar, en nosotros, el lugar que tiene de por sí la perspectiva del otro (Geertz 1984).

Pero, creo, que ésto no ha sido siempre y en todas partes así.

El pueblo Mapuche, por ejemplo, se caracterizó por una importante movilidad espacial sobre la cual asentó su estilo de vida y su organización social e institucional. Las migraciones transitorias así como diferentes patrones de transhumancia fueron parte constitutiva de su perfil geopolítico.

Por otra parte, recibieron fuertes influencias socioculturales como la inca; y, a su vez, fueron gestores de profundos cambios en la configuración espacial, cultural, institucional y técnica del sur argentino.

El modelo cultural de este pueblo tuvo una enorme capacidad para el cambio y, a la vez de persistencia de su identidad.
Los mapuche, habitualizados en el contacto intercultural, desarrollaron una inestabilidad y flexibilidad cognoscitivas (Arrúe y Kalinsky 1991, Bengoa 1985) de la que hoy nos sorprendemos de hallarla en otros y, un poco, en nosotros mismos.

Si se analiza el proyecto político nacional que desencadenó el desmantelamiento ideológico y la represión social del mapuche, desde un punto de vista cognoscitivo comprenderemos que se trató de un encuentro desigual de conocimientos en un campo compartido de prácticas.
En el caso de la salud/enfermedad, el conocimiento institucional, apartado de los marcos que los sustentaban en el medio técnico-académico urbano, se enfrentó en una zona predominantemente rural a otros conocimientos que tenían los mismos fines -aliviar el dolor de las personas- y que eran ciertamente eficaces en distintos medios y circunstancias.
De la interactividad se consolida un campo común de prácticas signado por el conflicto y la tensión. Ubicados en posiciones de complementariedad asimétrica, se va dando lugar a un **espacio social múltiple** (Kalinsky, Carrasco, Arrúe y Witteman ms.) que genera nuevos 'patterns' atendiendo a las contingencias del proceso histórico regional.

Se perfila una práctica que pone en cuestión tanto las formas socioculturales tradicionales como las científicas. Da comienzo, con dificultades que llegan hasta nuestros días, una comunidad de significados que, en general, ha sido poco reconocida por los practicantes de los sistemas oficial y popular. Por el contrario, la gente no percibe los diferentes sistemas de salud como unidades discretas y autónomas (Pedersen y Baruffati 1989).

Veamos, entonces, algunos pocos rasgos que asume actualmente esta flexibilización cognoscitiva en el terreno de la salud mental.

* Diagnósticos clínicos que toman en cuenta las "enfermedades de paciente" o los diagnósticos comunitarios. Sean o no considerados, están ahí; ocasionando el mismo efecto -la superposición diagnóstica (Kalinsky y Arrúe 1991a).
Diagnósticos de unos y otros que circulan en el universo del paciente, con más o menos sentido para el terapeuta. Pero que piden al paciente muchas más exigencias de acceso cognoscitivo y operativo a los diagnósticos médicos.
Por su lado, los médicos pueden desentenderse de los populares sin que, supuestamente, peligre su propia estrategia terapéutica; y, aunque ello ocurra, pueden darse el lujo de no enterarse sobre las razones que impiden los resultados curativos por ellos previstos.
No creo que sea posible compatibilizar las series diagnósticas científica y popular, a pesar de algunos esfuerzos que se han

hecho en este sentido (Browner, Ortiz de Montellano y Rubel 1989)[18]. Pero el desafío está puesto en solventar, caso a caso, las discrepancias interpretativas sobre un estado de cosas que, no siendo el mismo para todos, pone el riesgo de dar marcha a nuestra pasión por recortar todo lo que está fuera de nuestras propias categorías.

* Se avanza, aunque lentamente, sobre dos nociones hasta ahora poco frecuentes en las tareas clínicas y preventivas de la salud mental: una, la de cuidado (´care´) (Kleinman 1987, Eisenbruch 1990, Lafortune y Kiely 1989) y la otra, ya mencionada, de ´distress´ cuyas traducciones posibles son pena, infortunio o aflicción.

El conocimiento de las formas en que los grupos pueden dar apoyo a los pacientes constituye una clave para el diseño terapéutico: formas de autocuidado, cuidado familiar, comunitario, grupal, religioso, institucional.

Propiciar la "curabilidad" está ya fuera del alcance, o al menos no depende sólo, de la esfera médica. Pero tiene efectos importantes en ella, sobre todo en la tecnología diagnóstica de la salud mental.

Cuando se diagnostica una enfermedad se da por descontado que a esta operación le sigue una terapia acorde, ya sea desde las farmacológicas hasta las psicodinámicas o las curas "de palabra".

---

[18]. Al respecto, ver el capítulo "Antropología y Cultura. Una partitura incompleta".

El dictamen de la presencia de enfermedades para las que se carece de opciones terapéuticas, por no poder ser implementadas, establecen, sin embargo, una dinámica de los padecimientos psiquiátricos (etiquetamiento, discriminación, y no pocas veces, encierro) que no necesita ser analizada demasiado en cuanto a la suma de dolor e impotencia que provoca en las personas.

La noción de ´care´ debería ser mejor evaluada en cuanto a las posibilidades técnicas de su uso en el área de la salud mental, y en particular en situaciones interculturales.

Cómo hace congeniar diagnósticos y terapias que responde a diferentes patrones socioculturales? Cómo bien combinarlas?

Quizá sea el camino para palpar la endeblez de las bases sobre las que trabajosamente se sostienen algunos procedimientos médicos actuales (Corin 1990).

Por su lado, el empleo de la noción de ´distress´ es una forma de despsiquiatrizar la problemática del sufrimiento humano, evitando de paso las extrapolaciones diagnósticas (Arrúe y Kalinsky 1991 y Kalinsky y Arrúe 1991a). El tipo de comportamientos y estados que se juzgan fuera de los parámetros habituales está culturalmente acordado (Kleinman 1980); por lo tanto, es dinámico y está sujeto a determinaciones sociohistóricas y técnicas específicas.

En las zonas rurales se significan estados de sufrimiento antes que de enfermedad. No hay, todavía, una búsqueda orientada a la psiquiatría o salud mental para atenuar, mejorar o curar esos estados.

Tienen todavía vigencia síndromes culturales y religiosos (Eguchi 1991, Favret-Saada 1989). Las perturbaciones delatan, sobre todo, disrupciones en las redes de relaciones sociales con fuertes compromisos somáticos (Kleinman 1977, 1980 y 1986). En ellas, los "desórdenes del ánimo" no conducen habitualmente al rechazo ni al aislamiento (Jalil, Jalil y Turner 1978). La búsqueda de ayuda se orienta a familiares y curadores populares. Estos últimos, por lo general mujeres en nuestra zona, como en casi todos lados (Sugar, Kleinman y Heggenhougen 1991), tienen reputación y aceptabilidad social aunque suelen mantener un perfil bajo.

En el sur del Neuquén están comenzando, sin embargo, a tener mayor visibilidad por parte de la medicina oficial, lo cual no es poca cosa. En consecuencia, el servicio que puede darse de salud mental tiene un acceso culturalmente mediatizado y es tolerado, tan sólo, como una opción que se ha sumado a las ya presentes. Pero todavía son las configuraciones políticas y religiosas quienes tienen sentido para la población local.

Por otra parte, cabe la pregunta sobre las raíces de aquello que se cataloga, a veces, como estados psiquiátricos: el dolor migratorio, la pena del desarraigo, la impotencia del peso de una historia ingrata y negada y la aflicción provocada por una vida de pobreza y marginación son fundamento cierto para desatar un complejo psiquiátrico que, para muchas de sus víctimas, adquiere ribetes descomunales o infortunados?

* Finalmente, quiero mencionar la interesante inversión de las reglas del juego que se da entre curadores populares y médicos, cuando éstos últimos están fuera del perímetro del hospital. Algo así como que los límites del hospital son también simbólicos y cognoscitivos (Kalinsky, Carrasco, Arrúe y Witteman ms.). No es novedad que el agente sanitario es una pieza clave en la comprensión del "afuera" del hospital. Una clave de interpretación que traduce a nuestros propios términos aquello que es dicho en otros lenguajes cosmovisionales, y a la inversa. Sin embargo, pensamos que pocas veces se ha ido más allá de esta lectura, cierta pero parcial. Tanto los agentes sanitarios como los curadores populares son activos demarcadores de campos, juegos y reglas. Pero éste es un tema de la última sección.

IX. CUANDO LOS CONCEPTOS CONSTRUYEN REALIDADES

El concepto de "salud mental" en un sistema sociocultural heterogéneo y fragmentado": la rivalidad de los textos

> El problema crónico que ha llegado hasta la psiquiatría moderna es la circunstancia que para definir la salud mental disponemos de conceptos muy vagos y generales, en tanto que para diagnosticar modos de conducta disponemos de un elaborado catálogo de refinados detalles. El resto de la medicina utiliza definiciones de enfermedad que se refieren a determinadas desviaciones de las, en general, bien conocidas funciones del organismo sano. En psiquiatría ocurre absurdamente lo contrario. Se da por descontado que se conoce la patología mientras que la normalidad se considera difícil cuando no imposible de definir.
>
> Paul Watzlawick

La "normalidad" en salud mental no resiste juicios médicos dado que poco tiene que ver con el funcionamiento del organismo; aunque el sufrimiento, sin duda, lo compromete.

De cualquier forma, si estamos de acuerdo en utilizar el concepto de "salud mental", aceptaremos entonces que no admite una definición universal, si es que admite alguna en último término.

Apoyarse en criterios extra-médicos abre las puertas para una determinación contextual de sus contenidos y parámetros -dimensiones sociocultural, histórica y política- quienes dan la posibilidad de avanzar sobre sus ejes constitutivos.

Los estados de salud y enfermedad se sostienen sobre acuerdos sociales que tendrán, o no, sus puntos de apoyo en la profesión médica.

En la sociedad contemporánea, el acuerdo consiste en delegar a la psiquiatría, y el menos medida a las psicologías, los derechos de establecer los espectros nosográficos, y de ordenar la percepción social en vista de identificar y crear, en sentido último, las enfermedades sancionadas. Sin embargo, este procedimiento pasa desapercibido bajo el principio largamente sostenido de la "historia natural de la enfermedad" (Hopper 1991 para una versión crítica). El que otorga "objetividad" -las enfermedades "existen" independientemente de personas, grupos y sociedades- y "universalidad" -la enfermedad se da en igual forma en cualquier tiempo y lugar actuales (Helman 1985).
Dada una "enfermedad" y establecidos sus síntomas, las etiologías y pronósticos están predeterminados (Corin 1990, para una versión crítica sobre la esquizofrenia). El contenido de las enfermedades mentales ha sido repetidamente establecido desde una perspectiva prescriptiva (Fábrega 1990, Vega y Rambaut 1991, Watzlawick 1990 para algunas de las críticas). El factor humano, por decirlo con pretendida exageración, ha desaparecido. Estamos en presencia de términos universales, pero paradójicamente reduccionistas.

No obstante, la sociedad actual es altamente diversificada, alberga patrones socioculturales diferentes así como formas de organización discursiva que dan, a la salud y enfermedad, sentidos del todo alejados de los que las tendencias dominantes hacen. Las preguntas actuales sobre el rumbo del "nuevo" orden mundial (Foster 1991, Russell 1992, Sugar, Kleinman y

Heggenhougen 1991) hacen pertinente la nuestra sobre el destino de esta configuración en particular.

Habrá una lenta desaparición de estas "desviaciones" de la percepción e identificación más prominentes de la salud y enfermedad mental? No lo sabemos. Pero, entre tanto, resalta que la disparidad de fundamentos que coexisten en la heterogeneidad actual pone en evidencia la inadecuación del uso de sentidos generales para considerarlas. Si es que, en fin, estamos interesados en ayudar, aliviar y apoyar a quienes lo piden y necesitan aquí y ahora.

Desde nuestra perspectiva, se han intentado solventar estas discontinuidades en el proyecto de trabajo.

Aceptemos que el propio concepto de "salud mental" es tan sólo un recorte analítico de nuestro pensamiento médico que hace poco sentido para la población local, en quien el predominio de las definiciones sociales y religiosas de la salud impiden seccionarla en áreas taxativamente distintivas.

Esta reducción analítica de la salud provoca, además, una limitación de las formas en que pueden encararse los diseños terapéuticos que deben poder vincularse con sus raíces etiológicas.

Si etiologías, enfermedades y terapias se encarnan en otros fundamentos, entonces sólo queda el recurso de la imposición y, por ende, del fracaso de nuestro punto de vista ; aunque él será endilgado, casi siempre, a los otros por no cumplir con las prescripciones, no asistir a la consulta, no comprender,

buscar la ayuda correcta (Kaljee y Beardsley 1992, Zola 1985).

Hemos intentado lo que podría llamarse una **descomplejización médico-tecnológica** de la salud mental en el contexto de nuestro trabajo. Por una parte, abandonando el principio de que las enfermedades existen independientemente de quienes las padecen y quienes las curan. Por otro, evitando el uso de sofisticaciones diagnósticas que no hacen más que ahondar la brecha de desentendimiento entre unos y otros.

Más aún, nos preguntamos si la utilización misma de normas diagnósticas completas, cerradas y uniformes (tipo DSM III) puede sernos de alguna utilidad. En primer término, porque tales diagnósticos se fundan más en indicios antes que en cuerpos sistemáticos de conocimiento, aunque parezca exactamente lo contrario (Cohen 1992, Corin 1990); no habiendo acuerdo sobre las "evidencias" que se ponen sobre la mesa.

En segundo lugar, porque está siendo cada vez más aceptado que los diagnósticos, nomás, crean realidades parciales, autolegitimantes y, por ende, vicios de circularidad (Elizur y Minujin 1991).

Una clasificación psiquiátrica crea una realidad propia y con ello, sus propios efectos. Tan pronto como se ha producido la impresión de que el paciente es esquizofrénico, la expectativa es que siga siendo esquizofrénico. Cuando ha transcurrido suficiente tiempo sin que haya hecho algo extravagante, se cree que está en remisión y que puede ser dado de alta. Pero la clasificación lo persigue más allá de los muros de la clínica, con la expectativa tácita de que volverá a conducirse como esquizofrénico. Tal clasificación en boca de profesionales de la psiquiatría influye tanto en el paciente como en sus familiares y amigos y no es extraño que el diagnóstico actúe sobre todos ellos como una profecía que se autocumple. Finalmente, el paciente mismo acepta el diagnóstico, con todas las implicancias y expectativas adicionales y se comporta correspondientemente.

Al hacerlo, también se ha adaptado a esta construcción de la 'realidad' interpersonal (Rosenhan 1990: 107/108).

Este argumento de la creación de realidades no se diferencia en mucho de lo que he presentado al comienzo de este capítulo. **Cualquier sentido puesto en práctica** (Sahlins 1988b) establece figuras pensables y susceptibles de ser creídas, poniéndose como un principio que organiza la política interpretativa de las personas y los grupos. Si en nuestro trabajo diario ponemos en marcha una idea de "salud mental" participativa y des-tecnologizada médicamente, también estaremos creando realidades, pero de distinto orden. Creamos juegos lingüísticos, expectativas, comportamientos y resultados que se fundan en la práctica de ese específico sentido.
Pero, otra vez, será el factor político quien, por fin, decida dónde está la realidad, congregando las fuentes de legitimación alrededor de unas y de des-legitimación en torno a otras realidades.

La ayuda a los padecimientos mentales puede ser virtualmente llevada adelante sin el uso de rótulos diagnósticos[20]; ó bien, con usos restringidos cuando hay superposiciones entre diferentes formuladores de diagnósticos sobre un estado de cosas (médico, paciente, familiares, comunidad) (Eguchi 1991, Etsuko

---

20. Me estoy refiriendo a los diseños terapéuticos: cuando hay de por medio fines comparativos este enunciado se torna impreciso.

1991) [21].

Los procesos de comunicación entre terapeuta y grupo-paciente van estableciendo un mundo intermedio (Nathan 1991, Risteen Hasselkus 1992) de significados compartidos, en donde se toman en cuenta las diferentes claves en juego en que son registradas las experiencias del sufrimiento (Hopper 1991) -constitución e interpretación de síntomas, etiologías y modelos curativos/preventivos.

La utilización hermética de diagnósticos impide la expresión de la diversidad y es en este sentido en que se convierte claramente en un factor de poder, quizá más sutil pero tan provocativo como la existencia de establecimientos psiquiátricos.

La apertura y la multiplicidad diagnóstica permite, por su lado, que todos los involucrados en los procesos de restablecimiento, que no están limitados al paciente y terapeuta, puedan ir elaborando textos [22] que no necesariamente deben compartir en todo su alcance. El factor terapéutico apenas reside en la

---

21. Referirse para este tema al capítulo "Antropología y Cultura. Una partitura incompleta".

22. El "texto" es un marco de referencia desde donde pueden hacerse interpretaciones de la enfermedad. Una vez diagnosticada, el médico ofrece una visión (en biomedicina, "prognosis") del mundo donde el individuo ya no ocupa un rol de enfermo. Finalmente, el médico prescribe un curso de acción ("tratamiento") que provocará la restauración de la perspectiva de la vida cotidiana ("sana"). En las sociedades en las que hay diferentes tipos de practicantes, hay muchas maneras diferentes de consulta, cada una de las cuales está asociada a diferentes tipos de "textos" en la construcción de la enfermedad, de las visiones especificas del mundo y tratamientos tendientes a la realización de estas visiones en que la persona se vuelve sana (Keyes 1987).

posibilidad de su expresión (Nathan 1991).

Es esta diversidad quien va complejizando conceptualmente los procesos de restablecimiento y, es ella quien también permite la vigencia del cuidado (´care´) como resorte en que se dirimen las **rivalidades entre textos médicos y no-médicos** puestos en juego.

La des-complejización médico-tecnológica (aparatológica, diagnóstica, farmacológica) da lugar a un proceso de paulatina complicación socio-tecnológica (diversificación local) del cual quiero recalcar algunos pocos elementos.

La definición de lo que se consideran estados de "salud" dependerá, en cada caso, de las maneras en que se logren instrumentar formas de crítica a las nociones institucionalmente sancionadas e impuestas, dando lugar a contenidos alternativos, pre-existentes o no, pero sometidos a, o gestionados, por todos los participantes de los procesos de la cura; y, entonces, mezclados en contenidos, experticias y adjudicaciones.

Esta "mezcla" se funda en lo que llamamos **consensos performativos**[23] , en los que el poder de imposición logra, entre los participantes, distribuciones distintas a las que rigen fuera de estos acuerdos.

Por tanto, en algunos casos pueden constituirse en torno a una definición religiosa antes que médica de la salud y enfermedad.

---

23. Ver el capítulo sobre "Salud e Interdisciplina. Fr epistemológico o inter-gestión disciplinaria de la ciencia

Sin embargo, ello no moviliza sustancialmente, al menos por ahora, las relaciones globales de fuerza. Pero logra poner en vigencia los resortes de la curación, que no es poco.

Los consensos performativos son acuerdos en los que, sin desaparecer los componentes de litigio, logran gestar zonas de negociación como forma de acción tendiente a un cambio.

Los equipos de salud van poniendo a prueba la adecuación de las normas institucionales del ejercicio médico en relación a las necesidades y posibilidades que enfrentan en su labor diaria.

Por otra parte, van incorporando activamente contenidos y expectativas del grupo-paciente, quien deja, en parte, de ser "paciente".

Equipos de salud y clientes, en una labor más o menos compartida, van elaborando prácticas específicas y definibles caso a caso, así como un conocimiento surgido de esta peculiar creación social. Se trabaja sobre la base de pactos diagnósticos y terapéuticos restringidos y provisorios, que están en una constante situación de revisión y reformulación.

Además, se instituyen normas de actuación, para las cuales se da tan sólo una legitimidad limitada; por ejemplo, el trabajo conjunto con curadores populares, quienes pueden tener la directividad terapéutica; pero, que corresponde establecerla en cada oportunidad que pueden ser coordinada o alternativa: el predominio situacional del diagnóstico del grupo-paciente ("daño") por sobre el médico ("psicosis"), las internaciones en hospitales generales, que en los procedimientos ordinarios estarían destinadas a instituciones psiquiátricas, y el apoyo

técnico y afectivo de enfermeras y personal auxiliar para una tarea que, administrativamente, no les corresponde, y así.

Pero los límites institucionales, quienes determinan la fuerza política de estos consensos, están siempre ahí. Poca fuerza, en general, ya que encierran conflictos y rupturas, ya que son tan sólo pactos alrededor del cuidado y restablecimiento, que pueden desbaratarse con facilidad.

Hace un tiempo, en uno de los hospitales de la Zona Sanitaria, se planteó un duro enfrentamiento ante uno de estos pactos terapéuticos.

La propuesta de establecer una normatividad específica pero transitoria de atención de la salud mental para un caso en particular fue recibida como una amenaza a la cohesión e integridad institucionales, a los principios de legitimación por parte de aquello que se trata de excluir como no-médico, no-racional, no-verdad.

En la historia clínica de una mujer mapuche, que llamaremos Marta, que vive en una Agrupación de una lejanía considerable del hospital, figuraba "psicosis". Sin embargo, el equipo de Atención Primaria y Salud Mental lo había puesto en duda. Durante las reuniones hospitalarias se discutieron, entre otras cosas, las fuentes de validez de los diagnósticos en danza, ya que la familia opinaba que tenía "cosas de la mentalidad", entre tanto que el diagnóstico popular de Marta era de "inocente".

Pero, sobre todo, estaba claro que Marta molestaba en su casa y la familia había decidido mandarla a un manicomio, camino

sugerido alguna vez por la medicina oficial.

De cualquier forma, ante la intención de trazar un pacto terapéutico con curadores populares y la familia, se pone en cuestión el concepto de "internación hospitalaria". Aclaro que los diálogos son entre médicos y que fueron grabados, y aquí se reproducen, con su autorización.

-Te quiero aclarar que no es una internación. Es un motivo de alojamiento. Un trabajo conjunto. Ni nosotros ni la médica /denominación local de la curadora popular/ *podemos hacer algo si trabajamos por separado. Marta fue vista por la médica tres veces.*

-Estando acá en el hospital? La llevaron o fue sola? A mí me parece bastante fuera de lugar que una paciente venga de un paraje, se interne en el hospital y la posibilidad terapéutica que se le ofrece es llevarla a la curandera. Yo creo que estamos creando una gran confusión. Que busque un lugar para vivir y que vaya por su cuenta a la curandera. Pero de ahí a que sea el hospital quien la lleve, que haga interconsultas...!!

-Dos veces la llevé yo, y la otra fue con el hermano. Marta dice que quiere quedar en el pueblo. La familia pide con vehemencia que la mandemos a un manicomio en Buenos Aires.

-Yo no estoy convencido de esta metodología. Si una familia quiere sacarse de encima a un viejito y quiere meterlo acá o en otro hospital inmediatamente empezamos a buscar formas para evitarlo, porque sabemos que no vamos a producir grandes beneficios internándolo. Pero en este caso es a la inversa: se le ofrece como medida terapéutica alojarla en el hospital, cuando no se alojan habitualmente pacientes y, lo que a mi más me llama la atención es que se acepta el alojamiento para llevarla a la curandera. Desde el punto de vista institucional, cómo queda el hospital, cómo quedan los médicos? No sé como se han dejado manejar ustedes ya que ni siquiera parece que está enferma! La idea del conjunto es que si no hay motivo médico no se interna. Pero, si nos ponemos todos de acuerdo, pero todo, entonces brindamos alojamiento a quien lo necesite...

-Vos querés que la institución se defina...

-Exacto.

-Por qué no encuadrarla dentro de la internación de sociopatías? Las tocoginecólogas internan por domicilio alejado...

-Lo que pasa es que técnicamente yo no lo llamo internación. Es un alojamiento porque no tiene patología. Yo estoy esperando que venga el hermano para hablar del tema y ya se empezó un enfoque familiar. El otro día estuvimos reunidos todos, allá, en el paraje. Si yo la devuelvo a Marta ahí, el hermano me va a decir ´qué hace acá!´ Cada vez que Marta vino al hospital fue por pedido de ella. Allí, en el paraje, le pegan, la marginan, recibe malos tratos. Yo creo que tenemos que tomar las previsiones del caso para que no se amplíe innecesariamente la internación de Marta en el hospital.

En estos diálogos aparece con bastante nitidez que el sistema oficial de salud, representado en este caso por el hospital, y en una de sus funciones que más lo distinguen -la internación- está sometido a fuerzas socioculturales que ninguno de los participantes, incluidos nosotros mismos, logra captar en ese momento.

Se utiliza al hospital como forma de salida de una dinámica familiar agobiante, que se acopla, sin duda, al contexto sociopolítico y económico muy deprimido. Por ahí, alguien en la reunión dice *"estamos siendo utilizados porque en alguna medida somos la institución que tienen más a mano".*

De paso, se cumple o no, en este caso, la filosofía de la atención primaria de ser accesible, más o menos directamente, a la comunidad? Se da o no, al menos la intención de atender las necesidades del "otro-paciente" antes que implantar, sin concesión, la normativa psiquiátrica oyendo solo a las propias.

El intento de reformulación de una de las funciones del hospital por parte de todo el equipo médico no se da en el vacío, de la nada, sino que al contrario, es el producto de una aprehensión crítica de circunstancias y acontecimientos que provocan cambios; quizá, todavía, poco evidentes porque no hay gran

disposición para considerarlos pero que, por rotundos, son difíciles de esquivar en su carácter definitorio: las prácticas institucionales no son inconmovibles.

Para terminar, quiero marcar que la toma en cuenta de la voz del grupo-paciente en la constitución de los textos de ayuda tiene que ver con la intención de levantar un par de prejuicios que han guiado, por desgracia demasiado tiempo, la captación que solemos tener de los otros.

Por una parte, asumir que la voz del paciente "enfermo mental" es, por esencia, falsa ("delirios", "alucinaciones", "excitación psicomotriz"). En ambientes interculturales, el quite de valor cognoscitivo puede darse por partida doble: por "ser loco" y, además, "indio", cono sinónimo de ignorancia, de sentido común supersticioso, aislamiento y apegamiento a una actitud pre-científica.

Este prejuicio, con sus muchos modos de decirse, se ha reavivado ahora en el contexto nacional debido a la aparición de la epidemia de cólera. Los comentarios periodísticos, y aún de la esfera oficial, voceros del sentido común y de la mass-media, son paradigmáticos. Es en este preciso momento, en que deja de "verse" la compleja trama de actualización e interacción cognoscitiva y técnica puesta en danza entre los diferentes sistemas socioculturales subordinados y la sociedad global[24].

---

24. Este tema también se trata en el capítulo "Antropología y Cultura. Una partitura incompleta".

El abandono del segundo de los prejuicios tiene que ver con la idea de que el terapeuta se considere a sí mismo el único poseedor de conocimientos y aptitudes válidas para diagnosticar y curar la locura del otro quien, en tanto "enfermo mental" carece, por definición, de todo saber y todo derecho.

Lo mismo vale para los otros proveedores de salud, quienes por usar otros marcos categoriales y terapéuticos son desplazados a una esfera puramente simbólica de actuación, cometiéndose un doble error; uno, que carecen de conocimientos y prácticas estrictamente técnicas (Nathan 1991 para una versión crítica) y que actúan sólo con poder de convencimiento, algo así como un puro "acto curativo de fe". Y el otro, que la eficacia simbólica es un dudoso patrimonio exclusivo de terapias "no-occidentales".

El concepto de "articulación cultural": la figura del "agente sanitario" en la práctica de la Atención Primaria de la Salud

> Con mucha frecuencia la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad /.../ Existe una política sistemática y obligatoria de 'screening', de localización de enfermedades de la población que no responde a ninguna demanda del enfermo.
>
> Michel Foucault

El agente sanitario es una figura a la vez querida y repudiada de los equipos de salud en los planes de atención primaria.

Es una parte activa de su instrumentación, ya que se sabe que las tareas de extensión a la comunidad, núcleo vertebrante de tales programas, no pueden cumplirse sin su presencia. Pero, al

mismo tiempo, se tolera poco que ocupe el lugar de un "especialista". Por tanto, si bien es imprescindible en las tareas de extramuros no podría equipararse, por conocimientos y experticias, a los miembros profesionales de los equipos de salud.

Así es que, en general, se los identifica como un miembro no-profesional, no-especializado, no-técnicos, no-experto.

Desde el punto de vista legal, sólo el primero de estos "no" tiene algún fundamento ya que si bien es profesionalizado por instituciones oficiales (hospitales o administraciones sanitarias públicas) no cumple con los requisitos exigidos a las profesiones reconocidas (carreras de larga duración, títulos habilitantes, matrículas).

Aquí voy a discutir tanto su función prescrita de "buscador de enfermedades" que seguiría la línea del epígrafe de Foucault, como su ubicación en espacios marginales del conocimiento científico-tecnológico.

Los agentes sanitarios se mueven en los límites, haciendo de nexos entre los núcleos más densos y complejos de la tecnología médica y las áreas más esparcidas e inespecíficas de contacto con la gente y las comunidades.

Pero se necesita, justamente, elucidar la idea de "nexo".

Veamos, primero, la forma de definición que adquiere desde las planificaciones centrales. He tomado dos fuentes oficiales, una de la constitución internacional de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud y la otra, nacional, pionera de la atención primaria de la salud en el país.

> */.../ La Atención Primaria de la Salud está a cargo de los agentes sanitarios de la comunidad. Los conocimientos que estas personas deben tener y, en consecuencia, su preparación variará mucho de unos a otros lugares del mundo, de conformidad con el tipo de Atención Primaria de la Salud que se dispense. Cualquiera sea su nivel de preparación, es importante que este personal comprenda las verdaderas necesidades sanitarias de las comunidades a las que preste servicios y que se gane la confianza de la población. Para ello, será indispensable que resida en la comunidad a la que debe atender y, en muchas sociedades, sea elegido por la misma comunidad /.../.*
> Fuente: Atención Primaria de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata (URSS) 6-12 de setiembre de 1978. Informe conjunto del director general de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra-New York 1978

> */.../ Hay dos tipos de agentes sanitarios. Uno es el que atiende a un sector alejado de un establecimiento con atención médica profesional. Este agente sanitario debe reunir las mejores condiciones de liderazgo y adaptación al medio, gran iniciativa e imaginación, mejor adiestramiento en medicina simplificada; en general, aptitudes que le permitan efectuar con eficacia y 'sin atraso' la cobertura de un sector extendido y difícil, con desplazamientos que pueden llegar hasta 70 kilómetros por terrenos inhóspitos, a pie, en bicicleta o mulares, que le llevan hasta cuatro o cinco días de trabajo por semana. Debe conocer correctamente la geografía y costumbres de los habitantes de su sector. Un varón es lo más indicado./.../ El otro agente sanitario es el que trabaja en terreno llano, con buenas vias de comunicación y su sector está cerca del hospital y algunas veces tiene como base el mismo hospital rural y de este modo tiene contacto diario y permanente con su supervisor intermedio y los médicos del hospital /.../ Si el agente sanitario no posee o conoce a fondo los*

> *atributos culturales de la población que asiste; si no maneja el idioma o las expresiones idiomáticas de la misma; si no está familiarizado con las condiciones sociales que determinan las actitudes de esos habitantes frente a la salud, la enfermedad y la muerte, sus resultados no son aceptables /.../ El agente sanitario es fundamentalmente un 'agente' del hospital, una prolongación del mismo para lograr la penetración de sus beneficios hasta los últimos rincones de su área de influencia /.../*
> Carlos Alberto Alvarado y Enrique Tanoni. El plan de Salud Rural de la Provincia de Jujuy (1975?)

Común a ambas formulaciones subyace la creencia que la provisión de servicios de salud debe disminuir en complejidad a medida que se acerca a los bordes de la red institucional hospitalaria. Por ende, los agentes encargados de esta extensión de cobertura sólo debe poseer características sociales e idiosincráticas peculiares -que sean de la comunidad o elegidos por ellas, que ganen su confianza, que conozcan los atributos culturales de la gente y que manejen su idioma.

Por lo demás, se plantea a la medicina preventiva como una forma que requiere de estas características antes que de conocimientos-expertos.

Finalmente, el agente sanitario es el representante del hospital que hace penetrar la "buena medicina" desterrando, así, las "malas prácticas de salud".

En principio, no podría encontrarse otra formulación más complicada de una función laboral.

El agente sanitario debe ser un casi-sociólogo, casi-antropólogo, casi-lingüista y un casi-médico a la vez, pero nada de ésto en sentido estricto, profesional.

A todos estos ámbitos se acerca sólo parcialmente, porque no necesitaría de mayores profundizaciones; de lo contrario, no lograría comunicarse con la gente, quien tolera "pocas ideas y simples". En general, gente pobre, ignorante de sus "reales" necesidades sanitarias y "despreocupada" de sus frecuentes usos de las medicinas no-oficiales (Kalinsky, Arrúe y Rossi 1993).
Un buen agente sanitario debe ser tan sólo un buen traductor de los lenguajes tecnicistas y teoricistas para que, convertidos en fáciles rudimentos, puedan ser captados por los legos-pobres.

Pero, al mismo tiempo, el agente sanitario queda atrapado por esta dualidad "complejo/simple" ya que, desde el equipo médico, sólo se lo admite como peculiar "lego-ilustrado", al que se la ha concedido cierto acceso restringido al conocimiento-experto, sólo el imprescindible para que no fracasen del todo las estrategias de atención primaria. De hecho, no es considerado un "colega". Antes bien, es un personal de segunda categoría, marginado, empírico, subordinado y sin autorización para casi todos los procedimientos médicos.

Los aportes de conocimiento y prácticas de los agentes sanitarios son tomados en cuenta sólo en dos situaciones básicas.
La primera, en el caso donde la actividad diaria pone al equipo médico frente a la diversidad sociocultural, dejando sin respuestas a su modelo. El alcoholismo es uno de los casos más claros en que el juicio de este "no-experto" vale en forma casi

irrestricta para el experto. Como dije, los factores socioculturales escapan casi por completo al profesional médico, salvo que medien esfuerzos individuales, no institucionales, al respecto.

El segundo ejemplo, tiene que ver con que el conocimiento del agente sanitario equivale al de un profesional cuando el experto profesional cree que no pone en peligro su lugar epistemológico y político. La escena se despliega extramuros, cuando el cambio de paisaje hace que el efecto simbólico del hospital pierda una eficacia que, de otra forma, parece rotunda. Es el agente sanitario quien pasa a un primer plano, aunque ello puede desenvolverse con distintas ideologías, que dependen de unos y otros -médicos y agentes sanitarios y sus respectivas pertenencias institucionales. Están quienes son deudores de la dialéctica del "amo y esclavo", usando la situación como mera excusa o punto de arranque para retraer la situación de cura a los términos estrictamente biomédicos. Y aquéllos que son "socios" o "compañeros" de ruta terapéutica en donde, reconociéndose como figuras desiguales, exhiben una voluntad más o menos concertada, un mayor o menor énfasis para confrontar sus respectivos conocimientos-experto. Se abre, entonces, la posibilidad del diálogo.

Los agentes sanitarios son quienes ejercen en su sentido más prístino la medicina preventiva.

Si bien es cierto que la prevención se escapa de la esfera médica ya que la salud no admite ser reducida a juicios médicos,

no es cierto que requiera de meras instrucciones de tipo "vacune", "desparasite" o "controle embarazos".

Llamamos "conocimiento-experto" a la zonas de mayor densidad en la distribución social del conocimiento. Requiere de un entrenamiento para ser descifrado y no es de acceso directo ni fácil ya que su uso restringido se debe, más que nada, a límites ideológicos (Keesing ms.a). Hay otras zonas de conocimiento de menor densidad que están al alcance de casi todos, constituyendo un conocimiento "de receta" (Schutz 1974).

Sin embargo, si concedemos que toda persona es un sujeto cognoscente y que, además, los sistemas de conocimiento están muy diversificados tendremos que aceptar que todos, de alguna forma, tenemos competencia sobre algún conocimiento-experto. Pero, en nuestra sociedad compleja, burocratizada y estratificada, sólo alguno de ellos son reconocidos en su calidad de tal, sólo los que pertenecen a la ciencia y la técnica gozan de prestigio socialmente instituido.

El resto de los conocimientos-expertos no es aceptado como portador de verdad. Es un juego político (Foucault 1979) en el que no se discute, en última instancia, la corrección o incorrección de los conocimientos sino que es la sanción institucional quien trazará la línea demarcatoria entre unos y otros.

Los criterios que se usan no son epistemológico; son ideológicos aunque con una pátina dada por la teoría de la ciencia.

Se dice que los conocimientos-no expertos carecen de fundamentos teóricos, de procedimientos de puesta a prueba, y no son

generalizables.

Si bien no pretendemos que las pruebas de validación sean idénticas, o equiparables, para los diferentes sistemas de conocimiento [25], ello no quiere decir que carezcan del todo de formas de confirmación de resultados. No se las "ve", no se las identifica ya que, en última instancia, no importan porque se ha decidido que tales no son conocimientos en sentido estricto.

Sólo un desliz semántico nos hace referirnos a ellos como "conocimientos". Pero cuidado, porque conocimientos no-legales, no-oficiales, no-expertos no son sinónimo, aunque se los haga aparecer como tales, de conocimientos empiricistas, intuitivos, espontaneístas basados sólo en experiencias agotadas y de escasa trascendencia (en salud, se habla por ejemplo de "empíricos).

Tiene el agente sanitario un conocimiento lego, no experto? Parece una osadía plantearlo de esa forma. Creemos que el agente sanitario habita uno de los lugares más inextrincablemente complejo posible.

El es un experto en la articulación social, nada menos; un actor intercultural. Enfermeras y personal auxiliar tienen un perfil semejante aunque con características propias ya que trabajan sólo dentro del hospital, con las restricciones que ello

---

25. Este fue justamente el error que cometió la antropología en su evaluación de los sistemas de conocimiento ajenos a los suyos propios. Buscar las mismas reglas de juego, en este caso de validación de los saberes no-occidentales. Ello impidió poner en juego el criterio de diversidad cognoscitiva, una versión posible de la diversidad sociocultural (Kalinsky y Arrúe 1991b).

implica.

Los agentes sanitarios muestran que no somos sujetos unívocos ni homogéneos (Munck 1992, Oxfeld 1992 entre otros). Ellos albergan visiones diferentes, mundos contrapuestos y percepciones enfrentadas de la realidad.

La diferencia entre estos articuladores culturales y quienes no lo somos es abismal: ellos saben de esta situación mientras nosotros no nos damos cuando. Ellos saben que no hay lugares únicos y seguros donde podamos hacer descansar nuestros apegos cognoscitivos y emocionales; también ellos saben que toda visión del mundo es relativa y convencional porque pasan, no sin conflicto, de unas a otras.

Pero su labor no se reduce a traducir lenguajes.

Son factores de modernización, ó desorganización, ó de condensación de conflictos (Arrúe y Kalinsky 1991). Se deslizan por puestos de gran vulnerabilidad pero privilegiados porque, desde la medicina oficial son percibidos como la variabilidad cultural instalada dentro del hospital, amenazando una lógica institucional que se plantea a sí misma uniforme y monolítica.

Y, desde la comunidad, corren el riesgo de ser vistos como meros "agentes del hospital", simples repetidores de una sarta de preceptos y prescripciones dentro de la política del 'screening', de separación y examen en que puede trastocarse la salud preventiva (Castel 1984).

La ilegalidad jurídica de las prácticas no oficiales pesa poco fuera de la institución sanitaria. Es allí donde los curadores populares pueden ampararse en su prestigio para limitar el

acceso del equipo oficial de salud. Pero el rechazo frontal del agente sanitario casi es desconocido en nuestra zona, dándose sólo en forma circunstancial. Pero los curadores populares conocen la posición marginal que ocupa el agente sanitario en los equipos oficiales de salud.

El agente sanitario no es el único "intermediario cultural" (Vovelle 1985) ya que los curadores populares también están en el cruce de los mundos. Ambos son figuras con espacios sociales mal definidos e inciertos y, por ende, son temidos como reales o ficticios sustentadores de un poder marginal, mal entrazado pero amenazador ya que no pertenece de lleno a ninguno de los mundos conocidos.

Crean, en sentido estricto, realidades de intermediación, tratando de trazar líneas de comparabilidad entre ellas, pero señalando, no sin tensión, discontinuidades e irreductibilidades.

Marcan de continuo que amplias zonas de los conocimientos no son traducibles, a menos a costa de falsearlas. Intrusos en todas partes, haciéndose cargo de un aspecto que la medicina sobrelleva con dificultades porque requiere, sobre todo, de competencia en variables extra-médicas (sociales, culturales, religiosas) y que deben, entonces, dejarse en otras manos técnicamente "poco confiables". Y llevando el peso en sus espaldas del peligro de que se genere una visión comunitaria de una actividad de control, de detección e identificatoria de "casos" -de riesgo, vulnerabilidad, de los que son más pobres,

de los que peor viven, de los que eternamente son diferentes por el retraso que llevan en el acceso a la modernización que saben, de antemano, perdida.

Pero los agentes sanitarios son poco de todo eso. Son más otras cosas. Son expertos en el diseño de estrategias de salud en donde combinan, y des-combinan terapéuticamente recursos y posibilidades de las distintas medicinas, de las que ellos mismos son deudores. Marcan, caso a caso, los campos de pertinencias y las alianzas a veces con los médicos, a veces con los curadores populares. Para ello disponen de un pormenorizado conocimiento de las reglas de juego de los diferentes mundos médicos -lingüísticas, políticas, ideológicas, semiológicas, diagnósticas y terapéuticas.

Reclamar para ellos pertenencias y lealtades ideológicas unívocas es asaltar sin más uno de los resortes principales de concreción de las políticas sociales de la Atención Primaria de la Salud.

El concepto de "articulación intersectorial": redes y más redes. La tecnología social

> Construimos conocimiento a partir de un actuar, actuando conjuntamente nuestra realidad.
> Heinz von Foerster

Los patrones de salud/enfermedad de una sociedad se desenvuelven en distintas formas como repuesta a cambios demográficos, socioeconómicos y políticos, culturales, tecnológicos y biológicos (Omran 1982). Este proceso no sólo involucra un perfil epidemiológico específico -cambios en los factores de enfermedad, discapacidad y muerte- sino también modificaciones en el cuidado de la salud.

La Atención Primaria de la Salud puede ser una herramienta interesante para instrumentar las respuestas de salud indicadas. Desde ella pueden, además, implementarse recursos terapéuticos alternativos, generarse fuertes vínculos de investigación y acción e impulsarse la consolidación de sistemas locales de salud (Villaça Mendes 1990) que faciliten la integración de acciones y conceptos provenientes de distinta fuentes de formulación.

El concepto de "tecnología social" hace referencia al insumo primordial con que se moviliza la estrategia de Atención Primaria de la Salud -la complejización teórica y conceptual, y el aprovechamiento (entrenamiento y transferencias mediatas e inmediatas) de capacidades propias de cada sector interviniente

en este tipo de programas.

Equipos profesionales y no profesionales de salud, de comunicación y desarrollo sociales, iglesias, justicia, comisiones de fomento , junto con la gente, van armando "ámbitos de creación de cultura" (Blackwell 1991). Son espacios en donde los componentes cognoscitivos y de comunicación van tomando forma alrededor de nuevas representaciones y prácticas que, más o menos compartidas, permiten acciones más o menos conjuntas. Para crear cultura no sólo basta la percepción y puesta a punto de los problemas, por ejemplo el de las "perturbaciones mentales". También es necesario la aclimatación social de esos problemas, producto de una peculiar articulación entre los conocimientos institucionales y populares. Así en marcha, esta compaginación de símbolos y tecnologías da lugar a nuevas formas de encarar y evaluar los problemas y sus vías de entrada y salida.

No debe quedar la idea de que estos ámbitos resultan en texturas homogéneas y univalentes de sentido. Al contrario, son realidades en donde se ponen sobre el tapete diferentes verdades que se juegan en la prácticas, en los apegos y desapegos cognoscitivos y, desde ya, en sus posibilidades institucionales.

Estas redes pueden ser consideradas como "tercer lugar" de acuerdo a la denominación que está siendo usada. Se trata de formas culturales de negociar realidades clínicas (Corin 1990, Hopper 1991, Oldenburg y Brisett 1980). Son lugares intermedios entre el hospital, el trabajo y la familia, tales como los grupos autogestivos, algunos de ellos interinstitucionales,

integrados, entre otros, por agentes formales de salud, agentes sanitarios, médicos, psicólogos, enfermeros.

Estos grupos permiten un encuadre diferente a los exigidos por las familias o las instituciones (manicomiales) y con expectativas progresivamente graduadas de participación social, y ante todo no opresivas.
El concepto de "tercer lugar" es parte, desde nuestro punto de vista, de redes sociales desde las que se arman recursos terapéuticos de índole típicamente grupal: flexibilidad de entradas y salidas, replanteos de reglas de juego según momentos y condiciones, renovación de compromisos sin poner en cuestión los procesos interpretativos y comunicativos entre quienes perciben y construyen el sentido, contenido y definición de los problemas (Swerdlow 1992).

En la configuración de estas redes es necesario una cierta actitud y capacitación por parte de los trabajadores oficiales de salud. Aunque la conformación de la red es patrimonio del conjunto social, la exigencia sobre el trabajador de salud (enfermera, médico, chofer) no disminuye. La población necesita que la institución y sus miembros se comprometan con su saber, hacer y afectos; en tanto integrantes de la comunidad pero también de la institución de salud. Si se acompaña con una intención de compromiso, ello no es medicalizar ni psiquiatrizar la vida cotidiana. La conjugación de la población y las diferentes instituciones de la comunidad en el quehacer de salud

en un proceso de democratización es una garantía contra estas desviaciones. La participación de calidad es el mejor antídoto aunque también será el resultado de muchos conflictos. Una vulgarización devaluada del conocimiento médico puede trastocarse en medicalización; pero es de índole completamente opuesta -democrática- la ampliación en el acceso y uso del conocimiento sanitario a los conjuntos sociales.

Estas redes, de convocatoria interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial han logrado superar los criterios estrictamente temáticos (alcoholismo, detenidos, adolescentes embarazadas) para dar lugar a una constitución diversificada que tiene que ver con el intento de abarcar la complejidad de las definiciones y puntos de vista de los problemas comunitarios.

Veamos un solo ejemplo que tiene que ver con la prevención de la violencia.

Esta red abarca a San Martín de los Andes, Junín de los Andes y Villa La Angostura. Hay representantes de salud, justicia, comisarías, acción social y municipalidad.

La actividad nace, y se profundiza, a partir de los problemas educativos de los niños. Pero también para dar cuenta de las dificultades de la mujer maltratada, alcoholismo y detenidos. Tiene un fuerte apoyo de los medios de comunicación social, con ciclos radiales permanentes.

Estos grupos trabajan con la modalidad autogestiva.

Se intentan relacionar los enfoques individuales y familiares de acuerdo a la forma en que se presentan las necesidades de los grupos por barrios o zonas más amplias. En Junín de los Andes, por ejemplo, se organizó un club destinado a la recreación de niños y adolescentes.

En Villa La Angostura funcionaba un grupo interinstitucional de salud, educación y acción social orientado al enfoque de pobladores y sus familias afectados por la violencia. Desde hace muchos años está enlazado con un grupo de alcoholismo, conformado por un sector de asistencia y otro de prevención. En esta localidad se produjo un movimiento que enriqueció la propuesta original y la transformó en forma sustancial, iniciándose un proceso de transición a seguir por el conjunto regional.

En Zapala, el grupo original estuvo conformado por médicos de la Residencia de Medicina General interesado en el trabajo de apoyo a los detenidos.

La intención de estas redes es promover respuestas comunitarias ante las dificultades de sus miembros expuestos a diversas situaciones de violencia.

Paulatinamente, se ha logrado hasta cierto punto la incorporación del trabajo interdisciplinario, sobre todo con las ciencias sociales, así como la constitución de un polo local continuo de investigación y docencia en servicio.

Como resultado de la consideración de los factores socioculturales, políticos e históricos ha habido un paulatino

desplazamiento de las estrategias de acción comunitarias: de un trabajo centrado en los conceptos de "enfermedad" y "curación" se está pasando a otro que tiene que ver con la "calidad de vida" y el cuidado de la salud de personas y grupos aquejados por el sufrimiento. De un trabajo institucional y clínico se está extendiendo la idea de "prevención" basada en la configuración de redes de sostén, reflexión, intermediación y prácticas. De un trabajo fundado en el concepto de "riesgo psicosocial" o "vulnerabilidad" se están intentado superar los efectos de 'screening' -identificación, etiquetamiento y señalamiento de la gente y comunidades que se juzgan desde un punto de vista oficial, moviéndonos hacia un mejor entendimiento y fluidez entre equipos técnicos, científicos y las comunidades. El fundamento que guía estos cambios es el de la participación social, entendida como decisión compartida, que será seguramente la única garantía para cumplir con esta transición a la democratización sociosanitaria y comunitarias regionales.

Dado el perfil y la complejidad de tareas, grupos e instituciones involucradas en la actualidad, hemos recientemente conformado el Centro de Investigación y Acción Comunitaria "Mingaco". El objetivo de esta asociación es poner en práctica nuevos sentidos compartidos de la pluralidad sociocultural, jurídica y médica en zonas de intenso, aunque invisible desde los ámbitos oficiales y públicos, contacto intercultural y sus efectos de pobreza, marginalidad y migración.

Lo que sigue, ya será una nueva historia.

LOS FUNDAMENTOS ANTROPOLOGICOS DEL CONFLICTO DE CREENCIA EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE: un equívoco adrede?

Cierta coherencia es necesaria para llegar a la integración, sólo quela uniformidad es una de esas cosas que se hace tóxica más allá de cierto nivel.

Gregory Bateson

Carobeth Laird, la esposa de un antropólogo, pasó muchos años entre los nativos de California. Ella cuenta su sorpresa cuando oyó a una mujer nativa que era devota católica e igualmente devota adherente a la Vieja Religión: "en mi joven absolutismo estaba convencida que una persona debía creer o descreer y no podía aceptar dos mitologías diferentes como igualmente válidas en su verdad". La mujer nativa intentó resolver el dilema de Laird de la siguiente forma: "Los dos corren juntos. Cuando uno falla, el otro ayuda".

Citado por Jean-Guy Goulet

Ahora la ciencia médica está bastante adelantada. Pero tengo algo que contarle. Hay cosas que el que las vive y sufre puede entender. Hace varios años estuve enfermo. Dolor de cintura, muy grande y los médicos siempre recentan calmantes. Me colocaron uno y anduve perdiendo el conocimiento, transpiraba y temblaba todo. No quise operarme. Con tanto tiempo de enfermedad no tenía ni para comer. Pero soy evangélico y le pedí a Nuestro Padre Celestial, y le prometí que haría una gira misionera. Mis hermanos de fe me ayudaron con dinero y mercaderías. Una noche oré y Nuestro Señor Jesucristo me dijo que al volver de esa gira me iba a sentir bien. No estoy diciendo que la medicina científica no sirva. Por ella no hay tantas epidemias. Mi fe no significa que tenga que estar en contra de los científicos.

Entrevista de Isolina Ranguileo, agente sanitaria de la zona suburbana de San Martín de los Andes, Provincia del Neuquén

I.

PENSAMIENTO MAGICO Y RACIONALIDAD. UNA (DE)VALUACION EPISTEMOLOGICA

El concepto de "pensamiento mágico" ha sido usado para contraponerlo al pensamiento científico-racional. Desde allí mismo, se produjo su devaluación epistemológica.
"Racionalidad" es un concepto que tiene un sentido filosófico limitado (Goody 1992), asimilado a la administración de pruebas y a la vigencia irrestricta del principio de no contradicción.
No ha habido una **ruptura antropológica** del concepto de racionalidad en el sentido que se han usado criterios formales y externos a los actores, como si la "racionalidad" fuera un observable, algo que está ahí y que se puede ir a buscar (y encontrar); más bien parece que se construye al "Otro" como racional, o no, desde una posición específica del constructor.

Por otro lado, no se han aceptado del todo las conexiones entre criterios de racionalidad y factores políticos, en tanto ellos han servido para hacer distinciones entre sociedades "primitivas y avanzadas", "con o sin" crecimiento cognoscitivo, "con o sin" historia, "simples y complejas", y así. Otras consecuencias políticas se han dado, por ejemplo, en proyectos globales de desarrollo como en la época de los '60 y los inicios de los '70 (Alianza para el Progreso) en donde específicamente las sociedades campesinas aparecían oponiéndose en forma casi frenética a los avances tecnológicos. Aparecen entonces los típicos argumentos sobre la "cultura" como obstáculo al cambio y

los conceptos de "resistencia al cambio" y de "imagen del bien limitado" de la antropología funcionalista norteamericana.

Finalmente, recién ahora se está teniendo en cuenta el hecho de que ninguna sociedad, "con más o menos racionalidad" ha estado aislada (Sahlins 1988b); el principio de la "comunidad aislada" ha respondido más a supuestos ideológicos, o aún metodológicos (por ejemplo, el deseo de formular tipologías) que a evidencias empíricas.

En la actualidad, se plantea el problema de la cultura transnacionalizada, globalizada y el destino en ella de las heterogeneidades socioculturales (nuevo orden mundial, medios masivos de comunicación e instantaneidad de la información)[1].

Las características rutinariamente adjudicadas al pensamiento mágico han sido:

1. uso irrestricto y tolerancia a la contradicción;
2. apegamiento irreflexivo, acrítico, sin tiempo a un cuerpo de creencias (Habermas 1989);
3. deshecho del discurso de la ciencia (hasta me atrevería a afirmar que, implícitamente, se lo ha tomado como un "contra-hecho");
4. uso de la eficacia simbólica.

---

[1]. Sin embargo, no puedo dejar de mencionar que las ideas de cultura como impedimento al cambio o aislamiento son supuestos ideológicos tanto del discurso político como de los medios de comunicación.

Veamos muy brevemente una a una.

1. Se ha sostenido que la imposibilidad de registrar contradicciones, ó identificarlas para tolerarlas es uno de los rasgos que subvalúa, por definición, la capacidad cognoscitiva del pensamiento mágico. Estas sociedades poseerían concepciones que sólo pueden estabilizarse al precio de reprimir en forma sistemática las contradicciones [2].

Sin embargo, la exigencia de consistencia lógica es sólo el núcleo vital del discurso científico. Por ejemplo, según Evans-Pritchard (1937) la realidad está fuera de todo contexto de razonamiento, pero en tanto la concepción científica concuerda con la realidad, la científica **no** (Winch en Wilson 1970). En esta discusión, el punto que se está dirimiendo, aunque sin ser reconocido es el que se refiere a la suposición, o no, de un "mundo objetivo" que pueda tomarse como parámetro de comparación entre los diferentes sistemas de creencias.

2. La actitud sin crítica, el apegamiento irreflexivo y congelado a creencias ligaría ciegamente las interpretaciones (tradicionales) a la realidad, sin distinguir la faz lingüístico-discursiva del plano del mundo objetivo.

---

2. *El concepto mítico de 'poderes' y el concepto mágico de 'conjuro' impiden sistemáticamente la separación entre la actitud objetivante frente a un mundo de estados de cosas existente y la actitud de conformidad o no conformidad frente a un mundo de relaciones interpersonales, legítimamente reguladas* (Habermas 1989:77) (subrayado mío).

Entonces, no cabría la posibilidad de hacer emerger a la conciencia interpretaciones alternativas del mundo. Con la ausencia de este sentido de la relatividad, no se estaría reconocimiento que toda interpretación del mundo, incluida la propia, es convencional[3]. Así, se fijan las dicotomías "pensamiento verdadero/superstición" y "conocimiento legítimo/ilegítimo".

Se está empezando a reconocer, por el contrario, que el conocimiento médico popular o religioso no es estable ni ciego. Entre los Hausa del norte de Nigeria se ha encontrado que algunas palabras médicas no tienen significado estándar (Last 1981). Algo parecido ocurre con las distinciones clínicas que se registran en la enfermedad del "daño" entre los Mapuche del sur argentino (Arrúe y Kalinsky 1991). Las diferencias no son oportunistas sino que parecen responder más bien a continuas evaluaciones en la percepción y conceptualización de los eventos del mundo (nuevos y viejos).

"Creer en" puede querer decir al menos dos cosas: - dar por descontada la existencia de algo; ó -confiar en una idea que nos pueda servir de guía y con la que nos sentimos protegidos (Bateson y Bateson 1989).

3. El pensamiento mágico no trabajaría con relaciones generales causa-efecto. La ciencia puede predecir el desenvolvimiento de lo particular sólo pronunciándose sobre el futuro de un objeto

---

[3]. Curiosamente, la ciencia tampoco es muy afecta a reconocer este límite.

tomado entre una colección de semejantes. Pero la ciencia, como el pensamiento mágico, nunca responde a más de lo que ella se haya planteado, dejando de lado una multitud de opciones posibles.

4. La magia no contesta, tal como lo hace la ciencia, a "por qué sucede ésto" sino "por qué eso me sucede a mí".

El pensamiento mágico provoca la intersección de cadenas causales, asociadas en tiempo, circunstancias y personas precisadas, y que en principio parecen independientes, generándose así una explicación del mundo.

El ser humano realiza la extravagante hazaña de producir, por simple comunicación, efectos conjuntos sobre campos que , en principio, parecen incompatibles. El símbolo ("mi ojo y el ojo del águila) (Jorion y Delbos 1986) es el vehículo privilegiado de la eficacia, es la palabra capaz de poner en contacto campos, cuyo encuentro, de lo contrario, parece improbable.

II.

DE LOS SISTEMAS TERAPEUTICOS Y SU EFICACIA

Cada sistema terapéutico propone un mundo de sentido.
Mundos que, por ser construcciones sociales, son empíricos. Hacen sentido ('make sense') específico y diferente frente al conjunto de sensaciones de malestar y sufrimiento de quien pide ayuda.
Los antropólogos han atribuido equivocadamente la eficacia de estas formas terapéuticas a:
* estado de creencia del enfermo y su grupo;
* eficacia simbólica que se debe a que el paciente concuerda con el mito y los enunciados culturales (Levi-Strauss 1968);
* sugestión masiva de tipo hipnótico.

Las teorías etiológicas usan artificios técnicos como recurso de los procesos de curación: gusanos, pelos, plumas, espinas, vidrios. Estos son realmente engaños materiales que al esconder muestran la metáfora que se desencadena durante el restablecimiento en relación al cuerpo biológico, al cuerpo social, al mundo onírico y sus interrelaciones (dioses, espíritus, antepasados).
Nadie se cree el subterfugio porque el secreto de la eficacia reside detrás, y no en el truco mismo.
El objeto "real" mediatiza la relación con el curandero. El objeto "real" sitúa la relación terapéutica en una índole primordialmente metafórica, casi lúdica ya que todo el mundo

sabe que el "veneno" o lo que fuere es solo una **manera de hablar**, de designar algo (envidia, celos, u otro cualquier estado de las relaciones interpersonales) (Nathan 1991).
Las teorías etiológicas brujeriles, quizá como el psicoanálisis, son narraciones, textos en donde se crea un mundo donde habita el enfermo y se apunta a otro en donde se lo restituye a la vida cotidiana y, por ende, a la salud (Keyes 1987).

Las teorías etiológicas tradicionales son formas de dar sentidos **ambiguos, polisémicos e interrogativos**[4].
Al contrario, la etiología de la medicina occidental es taxativa y, una vez hallada, marca el fin del proceso de indagación.

Pero, en ningún caso, el paciente "se las cree así como así" ni, aún en la brujería, a pesar de que se ha dicho que el terapeuta manipula, sometiendo al paciente a una brutal sugestión "primitiva".
El síntoma es una percepción disciplinada que se construye. De un conjunto caótico de infinitas sensaciones se extraen percepciones que son **completadas** por los terapeutas -médicos o curanderos hacen sentidos del todo diferentes al síntoma, dando etiologías y diseños terapéuticos peculiares.

---

4. Ver el capítulo "Crimen y Castigo. Los dos centinelas del sufrimiento del paciente".

III.

EXISTEN LOS ESTADOS DE CREENCIA?

"En el verano de 1985, mientras dirigía una investigación en Trinidad y Tobago sobre un movimiento religioso integrado por devotos locales de un santo del sur de la India conocido como Sathya Sai Baba, estuve comiendo una noche en la casa de uno de estos devotos, un médico joven. Con entusiasmo, me relató una serie de milagros que se dice fueron hechos por Sathya Sai Baba: curar el cáncer, materializar oro, cicatrizar heridas y, lo más impresionante de todo, volver a la vida a un hombre que había estado muerto por cuatro días. Le comenté que tenía entendido que si el proceso vital se interrumpía por más de diez minutos, el cerebro humano no podía ser resucitado. 'Seis minutos' me corrigió pedantemente el médico, y agregó, 'después de cuatro días, el cuerpo está considerablemente descompuesto, hiede'. 'Pero cuando Baba le dijo que se levante, el hombre se incorporó de nuevo, caminó hacia la cocina y le preguntó a la esposa qué estaba cocinando para la cena. Esto debido a que Baba es Dios - él puede hacer cualquier cosa' sonrió triunfante.

De veras, parecería que Sathya Sai Baba, de hecho, todo lo puede hacer. Incluso puede hacer que un médico con educación europea crea que un cadáver de cuatro días puede ser traído de vuelta a la vida con un movimiento de la mano. Y ésto nos lleva al tema a ser explorado en este artículo: cuáles son los procesos por los cuales un individuo es capaz de mantener, y vivir con, dos sistemas conflictivos, y aún contradictorios, de creencias y

cuáles son las implicaciones de tal fenómeno para el estudio antropológico de la religión?" (Klass 1991:32).

"Algunos de los médicos que van al centro de salud saben que ciertas consultas al curandero y la administración de ciertos yuyos logran éxitos terapéuticos. Pero en general no se dejan impresionar por estos resultados /.../ Hay ocasiones en que se muestran interesados por aprender ciertas habilidades populares /.../ Estas son situaciones lúdicas, que se desarrollan en un clima de cordialidad, donde nadie se toma muy en serio la actividad y donde queda claro que los médicos están lejos de adoptar estos modos, pero no los prohiben. Algunos agentes sanitarios que sí confían en la validez de los métodos tradicionales, por supuesto instrumentados por alguien que sepa manejarlos, no obstante, también entran en el juego. Después de todo, si bien dan crédito a la medicina oficial, y en especial a los médicos que van al centro de salud, también ellos de vez en cuando albergan sospechas acerca de algunas de sus terapias/.../" (Kalinsky, Arrúe y Rossi 1993:92/93).

"En enero de 1986 fui invitado para ser intérprete del Dr. Queiroz que venía por primera vez a los Estados Unidos como invitado de la "Fundación Internacional de la Curación" de Palo Alto. La Fundación le había pedido que enseñara alguna de sus técnicas (como la creación de estados indoloros, pero excluyendo los aspectos quirúrgicos) que empleaba como espiritista en Recife, al noreste de Brasil. El grupo estaba formado por veinte

personas que trabajaban con pacientes que enfrentaban enfermedades terminales o que estaban interesados en las formas de curación. Intentábamos aplicar estas técnicas a nuestro trabajo con personas seriamente enfermas tanto en California como en algún otro lugar /.../ Esta experiencia significó para mí una crisis existencial: me forzó a una especie de 'multifrenia', o múltiple conciencia. Mantenía en mi mente conciente modelos del mundo potencialmente contradictorios, voces internas provenientes de muchas fuentes" (Bronson 1992:12/13).

La palabra -aquí o allá- es codificada. Necesita de afectos, historias y apoyos compartidos para que actúe con efectos terapéuticos.

Vale decir, todos -nosotros y ellos- creemos...**pero hasta cierto punto.** Todos, en algún momento de los procesos de restablecimiento pedimos cerciorarnos (Nathan 1991). Por eso, todos sufrimos de profundas ambigüedades respecto de las opciones terapéuticas que usemos.

El paciente casi nunca cree "del todo" y, a veces, no cree "casi nada". Está siempre muy próximo a dudar.

Las ambivalencias ante creencias y costumbres son, para los investigadores, más visibles en situaciones de migración o cuando se acude alternativamente a distintos sistemas de salud, en especial los que le son ajenos.

Muchas personas van y vienen entre propuestas terapéuticas distintas, adoptándolas o rechazándolas según malestares, tiempos, posibilidades y circunstancias (Heggenhougen 1991).

Por otra parte, no sólo se cree en el curandero sino en el cuerpo teórico en su conjunto. Similarmente, cuando confiamos en un médico, lo hacemos también en el conocimiento-experto que él representa y pone en juego. A ello sí se les puede sumar las cualidades personales del vínculo. Pero **ambos factores** son parte de la relación terapéutica.

Siempre, sin embargo, parece permanecer un resquicio desde donde se des-cree, se pone en tela de juicio o entre paréntesis. Siempre, las creencias son vagamente relativas. Y, ese mismo carácter hace que creamos que creemos con carácter absoluto. Nuestros mundos convencionales, causantes de profunda angustia en tanto todo pudo haber sido de distinta forma (von Glaserfeld 1990) nos permiten, sin embargo, aferrarnos a la confianza que depositamos en los hechos "tal como son".

Pero, siempre también, hasta cierto punto.

Así las cosas, el apegamiento relativo a las creencias muestra la hilacha en muy diversas situaciones.

Por ejemplo, en la ecuación "migración/sufrimiento/enfermedad mental", uno de los tantos momentos límite posibles.

Allí podría suponerse la irreductibilidad de las propias creencias, una re-actualización brutal de nuestros apegos primordiales (Geertz 1987) como factores protectivos, como formas de enfrentar problemas, desapoyos y crisis. Anclajes protectores donde hacer descansar nuestra vulnerabilidad y nuestra forma última de ser-en-el-mundo.

La práctica clínica en 'settings' interculturales no parece dar fundamento a lo que, en primera instancia, podría esperarse. Situaciones de profunda ambigüedad hacen pensar que "ellos" (el exótico, el primitivo) no creen en sus creencias ni mucho más ni mucho menos que "nosotros" en el psicoanálisis, la física cuántica o en la teoría de los virus.

"Era un paciente que trabajaba como domador en una estancia y lo trajeron al hospital. Estaban juntando unas vacas ariscas en un corral y el se tiró delante de las vacas y empezó a hacer cosas extrañas. Lo tuvieron que atar porque no había forma de tranquilizarlo. Estuvo en el hospital unos días, medicado y sin poder conectarnos con él. Chispeaba, jineteaba en la cama, se ponía de cuclillas. Verlo era humorístico pero muy triste, nos preocupaba. Por sugerencia de la madre, lo mandamos a lo de una curandera. Le pasamos la ambulancia y fueron a verla. Al mes y medio lo vi perfectamente. No sé quién lo curó, nosotros o ella, no sé. No puedo afirmar si fue ella o el hospital. No estoy seguro". (Testimonio de un médico en un hospital de la zona

rural del sur del Neuquén).

"-Qué hicieron ustedes para ayudar a Marta?
- Primero, buscamos a una 'médica' /curandera/ pero no la pudo mejorar. Ya estaba muy jodida. La aceptó para ver qué pasaba y poder aliviarla. Así nosotros buscamos de vuelta a los doctores, tantos doctores que hay, que llevan distintas formas, distintas enfermedades..." (Testimonio de un cacique de una Agrupación en los alrededores de Junín de los Andes, hablando sobre un familiar).

"Yo no creo en eso, pero a mi hermana le pasó esa enfermedad. Yo no puedo creer en la medicina popular, pero se me hace difícil no creer. No sé qué hacer. Están las dos cosas. Creer o reventar" (Testimonio de un poblador de la zona sur del Neuquén).

El principio de la relatividad cultural no es sólo parte del acta de nacimiento de la Antropología como disciplina científica; es también un principio organizador de las realidades. Ello significa, al menos tres cosas:

1. Cada sistema sociocultural crea representaciones y visiones convencionales del mundo. Se le otorga a ellas un valor cognoscitivo tal que es posible hablar sobre ellas y tomar distancia crítica (Tedlock 1987).

La confabulación de una antropología aliada a lo exótico (Keesing 1987) y a la no conmensurabilidad de las racionalidades con un sentido común sectario, ha hecho aparecer a algunos conjuntos de creencias como intrínsecamente incomunicables -mágicos. Pero, más bien parece que no hay nada que lo sea. Son, en el fondo, las condiciones de la comunicación -ideológicas, históricas, técnicas, institucionales, morales y prácticas- las que los hacen aparecer como tales.

2. Las orientaciones culturales no marcan en forma inapelable las prácticas concretas y cotidianas de la gente.

El supuesto determinismo de la cultura sobre la vida social y diaria de personas y grupos es, ante todo, una operación de simplificación que ha ejercido, en parte, la ciencia social para otorgarse más capacidad explicativa sobre la realidad.

Por ende, ha tenido, otra vez, más connotación ideológica que apoyo empírico. No se ha abarcado, todavía, el campo de las mediatizaciones entre uno y otro nivel, aunque se pretende ahora avanzar en este sentido (Bibeau 1988, Heggenhougen 1991, Merry 1992, Vega y Rumbaut 1991, Yoder 1991)[6].

Así, las familias adoptan más de una creencia acerca del tipo de problema de salud en juego. Aceptan, comparan y, aún a veces, mantienen una dualidad de diagnósticos provenientes de distintos conocimientos (Arrúe y Kalinsky 1991, Jenkins 1991). Los

---

6. Este tema se trata en el capítulo "Antropología y Cultura. Una partitura incompleta".

propósitos pueden variar, aún en distintas etapas de un mismo proceso de restablecimiento: evitar señalamientos sobre el paciente o allegados, maximizar recursos terapéuticos, discriminar autorizaciones y evaluar viabilidades. En el área de la salud mental, esta ambivalencia que traza una multiplicidad de vínculos entre enfermedad y explicación es quizá más visible y desquiciante para el investigador. O "la gente no sabe lo que dice ni lo que quiere", o "lo hace para salir del paso con conocimientos apenas hilvanados" ó más bien, buscan caminos, configurados por diferentes fuentes de conocimiento que les ayuden. El concepto de "raíz cultural" podría ser quizá mejor comprendido en su plural. Es desconcertante, pero quiere decir que se busca la oportunidad para elegir las maneras de creer.

3. La convencionalidad de las creencias da pie a una permanente movilidad de sentido.

Todo el tiempo se crean nuevas creencias, se establecen nuevas tradiciones (Sahlins 1990), así como se dejan de lado o se desusan otras.

Los procesos de diferenciación de creencias están bien marcados por una frase repetida a lo largo de tiempos y lugares: "como lo hacían los antiguos" ('that's the way of our ancestors'). En general, la antropología ha indicado el valor doctrinal de este giro discursivo, en el sentido de estabilidad e inercia en la reproducción de los sistemas socioculturales. La repetición casi compulsiva de un repertorio cultural creído fijo (Sass

1986), y muchas veces también exiguo.

Hay numerosos ejemplos que muestran la incorporación activa de significados en diferentes situaciones. Inmigrantes coreanos han ampliado el espectro del 'Hwabyung' /enfermedad popular coreana/ en respuesta a los insumos dados por el conocimiento biomédico en la interpretación de los síntomas. Algunos de ellos son ahora analogados a los del 'stress' tal como es entendido desde la medicina alopática (Young Chung Pang 1990).

La adopción de todo tipo de factores -etiológicos, diagnósticos y terapéuticos es frecuente en zonas de contacto cultural. Pero ellos no reemplazan ni borran los que ya se tenían. Todos cambian y se vuelven a rearmar en redes socioculturales donde la vida diaria les da lugares móviles y permeables (Arrúe y Kalinsky 1991). No todas las explicaciones que se dan responden a razones "tradicionales". Pero tampoco estamos autorizados a pensar que en los horizontes tradicionales nada ocurría "por que sí" (Keesing ms.a).

La práctica antropológica nos topa a cada momento con la inconsistencia de la figura del mero repetidor cultural o del conjunto de respuestas "listas-para-usar" en la resolución de los problemas de la gente y las comunidades. Por eso, se está empezando a mostrar el valor heurístico de la construcción sociocultural de creencias en que se invoca la autorización (legitimación) a la invención y a los usos ambiguos de las creencias (Blackwell 1991, Harrell 1991, Hopper 1991). Es probable que el soporte de los ancestros, ya sea en lenguaje de los antepasados, demonológicos o adivinatorios, otorgue la calma

de las versiones oficiales. Pero ellos no prohiben apelar a otro tipo de géneros narrativos, tal como nosotros mismos lo hacemos, buscando o haciendo caso omiso de lo que aparente ser inapelable (Keesing ms.a)

Pues, después de todo, cómo lo hacían los antepasados?

Dicho ésto,no podemos pasar por alto, procesos contrarios de **absolutización** de creencias.

Digamos que absolutizar no es sinónimo de creencias ciega e irreflexiva. Más bien quiere decir pretender que la propia visión del mundo es la única viable, correcta, que se ajusta "verdaderamente" a la forma de las cosas y la vida. La única que da cuenta de la realidad en un sentido último. Aquí ya estamos sospechando que no se trata de una capacidad de conocer puesta en tela de juicio o de la irreductibilidad de las creencias.

Claramente ha empezado a tomar parte de la escena el **factor político.**

Aquí se separan los "unos" de los "otros" para volverse antagonistas. Aquí hay una pretensión de arrasar con la visión que el "otro" tiene de la realidad, y si se puede, concretar la disolución de cualquier capacidad de negociación -práctica, institucional, jurídica- que puedan acaparar esos "otros" en cuanto a oportunidades políticas de predominio social.

Estas tendencias hegemonizantes no sólo se encarnan en los grandes movimientos políticos -formación y re-formación de imperios capitalistas, nacionalismos- sino también en las **microprácticas** que hacen a la vida cotidiana de la gente común.

En las relaciones entre médicos y pacientes, y no sólo cuando se interponen inhabilidades dadas por diferentes estilos culturales, es frecuente el uso de una "lógica del paréntesis" ('branching logic') (Erzinger 1991). Debido a ella, el médico puede obviar malentendidos o no escuchar las historias que los pacientes quieren contar sobre su sufrimiento y que exceden, por lo común, el recorte diagnóstico que suele hacer el médico. El "interrogatorio" que se conduce con el fin de escuchar sólo aquello que se considera pertinente a los fines clínico-terapéuticos no sólo crea insatisfacción al paciente; es una forma contundente de dar una última palabra, aniquilando la palabra del otro.

Hay una versión más solapada de este rotura comunicacional (Heggenhougen 1991). Con las mejores intenciones, es común que el vocabulario que usa el médico para informar la paciente, para que entienda su dolencia y, en último término, obedezca las prescripciones acude a lo que parece ser una "metáfora devaluada". "Traducir" un origen virósico o bacteriano a la idea de un "bichito" puede ser una forma de acercamiento afectivo, aunque conduce a la impresión de ser una descalificación de las capacidades cognoscitivas del paciente. No se lo aprecia como interlocutor sino como un "mal necesario" que se "interpone" entre el médico y la enfermedad. Se cierra toda posibilidad de

diálogo, toda posible instancia de participación en el cuestionamiento y la búsqueda. Y, recursos terapéuticos que aparentemente estarían disponibles van clausurándose por hiatos de índole ideológica y práctica.

La destecnificación conceptual no tiene obligación de hacerse un mero "salir del paso", alterando los contenidos del conocimiento que tiene. La impenetrabilidad y la disolución del conocimiento-experto son dos aspectos de la misma cuestión.

El sistema médico oficial sigue poco dispuesto a atender las necesidades y demandas de la gente que no se pongan en términos estrictamente médicos.

El proveedor de salud considera que tiene la posesión exclusiva del conocimiento y las aptitudes válidas para dar cuenta de estados de enfermedad y de salud.

El enfermo, o grupo-paciente, carecen de todo conocimiento y derecho. Lo mismo vale para otros proveedores de salud quienes, por usar otros marcos categoriales o terapéuticos son lanzados a una esfera "puramente simbólica" de actuación. Se supone que carecen de conocimientos y procedimientos estrictamente técnicos (Nathan 1991 para una versión crítica) y que actúan sólo con poder de convencimiento, jugando con la ingenuidad de gente sin capacidad crítica. Una suerte de "embaucadores culturales" que, a la postre, dejan todo como está.

Para el sistema médico oficial, estas figuras y sus creencias son del todo intratables (Underwood y Gray 1990). Este es el aspecto en que el conflicto de creencias es un eufemismo para la relación de fuerzas que se despliega entre opciones vigentes, con y sin autorización jurídica. Nada se dirime como un mero juego de fuerzas; son la potencia simbólica y la generación de sentidos quienes proveen los argumentos (Vattimo 1992).

En el fondo, todos necesitamos creer en alguna medida. y éste es el aspecto universalmente reconocido.
Lo que se oculta es que todos necesitamos, a la vez, des-creer en alguna otra medida. Dos caras de una misma moneda que descubre la inacabable ambigüedad del ser humano. Cada quien cree, eso sí, en sus propias creencias aunque el límite de ellas puede ser interminablemente flexible, entremezclado e inestable.

En la situación médico-paciente no se pretenderá que se crea en las creencias del otro. Los procesos de conversión son de índole religiosa o mística, no epistemológica (Arrúe y Kalinsky 1991). Pero las microprácticas de la versión oficial de salud, consolidadas en el fundamento científico-tecnológico al que se ha investido con los valores preponderantes del mundo occidental -certeza y crítica- parecen proyectar sobre "los otros" las maneras que nosotros mismos tenemos de creer en nuestras propias creencias científicas.

IV.

EL CONFLICTO DE CREENCIA: LA DISCREPANCIA INTERPRETATIVA

El choque de creencias se pone de manifiesto todo a lo largo de los procesos curativos, centrándose quizá su máxima dramaticidad en la relación médico-grupo/paciente;es en ella donde circulan diversas fuentes de etiologías, diagnósticos y terapias propuestos por quienes toman parte de la puesta en marcha de los escenarios de la cura.

Si bien se confrontan sentidos discrepantes de la salud, la enfermedad y aún la muerte, todos ellos conviven en un mismo marco institucional con una misma, aunque cambiante, distribución social del poder (Bourdieu 1987).

Se enfrentan, en síntesis, sistemas de conocimiento de diferente raíz sociocultural y reconocimiento jurídico-técnico - conocimientos institucionales y populares, por sintetizarlos de alguna mala forma.

El fenómeno sociocultural del conflicto de creencia tiene un trasfondo de historias locales que propuso y concretó las especificidades de un proceso común: la expansión ya casi planetaria de la medicina capitalista (Caldwell y Caldwell 1991). Ella se puso a la par de la formas locales (religiosas, tradicionales) compitiendo por el planteo y las formas de enfrentar los problemas de salud, así como de categorizar la noción de "enfermedad". Se dio lugar, de esta manera, a la generación de microprocesos en los que se llevan adelante las

ıgnas por la predominancia de significados, valores y prácticas .rededor de la salud y enfermedad involucrados en estas ɔlaciones políticas desiguales. Sin embargo, la heterogeneidad .gue estando de pie, y más pronunciada si cabe la expresión, ı ambientes de "modernización subdesarrollada" signados no sólo ɔr la pobreza sino también por el cambio cultural acelerado.

ı relación del terapeuta y paciente dentro del sistema oficial ɜ salud no se desenvuelve sólo en virtud de rasgos ıiosincrásicos y privados, sino que en cada una de las partes ɜ encarnan presupuestos, metas y estrategias sectoriales .spares.

la vez, nadie es agente pasivo de sus marcos de referencia ınо que actúa de manera más o menos ortodoxa, o heterodoxa, ɜgún los criterios que se adopten en cada caso en particular. ıdie es víctima de cuerpos totalitarios de creencias[6] como así ımpoco nadie está totalmente fuera de ellos. La creatividad y ı invención son parte de la dinámica de persistencia y cambio ɜ contenidos y comportamientos que tienen, sin duda, límites

---

6. Aún en lo que pueda aparecer a un observador una sociedad ɜrrada" en donde predomina un solo género discursivo, la gente ɪliza otros que intenta no mostrar. Casos extremos, como las ɔtas o el fundamentalismo, pueden o no estar aparte. Respecto del ımero, no está de más, aclarar un frecuente malentendido con el ımanismo que se da en la opinión pública fundado en la ɔrmación que se capta de algunos medios académicos, o cuasi-ıdémicos preocupados, ante todo, en combatirlas.
tanto las sectas predican la salvación individual,y consideran voz como palabra inapelable y única verdad, el shamanismo que no abandonado un orden colectivo, considera su palabra como ɔerpretable y, por ende, dando un sentido entre muchos otros ɜibles.

históricos e ideológicos no determinables (Goody 1992).

Las políticas comunitarias para afrontar los problemas de salud incorporan y evalúan insumos de cualquiera de las opciones médicas vigentes. Como resultado, debe distinguirse entre la utilización de los servicios oficiales de salud y el tratamiento de la enfermedad (Orubuloye, Caldwell, Caldwell y Bledsoe 1991). La gente usa los servicios de salud en una tarea de desciframiento de significados, accesos y resultados, que hace caso a caso y momento a momento. Y va decidiendo **situacionalmente** lo correcto y lo incorrecto.

En este sentido,cuando está disponible, la institución oficial de salud y los servicios que brinda son incorporados individual y comunitariamente como una de las opciones posibles. Un ejemplo más sobre la constante rearticulación de las mediatizaciones y de las formas de inclusión y exclusión (Kalinsky y Pérez ep.)

Más aún, cuando se apela a la institución oficial como alternativa elegida no se abandonan, siquiera transitoriamente la constelación de conocimientos y representaciones portadoras de las otras creencias médicas. A veces, se intenta simularlos en el perímetro de la institución oficial (hospital, centro de salud, dispensario, salita) (Kalinsky, Arrúe y Rossi 1993, Sachs 1989) y a veces no.

*"Y si doctor, usted sabe. Yo no se lo quise decir, lo veía preocupado. Y por ahí hasta se lo tomaba a mal. Tampoco doña ... /*va el nombre de la curandera/ *quiso que usted se enterara, total igual podía curarla de lejos* /mientras la paciente estuviera internada en el hospital/" (Arrúe y Kalinsky 1991).

"Empieza a sentir muchas cosas extrañas. De la rodilla para abajo sentía lleno de bichitos. Había cosas con "daño" en la casa /.../ Deciden ir al hospital. Allí, en el baño, elimina el bichito. Después pide ver a un médico /.../ Ya más tranquila hace una síntesis de su problema" (Arrúe y Kalinsky 1991).

Los tipos de conocimiento, incluyendo aquél sobre la salud, que tiene la gente **no puede distribuirse según pertinencias epistemológicas o institucionales.**

La realidad intercultural, que no sólo es cosa de indios, plantea sin vueltas el eterno y quizá insoluble tema de la verdad (Arrúe y Kalinsky ep.a). En ella, la postulación de una sola "verdad" a secas parece extravagante, ya que atenta contra su propia índole. Por más esfuerzos que se hagan en tal sentido, no se logra apagar la pluralidad puesta en juego.
Diferentes "mundos", quienes superpuestos o excluidos, integrados o disgregados, dan una idea de que no hay verdad última como, por momentos, parecen querer mostrar saberes con pretensión de garantía acerca de la forma última que asume el mundo (conocimiento científico, conocimientos esotéricos).

V.

PLURALISMO MEDICO: LA INTRINCADA TRAMA DE LA DECISION

Hay una vasta gama de experiencias (Pedersen y Baruffati 1989). En un extremo, hay países que restringen la práctica médica del sector oficial a la medicina científica. En tal sentido, la medicina 'folk' o tradicional ha desaparecido virtualmente como opción del cuidado de la salud. En el otro extremo, hay países que reconocen otras prácticas médicas a la par que la medicina moderna; tienen reconocimiento legal y soporte estatal. En China todas están integradas en un único sistema médico. En medio de estos dos polos están la mayoría de los países. De un 70% a un 80% de los episodios de enfermedad reportados son atendidos en América Latina, Asia y Africa fuera del sistema médico oficial (medicina tradicional, automedicación o simplemente haciendo nada). De todos los pacientes que inician un tratamiento médico, la mitad lo interrumpe o abandona (OMS 1983).

En las tierras altas de Bolivia la gente usa el discurso médico -su interpretación, expresión y negociación de los episodios de enfermedad, para ubicarse ellos mismos respecto de situaciones no-médicas como identidad étnica, riquezas, prestigio y movilidad social, según sostiene Crandon-Malamud (1991). *En un contexto de cambio cultural, el pluralismo médico es un mecanismo a través del cual los kachituños pueden, por ejemplo, formar o romper alianzas de parentesco, manifestar públicamente aspiraciones económicas, etc. El pluralismo médico no es un*

vestigio del pasado sino parte del contexto histórico y social. Las fronteras entre los sistemas médicos es flexible, permitiendo a la gente elegir entre o combinar etiologías aymará o biomédicas así como diagnósticos y curadores. La existencia de ideologías médicas aparentemente contradictorias no es anómala, porque pertenece al repertorio cultural de los kachituños, del cual pueden elegir el elemento que mejor va a cada circunstancia. El éxito terapéutico es uno sólo de todos los factores que los kachituños consideran cuando usan el discurso médico.

En un suburbio parisino, una familia portuguesa, más o menos aculturada, enfrenta "la enfermedad" de una de sus hijas. La definición del padecimiento es objeto de discrepancia doméstica. Los padres dicen que se debe a las malas compañías de la joven. La enferma acusa a su violenta relación con su padre. Finalmente recurren a una curandera que, en apariencia, resuelve el problema, aunque ni la madre ni la hija creen en ella.
Faizang sostiene que es la designación del sujeto de aquello que percibe como su enfermedad y la interpretación que le da lo que determina los recursos y las rutas terapéuticas. La cuestión de la eficacia es en principio del itinerario no es suficiente para explicar el comportamiento. Los recursos terapéuticos son abordados en función de la interpretación que el enfermo tiene de su mal, la determinación que hace de él, convirtiéndolo en una construcción intelectual donde notoriamente se expresan tensiones sociales(Faizang 1988).

Los recursos que brindan las diferentes posibilidades médicas son de una índole **polivalente**. Esto quiere decir que pueden ser usados por diferentes personas en diferentes circunstancias, y con diferentes resultados.

Los recursos satisfacen las necesidades de la gente que, en todos los casos, son desiguales y heterogéneos, marcadas por las condiciones de vida, experiencias previas y expectativas. También, por las posibilidades que tengan o puedan generar para movilizar opciones tendientes a enfrentar problemas planteados por la enfermedad (Renaud 1992).

EL uso de los sistemas de salud no tiene, entonces, una dirección única. No es sólo indicado por los prestadores oficiales, así como la prescripción del medicamento no concluye cuando se extiende la receta autorizada. Por el contrario, el acto médico es sólo un eslabón en un **complejo entramado de decisiones y evaluaciones** en el que irá evolucionando el diseño terapéutico singularizado y, en cierta forma, exclusivo.

Los accesos a los servicios de salud están, entonces, mediatizados por estrategias de raíz cultural, política y epistemológica que la gente pone en marcha.

Ellas deben solventar discrepancias interpretativas (Kalinsky y Arrúe 1991a) desde el punto de vista de su valor cognoscitivo. Deben decidir sobre la plausibilidad o corrección de cada diagnóstico, etiología o terapia que rivaliza con sus propias formulaciones; y, a la vez, sobre sus alcances políticos-consensos y tipos de vigencia de las distintas series epidemiológicas en juego, términos en que se plantea la

rivalidad entre ellas y las formas de negociación que pueden proponerse para alcanzar los resultados buscados- quienes también son, en cierto sentido, dispares.

Estos son algunos de los factores que están por detrás de preguntas típicas que se hacen con frecuencia los servicios de salud ante lo que consideran usos inadecuados, deficitarios o malogrados de la gente y que, en el fondo, podrían corregirse o aprovecharse en toda su capacidad técnica y operativa si se siguiera estrictamente sus indicaciones y orientaciones.

Hace algún tiempo, un endocrinólogo de un hospital de la Capital Federal ha decidido indagar sobre las causas por las que algunos enfermos, a pesar de contar con información completa y actualizada sobre su mal, no siguen algunas de las prescripciones que les imparte el equipo de salud.

El paciente y su grupo de cuidado (´caregivers´) son **sujetos que conocen**, y no meramente "objetos de conocimiento".

Aún en momentos de gran sufrimiento y desorganización vivencial, se conserva la capacidad de conocer y decidir (Arrúe y Kalinsky 1991), de conducir los procesos de recuperación y de construir criterios de aplicabilidad de las prescripciones médicas.

Desde el punto de vista de la medicina académica, la figura del paciente está sepultada bajo el peso de una fijación "unidimensional", la de padecer (Erikson 1967), sometiéndose al juicio del experto y delegando su voz y su discurso a la pertinencia dada por el lugar del especialista.

En la consulta médica generalmente se desconoce la existencia de una ruta terapéutica iniciada bastante antes, con la percepción de síntomas, autodiagnóstico (individuales, familiares, comunitarios), la búsqueda de ayuda y los primeros pasos en los procesos de restablecimiento. El alta, o sea la supuesta vuelta a la salud, está sometida al mismo proceso y al mismo reduccionismo por parte de la medicina oficial.

Pero digámoslo sin elipsis. El prejuicio reduccionista está, en este caso, montado sobre un eje epistemológico que tiene que ver con la índole de las condiciones de aplicación del conocimiento científico sobre la enfermedad y la salud.

El tipo de procedimientos clínicos, el estilo de las dietas medicamentosas o de vida clausurada (reposo, hospitalización) tienden a cortar todo vínculo con las rutinas aún cuando se indique el movimiento o la "vida normal". La prescripción es una forma obligatoria de motivar, es una orden que deberá ser cumplida.

La enfermedad es un hecho privado que debe solventarse con paciencia, obediencia (Zola 1985 para una versión crítica) y preferentemente en silencio.

El fracaso tiende, muchas veces, a ser endilgado a un mal comportamiento del paciente: no obedeció, no entendió las prescripciones, no cumplió con el régimen indicado, no se dio cuenta de la gravedad de su estado, huyó. Así, volviendo a nuestro endocrinólogo, su pregunta parece estar dirigida a lo que cree una "transgresión" de los pacientes a la prescripción

del régimen alimentario, una desobediencia a las órdenes médicas, inscrita en una rebeldía sin sentido del paciente. Sin embargo, el planteo podría darse vuelta y considerarse vías alternativas -materiales y simbólicas- mediante las cuales se sanciona en los pacientes una situación de cronicidad. Después de todo, ella no se constituye sólo con fundamentos bioquímicos o fisiopatológicos; también hay fuentes, económicas, culturales y políticas que la definen.

La complejidad tecnológica y conceptual del conocimiento científico se transforma así en un factor de control soterrado pero incitante.

La medicina oficial tiene que definir sin embagues la condición de "paciente" a quien acuda a él en busca de ayuda. No puede actuar sin su establecimiento, es prerrequisito des-cotidianizar para situar a la persona en el universo de condiciones antecedentes que justifican y dan legitimidad a los actos médicos.

Después, porque se atribuye linealidad causal a la intervención terapéutica y la curación (Caldwell, Gajanayake, Caldwell y Peiris 1989, Yoder 1991 para versiones críticas [7]).

Desde esta perspectiva, el conflicto de creencias no es un ítem. No existe ni siquiera la posibilidad de ser percibido, pues de otra forma la complejidad tecnológica perdería pertinencia; ella no se compadece de las prácticas concretas de la gente común.

---

7. Sostienen que no es posible establecer la exacta responsabilidad entre todas las influencias actuantes en la creación de la salud.

Pero, una vez que logramos caracterizar y seguir en detalle los escenarios vivos, intentando alternar por entre los diferentes frentes que representan las diferentes perspectivas puestas en juego -es decir, hacemos etnografía- podremos reconstruir entrecruzamientos y discrepancias de concepciones y pretensiones. Podremos ahondar en los resultados tangibles de los procesos de comprensión que se entablan, peculiares para cada caso.

Todos conservando la virtualidad de ser dichos, aunque efectivamente no lo sean bajo situaciones de estrictez semántica o ideológica. Siendo las personas participantes activos en referentes organizacionales que tienden a ignorarlos o suprimirlos, o habiendo situaciones en que la inversa también es posible -instituciones dinámicas y gente pasiva- se dan formas sociales intersecadas entre las diferentes posiciones de poder en que se ubican los sectores -de un lado o del otro con un talante indeciso y provisorio. El comportamiento de "riesgo" o la "desobediencia" ilustran, entonces, la gran variedad de colisiones que ocurren en la mediatización que hace la cultura local de la medicina científica (Lindenbaum 1990).

VI.

OTRA VUELTA ANTROPOLOGICA POR EL CONFLICTO DE CREENCIAS

No todos los americanos mexicanos en Los Angeles confían en curanderos o en creencias folk para enfrentar los problemas de salud mental. Tienen las mismas habilidades que los blancos no-hispanos para distinguir problemas psiquiátricos con agudeza, frente a los cuales acuden al igual que los blancos no-hispanos a los médicos como la elección aconsejada en estos casos. Ello significa que dentro de un mismo grupo étnico hay importantes variaciones en las prácticas culturales (Vega y Rumbaut 1991).

Una fuerte creencia religiosa no es impedimento para buscar ayuda médica. Más bien, provee un fuerte incentivo y una racionalidad alternativa en la búsqueda de ayuda. "Nosotros tenemos un doctor invisible, que no lo vemos, verdad? Que es Dios. Siempre cuando nosotros vamos a buscar una medicina, cuando vemos a un doctor, siempre tenemos que tener presente que ese médico está inspirado en Dios y que nos va a dar algo que nos va a aliviar". Un espiritista alienta a un enfermo a tomar su medicina y exhorta a la madre, diciendo: "Tráigalo aquí, pero no deje de ir al médico" (Guarnaccia, Parra, Deschamps, Milsteins y Argiles 1992).

Desde el punto de vista de la gente y de los sistemas no oficiales de salud no se percibe discontinuidad entre las diferentes ofertas de salud (formales o informales, académicas o tradicionales, científicas y populares) (Arrúe y Kalinsky 1991, Nathan 1991, Pedersen y Baruffati 1989, Orubuloye, Caldwell, Caldwell y Bledsoe 1991). En este sentido, el conflicto de creencias es un tema de un orden no precisamente epistemológico. Tiene, ante todo, un borde ideológico en el que se disputan intereses, saberes y afectos de los operadores de los diferentes sistemas de conocimiento médico (Arrúe y Kalinsky ep.a).

Puede entenderse que la apelación, simultánea o alternada, a sistemas de salud que se sostienen en cosmovisiones enfrentadas (del tipo "bacteria ó mal de ojo"/ psicosis ó daño) genera un conflicto de creencias insoslayable a la hora de evaluar competencias y resultados, dando por descontado que uno "gana y el otro "pierde". Sin embargo, la antropología está lentamente mostrando que, el punto de vista de la gente (usuarios y operadores de las medicinas populares) es diferente al de la medicina oficial y quizá al de los observadores externos (filósofos, investigadores, epistemólogos) (Harrell 1991). Vemos una contradicción en estas estrategias de búsqueda de ayuda cuando sucede que no sólo se apela a diferentes elecciones hasta dar con la etiología, sino que se intenta articular más de un idioma médico.

Las distintas opciones de salud no se excluyen entre ellas ni están aisladas (Pedersen y Baruffati 1989). Forma una miríada de posibilidades, frente a las cuales **no hay criterios estables** de discriminación. Priman, ante todo, las urgencias y necesidades que provoca el problema que se enfrenta.

Apelar a los servicios oficiales de salud no implica necesariamente compartir o ceder ante sus principios científicos o filosóficos; pero tampoco significa que la gente viva encerrada en una red semántica de creencias que le impida ver más allá.

El significado es un factor en continua expansión y complejización. Los comportamientos y creencias sobre la salud y enfermedad no son fijos sino que se hacen y recrean en estructuras cambiantes de poder (Lindenboim 1990). La ambivalencia es la tela de la que están hechos.

Decir que el uso de los servicios de salud se da con un criterio pragmático no es afirmar que sean instantáneos o meramente 'ad-hoc'. Más bien son el producto de un **cálculo teórico y operativo** donde se revalúan creencias, conflictos, complementariedades y disponibilidades, historias y perfiles. Se apuesta a un futuro de restablecimiento y aprendizaje aunque también haya dolor y pérdida, aunque siempre de experiencia compartida.

La discrepancia interpretativa no establece estados de inhibición ni cortes dramáticos.

Si se acentúa es capaz de bloquear procesos terapéuticos, ante los cuales simplemente el paciente se va del sistema oficial,

perdiendo desde ya una alternativa (Arrúe y Kalinsky 1991) pero no todas.

Ellas tienen todo tipo de resoluciones, algunas más exitosas que otras, más trabajosas o de mayor requerimiento de insumos, tiempos y energías, más lentas o rápidas, más o menos creativas pero todas motivando el mismo juego sociocultural del que todos formamos parte y en donde hay constantes recambios de campos, reglas y competencias.
Esta es la cara opaca.

Desde la medicina oficial aparece su cara brillante. Ella trabaja con el supuesto que podría enunciarse diciendo que "se es de aquí o se es de allá". El **modelo disyuntivo** (Arrúe y Kalinsky 1991) de pensamiento y acción impide institucionalizar formas intermedias, mixtas o directamente ambiguas.
Desde este modelo se sustenta el carácter absoluto de todos los mundos, a los que se vislumbra como eminentemente materiales - dados así y para siempre; y se excluye la posibilidad de su configuración a través de sentidos diversos puestos en práctica.
Son, entonces, mundos aislados, clausurados, estáticos y sobre todo **categóricos**, que eximirán al significado de la movilidad que parece ser, justamente, el motor del cambio sociocultural.
Mundos que se quieren continuos y discretos, en donde se da por descontado un marco estabilizado de consenso que marca "lo real", "lo verdadero" y "el conocimiento". Aún cuando sean éstos últimos quienes nos muestran que estamos con planteos

desajustados del problema. Así, curadores tradicionales en la actual Nigeria consideran que el límite entre las enfermedades de orden "natural" y "sobre-natural" es una cuestión opinable y que varía en el tiempo, y que la primera categoría está en constante incremento (Fosu 1981). Por su lado, Buckley (1976) ha registrado que los herbalistas Yoruba y la medicina moderna no mantienen, desde el punto de vista de los primeros, ningún conflicto filosófico fundamental. Igual ocurre en el sur del Neuquén (Argentina) según nuestra propia apreciación (Arrúe y Kalinsky 1991). Ellos discrepan en diagnósticos y etiologías pero están dispuestos a escuchar, evaluar y, eventualmente, adoptar recursos médicos oficiales. Sin embargo, sería arriesgado afirmar una "occidentalización" de las medicinas oficiales o pretender que una suerte de "armonía filosófica" puede sobreponerse así como así a oposiciones políticas e ideológicas.

Sólo se muestra la dejadez conceptual que insiste en el retraimiento de los diferentes mundos -materiales y simbólicos- y en la negación de puentes entre ellos, que pueden o no ser cruzados. Las condiciones de ir de aquí para allá es una cuestión aparte.

Desde este punto de vista, el conflicto de creencias se da en un sentido fuerte de irresolubilidad, en donde los "otros mundos" (míticos, tribales, tradicionales, populares, religiosos, cotidianos) se configuran en anti-modelos.

No debe quedar, sin embargo, la falsa impresión de que hay actores fijos con papeles fijos - unos, imponiendo siempre el conflicto y otros que no perciben nunca disrupciones entre los diferentes sistemas médicos que usan.

Si bien hay tendencias que los hacen aparecer así no es posible un juego de a dos sin la participación de algunos de los jugadores. Digamos, entonces, que los papeles son intercambiables y los parlamentos adquieren matices de difícil adscripción.

Los equipos de salud muchas veces exhiben, en este sentido, tanto flexibilidad cognoscitiva -que les permite acceder a otros campos de percepción y experiencia sobre la salud y la enfermedad- como sentido de la oportunidad en cuanto a posibles actuaciones en conjunto, o decisiones sobre la no viabilidad de estas cooperaciones.

Nuevamente, se plantea aquí el complejo problema de las mediatizaciones entre las orientaciones institucionales y profesionales y las prácticas diarias y concretas dirimibles, tan sólo, caso a caso.

El conflicto de creencias, es o no es según el punto de vista desde donde se lo mire, según la forma en que se lo implemente en situaciones cotidianas de la gente, los grupos y las instituciones. Es en los microprocesos en donde el conflicto de creencias puede, o no, instalarse, precarizarse o reforzarse. Las exigencias legales son el extremo de ésto último. A la hora de extender certificados de defunción, invalidez o licencias laborales no hay mucho por dilucidar en tanto la obligación por

expedirse en términos de la medicina oficial no deja resquicio a la duda o la contestación.

El hecho de que los antecedentes institucionales de colaboración entre los sistemas oficiales y populares de salud han sido escasos y de poca repercusión local, regional o nacional (Pedersen y Baruffati 1989) no debe adjudicarse sólo a los recelos y desconfianzas de los equipos oficiales y los no-médicos.

Los proveedores de salud deben pertenencias exclusivas a sus respectivas adscripciones así como pertinencias que no son en absoluto intercambiables. Son los usuarios quienes arman sus estrategias de uso múltiple aunque discriminados de los diferentes servicios y accesos de salud.

En tanto, los proveedores se perciben como rivales potenciales o reales aunque matices, flexibilizaciones y entendimientos hacen que en la práctica diaria y ante situaciones concretas puedan trabajar conjuntamente para enfrentar y resolver problemas (Arrúe y Kalinsky 1991).

"Muchas veces se han producido demandas desde los efectores de los diversos sistemas sanitarios, y también hemos sido puentes de dichas demandas. Por ejemplo, la consulta por parte de algún médico hospitalario ante los síntomas de un cuadro clínico de un paciente que parecían sospechosos de intoxicación por yerbas medicinales. O un pedido de alguna curadora acerca de que revisemos a un poblador porque el problema que sufría 'no puedo decir que se deba a un daño'. Ninguno nos pide que curemos o

diagnostiquemos un 'mal de ojo' o un 'daño'. Pero nos aclaran que creen que lo sufren, pero también que quieren nuestra ayuda. Podemos poner las cartas sobre la mesa, trascendiendo el habitual 'como si' (Arrúe ms.).

En este último sentido, en más de una ocasión se ha cooperado activamente sin ni siquiera estar de acuerdo en la totalidad del problema planteado. Las formas de evitar la confusión y el equívoco ha sido justamente la permanencia en su propio camino de competencia y experticia.

Por lo demás, priman las zonas de exclusión e incomunicación por parte de los efectores de salud. La confrontación está planteada aunque varíen los términos de su escenificación.

Veamos, en un solo minuto de distracción, un campo comparativo como lo es el jurídico. Allí el conflicto de creencias se instala sin vueltas en la capacidad de decisión y las perspectivas políticas que se adoptan respecto de los desbalances de poder, aún en zonas sociales intersecadas.

La imposición del derecho de la sociedad dominante, que ha expresado los intereses de algunos sectores en desmedro de otro, estableció un sometimiento compulsivo a sus leyes y códigos. La realidad carcelaria actual fija quizá su expresión más dramática del desmedro de las especificidades socioculturales. En qué medida puede sostenerse, aquí, una dimensión estratégica de las creencias o un uso calculado en beneficio individual, grupal o sectorial? El foco de atención debe dirigirse a la relación entre ambos ámbitos -oficial y popular. Aún cuando no hemos

avanzado significativamente en el estudio de los procesos jurídicos vertebrados por condiciones de interculturalidad (Arrúe ep., Kalinsky, Arrúe y Rossi 1993 para los primeros intentos), me veo tentada a armar una hipótesis comparativa respecto de lo que ocurre en el ámbito de la salud.

En éste último, la figura y función curativa del "experto" (curanderos) no sólo ha perdurado sino que se está lentamente afirmando a la luz de las condiciones actuales. Se establece una competencia, que está adquiriendo cada vez mayor visibilidad, con la medicina oficial; y que atraviesa un nudo epistemológico/ideológico que origina los conflictos que no permiten hablar de integración. Al contrario, en el ámbito jurídico no hay figura de "experto" que puedan "dar pelea" a jueces, abogados, leyes y tribunales. La homogeneización que impuso la juridicidad capitalista hizo tambalear los órdenes tradicionales. Hoy se están intentando "otros derechos" (García 1991) que puedan ser ejercidos en una toma a cargo de minorías y sectores empobrecidos y excluidos. Es la coerción quien disuade de avanzar por líneas neo-tradicionales en la valorización sociocultural de figuras de autoridad. Aún cuando se las sigue respetando, consultando y, eventualmente resolviendo conflictos, el carecer de mandato legal desde la sociedad mayor les impide erigirse como "oponentes" socioculturales en la definición institucional de la justicia y sus procedimientos.

Sinteticemos, entonces, las dos formas que asume el **orden de interacción** entre los ámbitos oficiales y no oficiales a lo largo de los conflictos interculturales.

Desde ya, s on sólo provisorias, esporádicas y no aparecerían en los estados puros con que no hay otro remedio de caracterizarlas.

Ambas son el producto de una colisión entre conocimientos institucionales, provenientes del sistema técnico-científico y conocimientos sociales (tradicionales, religiosos, populares, cotidianos) que sustentan y son sustentados por diferentes grupos humanos.

A veces, entre estas series de conocimientos se da un prolífico tráfico de símbolos y tecnologías que permiten combinaciones variadas e inéditas (etiológicas, diagnósticas, terapéuticas, preventivas y clínicas) (Harrell 1991, Hopper 1992, van der Geest 1991, Weiss 1992, Young Chung Pang 1990), formas de cogestión, seguimientos conjunto de grupo-pacientes, interconsultas, derivaciones y definición de problemas, propuestas y restablecimientos (Arrúe y Kalinsky 1991).

Otras veces, la confrontación es ineludible y sin excusas, para quedar frente a frente en tensión que no tiene forma definitiva ni unánime de resolución.

No obstante, la situación no cae en la inamovilidad. Por el contrario, es en estas ocasiones donde se desatan luchas culturales (Ong 1991) por el predominio institucional y político de unas u otras, durante las cuales ambos oponentes logran una

compleja trama de actualización cognoscitiva y técnica que les otorga una permanente vigencia virtual (Foucault 1986, Keesing 1987).

Estas contiendas se libran en diferente planos y con diferentes resultados; con predominios simbólicos alternativos en cuanto a sentidos, objetivos o valores que priman en la constitución del campo de la salud y la enfermedad. Sin embargo hay avances no despreciables del conjunto de creencias populares en instancias institucionales de la medicina oficial, poniéndose significados en el mismo centro de las hegemonías científicas.

"Hace unos diez días salió una nena de internación, con diarreas continuas, empezó a deshidratarse. El médico la estaba tratando con suero. No había tenido buenos resultados. Una enfermera le dijo a la mamá que la podía sanar, porque lo que tenía la nena era un empacho, y que dentro del hospital se la podía curar. Esta enfermera la relacionó con una chica mucama que le curó el empacho y la nena empezó a andar bien. Le había curado el empacho dentro del hospital. El médico se enteró y le dijo: 'Si, me comentaron. Pero no sé. Si ellos quieren curar el empacho yo no tengo problemas, pero me parece que igual tiene que venir a curarse aquí, al hospital". (Testimonio de un agente sanitario de la zona sur del Neuquén).

Todos los familiares de Elisa opinan que el hospital le está haciendo mal. Todos afirman que la vuelta al campo le haría bien. 'Pero no vayan a creer que es para dejar de verlos', dice el marido. Se van y se acuerda una entrevista la semana siguiente. (Testimonio de un médico de la zona sur del Neuquén).

En esos momentos, sólo se utilizan intersticios o líneas de quiebre, quienes son la señal de que los mandatos institucionales no son del todo homogéneos ni están del todo consolidados?

Todavía no se ha tenido mucho en cuenta una noción de "institución" constituida también por su práctica cotidiana; tampoco se han considerado las consecuencias de esa práctica sobre la definición estructural de las instituciones. Ni tan siquiera su movimiento endógeno ligado a los factores globales de transformación sociocultural.

Es así que la idea de sólo un aprovechamiento de los intersticios, para "ganar terreno", "trepar por las paredes de la hegemonía" o "avanzar" no da cuenta de la complejidad de la dinámica institucional y cultural. Allí ninguno de los contendientes puede darse el lujo de permanecer impasible o inconmovible frente a los movimientos y fluctuaciones del otro.

Los términos se entienden sólo si se los encara desde una perspectiva relacional, en donde toman su valor de complementación en virtud de la sucesión de juegos que van desenvolviendo mutuamente.

El carácter de no-fijación e inestabilidad (Laclau y Mouffe 1987) de las relaciones entre sistemas (médicos) hace que parezca arriesgado el catalogar a ciertos aspectos de uno como "captados" por el otro. Por ejemplo, en cuanto a la medicalización definitiva de algunas acciones preventivas ó de la Atención Primaria de la Salud (Ennis-Macmillan 1991)[8].

Asimismo, la consideración técnica de factores socioculturales y psicoculturales en la dilucidación de los desórdenes mentales serán vistos como progresos y retrocesos definitivos según la posición ideológica y práctica en que se esté ubicado.

Cualesquiera de estos movimientos es sólo **relativo** a los incontables puntos de vista con que se los evalúe (médicos, equipos de salud, usuarios, curadores populares, investigadores, decisores políticos entre muchos otros); sin considerar que cada tipo de acceso tampoco se da aislado en sí mismo, ya que más bien resume un conjunto mal delimitado de intereses y condiciones.

Desde este panorama, el fenómeno de la discrepancia interpretativa en la relación médico-paciente aparece como una construcción que se hace, deshace y rehace al fluir de los encuentros, circunstancias, políticas y estilos institucionales; además, posee su propia historicidad.

Adjudicarle términos y direcciones unívocas, precisas o estables

---

8. Ennis-McMillan sostiene que las visitas e internaciones domiciliarias, que en los Estados Unidos se consideran formas alternativas que minimizan la medicalización de los encuadres hospitalarios, en realidad convierten a los hogares en contextos clínicos. Hay una "clinicalización" de familias y cuidadores, en tanto que la toma de decisiones sigue sujeta a los médicos.

es violar su propia índole, lábil y equívoca, de "aparecer" y "desaparecer", de "ser" y "no ser" a lo largo del clivaje de una hegemonía que es asimismo inestable e incompleta.

El "conflicto de creencias" es ante todo una **imposición simbólica** en que se juegan intereses, poderes y saberes de quienes están involucrados. Es una apuesta a la estaticidad, un intento por someter a un orden liso y compacto a la dinámica sociocultural que se desata al momento en que se topan los conocimientos en el ámbito intercultural de la salud y la enfermedad.

Se provocan entonces condiciones de exigüidad de recursos -materiales y semánticos- y de inaccesibilidad práctica hacia una resolución útil y contextual de los problemas.

Los principios filosóficos con que se sostiene una visión específica del mundo pueden estrecharse y volverse escasos en su certeza extrema sobre la primacía moral de "su" visión.

La búsqueda de seguridades últimas y resguardos incólumnes que otorguen un sentido de existencia a aquello que son sólo experiencias, vivencias y percepciones parece ser parte irremediable de la condición humana.

El establecimiento de mundos únicos, en el que no se descartan procedimientos coercitivos, hacen que estos principios de concepción del mundo se aíslen de las prácticas y resultados. La "realidad", la "experiencia" y la "verdad" se vuelven restringidas y discriminatorias. Se destierra la posibilidad de mundos alternativos, de sentidos no compartidos y de versiones

dispares o encontradas.

Condiciones institucionales y políticas legitiman esta reducción cognoscitiva y existencial en un proceso de naturalización -´taked for granted´- de la unicidad de sujetos, mundos y conocimientos. Pero no parece que sujetos, mundos o conocimientos sean saturados ni definitivos (Kalinsky y Pérez ep.).

Así se pone en vigencia, en la filosofía occidental desde Descartes a Habermas, un modelo de sujeto universal y homogéneo, y sobre todo no contradictorio que ha actuado como ideal normativo de comparación frente a hombres de carne y hueso, falibles y con excesos de sentidos pero que no suturan (Arrúe y Kalinsky ep.a) que pasan por brechas culturales (Geertz 1987), conviviendo con creencias distintos orígenes (Klass 1991, Laclau y Mouffe 1987, Nathan 1991) compatibles o no, y con perspectivas del mundo radicalmente enfrentadas.

La idea "occidental" de ´self´ mantiene una ilusión de coherencia como memorias selectivas o historias personales que son contextualmente instanciadas (Munck 1992). La propuesta de modelos alternativos ya ha sido planteada. Por ejemplo, donde agentes espirituales pueden normalmente influir en la subjetividad y las acciones, donde los sentimientos pueden ser vistos no como una propiedad del ´self´ sino como inducciones de las relaciones interpersonales, donde los actos no pueden ser reducidos al 'self' sino que están conectados con los contextos (Hopper 1991, Ortner 1978). No puede pensarse ya en un concepto

de 'self' sin ubicación histórica, política y cultural; tampoco sin matices, contradictorios o múltiples (Oxfeld 1992).

Diversas contribuciones antropológicas (Derné 1992, Munck 1992, Oxfeld 1992, Whittaker 1992) psicosociales (Demo 1992), psicoanalíticas (Käes 1979) y neurobiológicas (Baruss 1992, Laughlin 1992) han puesto en duda y aportado argumentos bien fundados sobre el conflicto y la ambivalencia, sobre la incompletitud no patológica; intentando así descontruir la noción monolítica de "sujeto", echando un manto de duda frente a la insistencia simplificadora de certezas y consistencias que pueden ser vistas, en fin, como políticamente totalitarias (Kalinsky y Pérez ep.).

Desde la teoría, entonces, se insta a ver al pluralismo de los sistemas médicos no sólo como "hecho de la vida" sino también en cuanto a su posible significado teórico y político, aún en la planificación internacional de las políticas de salud (Sugar, Kleinman y Heggenhougen ms.). Se intenta poner en juego la diversidad de sentidos que va de la mano con la pluralidad sociocultural -médica, jurídica, religiosa; quien ha estado más o menos invisible desde los ámbitos oficiales y públicos. A la par, la pluralidad, encerrada ahora en el conjunto de minorías desfavorecidas (Kalinsky y Carrasco ms.) es compañera fiel de la pobreza, la marginalidad y el aislamiento geopolítico.

Las políticas de ajuste de corte neoliberal agravan la brecha entre países "ricos" y "pobres"; y aún en un mismo país que, aunque pueda ostentar un producto bruto interno que no es el más bajo entre los bajos, ello no garantiza calidad de vida ni de

salud (Caldwell, Gajanayake, Caldwell y Peiris 1989).

La constitución prevalenciente de la condición de "paciente" muestra en parte la imposición simbólica del conflicto de creencias.

El proceso del diagnóstico juega en ella una función institucional clara.

Se define un nuevo perfil biográfico y social del ahora "paciente", expulsándolo de su vida cotidiana e imprimiéndole un sesgo médico a cualquiera de sus esferas de desempeño[9].

Pero, además, y ésto es lo que me interesa marcar aquí, se establece una sola versión posible de ese "ser paciente", desconociéndose la mayor o menor variabilidad que dicho estado puede tolerar (Kaljee y Beardsley 1992 [10]). Se inicia, como resultado una ruta terapéutica en un sólo registro que conducirá, seguramente, a devaluar al conjunto de saberes y prácticas que no lo corresponden (Arrúe y Kalinsky 1991).

La disparidad de fundamentos sobre la salud y la enfermedad quedará clausurada tanto desde el punto de vista cognoscitivo como emocional. En la práctica, ello redunda en la disminución de las opciones de restablecimiento. Son las terapias quienes se vinculan más directamente a las etiologías, allí donde reside la

---

9. Ver el capítulo "La internación hospitalaria. Una categoría cultural".

10. Los autores sostienen que las formas de la obediencia al régimen biomédico no pueden ser entendidas fuera del contexto de la vida del paciente ni, especificamente, fuera del proceso y metas de la búsqueda de la salud que hace.

máxima heterogeneidad y desacuerdo (Kalinsky y Arrúe 1991a).

La función de cierre que ejercen los diagnósticos (Corin 1990, Eguchi 1991 [11], Kalinsky y Arrúe 1991a, Kleinman 1986) formulados sin base de acuerdo entre curadores y grupo-paciente induce a la gestión de una **enfermedad dividida**, con cada una de las partes apropiándose de un sentido al que alegan constituir como "correcto".

Si bien parece cierto que en determinadas situaciones pueden ser irreductibles, no-traducibles uno al otro, la circulación de dos o más enfermedades, que dependen de quién se haga cargo del diagnóstico a lo largo de las estrategias de restablecimiento, **con diferente estatuto de existencia**, impide una resolución buena y contextual de un registro más o menos compartido, más o menos aceptado.

La eficacia de los procesos terapéuticos se funda, ante todo, en la sensibilización a la diferencia cultural y en la búsqueda de términos compartidos que sean sus soportes afectivos, cognoscitivos e institucionales. También en el reconocimiento de las bruscas transformaciones de los diferentes cuerpos de conocimiento y en la hibridización de etiologías y terapias.

Finalmente, otra forma de imposición simbólica del conflicto de creencias tiene que ver con la anulación de los esfuerzos por **des-constituirse** como paciente que la gente intenta ante el

---

11. Eguchi sostiene que los diagnósticos no deben ser, sin embargo, un intento de hacer encajar un determinado fenómeno en un conjunto u otro de criterios (nosológicos). Sostiene que, paradójicamente, un diagnóstico sólo es útil en la medida que falla en abarcar el fenómeno, cuando muestra discrepancia entre él y la ocurrencia del fenómeno, lo que conduce a una comprensión multifacética.

'utal corte que se establece con su vida previa.

caso de las enfermedades crónicas y crónico-degenerativas es ıtente. No sólo se produce la confusión semántica entre ›ersona enferma" y "la enfermedad"; también ocurre que se ›dicalizan aspectos de la vida cotidiana y biográficos del ıciente. Hay un reacomodamiento de su historia y su actualidad ›mo si hubiera sólo un punto de vista ahora posible para verlo proyectarlo al futuro que no es otro que el de la enfermedad ›rónica) que padece.

›r ejemplo, en el caso de enfermos diabéticos se provoca una ›dicalización de su dieta alimentaria, vigilándola hasta el ınto que un análisis clínico de alta complejidad puede detectar . ha obedecido o no a la dieta durante las últimas semanas. ›mo se sabe, estos enfermos suelen cumplir una dieta estricta ›lo unos días antes de un examen rutinario de glucosa; pero la .ta complejidad puede entonces poner al descubierto estas ıentiras".

ı diálisis es otro ejemplo en que el estar "atado a una ıquina" genera una representación siniestra sobre el futuro, ıciendo que el paciente intente desligarse para reconstruir una ıentidad sin esta interferencia. *"Una niña que sufría de lupus ritematoso, frente a una huida que hizo del hospital para ›lver a su paraje, nos contestó que quería ir a la fiesta de in de curso"* (Arrúe y Kalinsky 1991).

ı la medida en que los esfuerzos sean más sistemáticos o ısibles, el equipo de salud, en mayor o menor medida, lo ›nsiderará un mal paciente- rebelde, inestable, receloso o

hasta malagradecido. No se reconocen, al menos abiertamente, los intentos de lograr su parte en la gestión de la enfermedad.

La condición de paciente fue definida como un estado de pasividad frente al sufrimiento (Erikson 1967, Kaljee y Beardsley 1992). Como contrapartida, la gestación de ambientes de cuidado ('care') tiene que ver con formas sociales y extra-médicas de contención y protección definidas caso a caso, que permitan despegarse de la situación de indefensión frente a la masividad de las actuaciones médicas.

Se trata de recursos y posibilidades que pueden ya estar en uso en las familias, organizaciones intermedias (comunitarias, religiosas) y también las instituciones. Se van armando patrones de recuperación que dependen de las formas en que se percibe y reconoce la enfermedad (Jenkins 1991), los modos en que perturba las formas de convivencia y las reglas morales del grupo de cuidado ('caregivers') y las formas en que se plantean para la ayuda (unilaterales, con apoyos terapéuticos, acuerdos domésticos, opciones médicas múltiples). El paciente puede ser blanco de sobreprotección, abandono o transformarse en una carga que se traduce, por ejemplo, en pedidos de internación. Los parientes pueden tomar actitudes de héroes, víctimas o mártires que hacen de él su única razón para vivir. A la par que el paciente utiliza y refuerza los síntomas para lidiar con este entorno.

La variación de las creencias durante los procesos enfermantes o de recuperación es una plataforma que puede ser usada para sacar al paciente del 'sick role'. Así, en tanto algunas creencias provocan enfermedades, y hay enfermedades que constituyen creencias, hay otras que gestan formas de restablecimiento.
Los patrones de recuperación, claves en el diseño de las formas que tiene el paciente para des-constituirse como tal son, ante todo, mediaciones culturales, políticas y técnicas.

La oposición entre pensamiento "mágico" y "científico" no puede dar cuenta de la profunda ambivalencia que parecen caracterizar los así llamados "estados de creencia".
Las evidencias empíricas no muestran ni que los médicos -como figuras epitomizadoras del equipo de salud- estén absolutamente apegados a los conocimientos científicos ni que los pacientes estén, en todos los casos, sumergidos en sus propios mundos de significados (mágicos, religiosos, populares o de sentido común).
Nadie cree en forma ciega e irreflexiva. Todos vamos y venimos entre propuestas terapéuticas distintas, adaptándolas o rechazándolas según malestares, tiempos y posibilidades.
Se ha fijado al "Otro-paciente", esencializándolo y tipificándolo. Todo es así desde siempre y para siempre. Dada esta supuesta inmovilidad, enfrentado a opciones tecnológicas actuales, no podría acceder a lo que él juzgara como beneficio ya que lo hemos convertido en un mero repetidor cultural -cosmovisiones de las que, "por definición", la modernización y

el progreso están excluidas.

Las creencias no son irreductibles. Pero sí se dirimen en **esferas de contestación** de signo político. Lo que se confronta no es meramente una pluralidad de creencias (científicas y no-científicas, expertas y legas) sino la intención de participar en el debate sociocultural sobre la enfermedad, la cura, la salud, la vida y la muerte. Están en juego los valores de verdad que poco tienen que ver con las virtudes cognoscitivas de los diferentes conocimientos en danza.

LA INTERNACION HOSPITALARIA

Una categoría cultural

- Y, hablando de los griegos, entre los que tú te encuentras, dijo Sócrates, cuáles te parecen que llevan una vida más agradable, los que mandan o los que obedecen?
- Pero yo no me encuentro tampoco entre los esclavos, dijo Aristipo, pues me parece que hay un camino intermedio por el que trato de marchar. Este camino no pasa ni por el poder ni por la esclavitud, sino por la libertad, que es la gran ruta de la felicidad.
- Si este camino que no pasa por el poder ni por la esclavitud, respondió Sócrates, no pasara tampoco por la sociedad de los hombres, podría tener sentido lo que tú dices. Pero si viviendo entre los hombres, no quieres mandar, ni obedecer, ni servir de buen grado a los que mandan, creo que no ignoras de qué modo los más fuertes se las arreglan para hacer sufrir a los más débiles y convertirlos en esclavos. O es que no ves cómo recogen la cosecha que otros han sembrado /.../ y cómo asedian de todas suertes a los que se niegan a servirlos, hasta que los llevan a preferir la esclavitud a una lucha con los que son más fuertes que ellos.
- Sí, contestó, pero para evitar esos males, yo no me encierro siquiera en la ciudad, y soy extranjero en todas partes.
- He ahí, exclamó Sócrates, un artificio hábil.

Jenofonte. Memorables

I.

Poco podría cambiarse, desde nuestro aquí y ahora, a esta visión clásica sobre la igualdad y la libertad como factores que, en la historia de los hombres, no han definitivamente congeniado.

Pero también es cierto que el diálogo es estricto, sin matices. Ni tan siquiera contamos ya con la excusa del exilio. El mundo actual, la "Aldea Global", nos fija sin vacilación entre los amos o los esclavos, despojándonos entonces de la fragilidad de la opción; allí donde reside quizá nuestra condición más decisiva.

Este diálogo nos presenta una imagen del mundo que ha formado parte de un movimiento de locuacidades contrapuestas.

Por un lado, ha sido prisionera de la ya vieja letanía de la "repetición histórica" (Gellner 1989) con toda la carga de convicción que ella tiene. Más aún, esta imagen que dibuja un mundo rígido ha sido resumida y transmitida, de muchas maneras y muchas veces, por la ciencia. Un enclave en que el todavía confiamos como generador, por excelencia, de verdad y racionalidad; por ende, como una forma social privilegiadamente locuaz de persuasión[1].

Pero, por otro lado, este diseño sobre-simplificado del mundo ha sido poco locuaz. Este vez, en el sentido que, otras muchas ha impedido ver y conceptualizar el conjunto de dimensiones, matices e interacciones que oculta; generándose una suerte de "sentido común" de la ciencia alrededor de este diseño que tiene

---

1. Sobre este tema ver el capítulo "Atención Primaria y Salud Mental en el sur del Neuquén (Argentina)".

peso aglutinador de acciones y representaciones sociales.

Desde el punto de vista epistemológico, ha llevado a que, en la ciencia y en la vida cotidiana, miremos desde un sólo sentido y hacia una sola dirección[2].

Las ciencias sociales, y la antropología en particular, aún siguen luchando contra sí mismas para vencer esta suerte de designio cognoscitivo, pues hace ya tiempo que atisban mundos fragmentados, inacabados, fluctuantes que existen unos con otros, y también uno sobre otros. Redes de significado que se gestan desde distintas posiciones en el orden socioinstitucional vigente; quienes se entrecruzan y superponen, dando lugar a universos de discursos y acciones de los cuales hay que preguntarse por sus estatutos cognoscitivo y político como fuentes de legitimidad y verdad.

II.

Me propongo bucear en un aspecto de la disparidad de locuacidades de estos mundos que tiene que ver con la atención de la salud de las personas y grupos: la internación hospitalaria.

Si bien nuestra evidencia está ligada a una región de profundo contacto intercultural (indígena-criollo-blanco) como lo es el sur de la Provincia del Neuquén, hay alguna bibliografía que toma cada vez más seriamente en cuenta las versiones no

---

[2]. Referirse al capitulo titulado "Antropología y Cultura. Una partitura incompleta".

oficiales (populares, subjetivas, religiosas) en su articulación con el sistema institucionalizado de salud (Heggenhougen 1991, Sachs 1989, Saillant 1990, Weiss 1992, Wen 1990 entre otros).

En nuestra zona contamos con la ventaja de que las diferentes perspectivas son más nítidas que en otras de mayor urbanización y complejidad; aunque no lo sea tanto la dinámica de su interacción. Ahora, más que siempre, es la cuestión de la **interacción** la que atrapa la atención de los investigadores. En alguna forma se debe a dos motivos principales. El primero es que la confusa composición actual del orden mundial impulsa a revisar categorías y teorías que, a todas luces, son inapropiadas para abarcarlo. Ejemplos interesantes al respecto son los de "sincretismo", "aculturación", "Otro-etnográfico". El segundo motivo es que se está poniendo en duda la tajante separación que se hizo entre "el pasado" y "el presente" en los procesos de contacto cultural. Bajo nuevas formas de recapitular la interacción se está viendo la variedad de formas y contrastes que han adquirido ambos en los estados nacionales como en la época postcolonial (Heggenhougen 1991, Kalinsky, Carrasco, Arrúe y Witteman ms., Merry 1992 y ms.). Y es allí donde trataré de fijar la atención conceptual.

III.

No caben muchas dudas sobre que la internación hospitalaria define un momento de clausura en la experiencia de cualquier persona.

Momento en el que, casi como ningún otro, la vida y la muerte, que son siempre el telón de fondo de nuestros proyectos, pasan a un primer plano. Es allí donde drásticamente se ponen en jaque.

El transcurrir hospitalizado des-cotidianiza, vuelve extraño a lo familiar; perdiéndose las características del "ser normal". Es en torno a esta atipicidad que gira la percepción social sobre la internación.

Ante todo en las internaciones psiquiátricas, pero también como estrategia de las formas más generales de la medicalización de la vida, el sufrimiento y la muerte (Conrad 1992) se ha visto al paciente y su grupo de cuidado sometidos a una situación estructurada bajo el signo de la subordinación -el saber experto, la jerga técnica, el paciente que es deambulado de un lado al otro en camilla, excelsa posición de la inermidad.

El establecimiento de zonas de enfermedad, donde se despliega la mayor densidad del saber médico, su tecnología y su analitica ubica, sin concesión, al paciente en el lugar del esclavo del diálogo socrático del epigrafe. Por ende, podría preguntarse sobre qué es lo que, en última instancia, "padece". Tan sólo una enfermedad, o quizá también el proceso de su eventual recuperación, una vuelta poco piadosa a la normalidad. Pero en qué consiste ese retorno? Acaso se puede retornar en algo?

Se podría dejar sentado que el enfermo se acerca a lo que es cotidiano al equipo de salud. Este argumento tiene dos aristas. Una que es difícil que el equipo terapéutico entienda en qué consiste el alejamiento de la vida cotidiana del paciente ya que ingresa en la que a él le es propia -una contacto diario con la enfermedad, el miedo, la locura y la muerte. La otra, dicha desde un observador, advertirá que los lugares que ocupa son del todo distintos. Hay un abismo entre "estar enfermo" y "atender una enfermedad". Los enfermos son los "otros".

El vínculo peculiar que se entabla entre el que enferma y el que trabaja sobre ella deja una impronta que tiende a imponer la visión del que tiene el poder -de decidir y, según se espera, de curar. Pero, a veces, ese poder ni siquiera alcanza para el consuelo, ni del que sufre ni del que se supone que puede. También hay una trampa del lado de éste último. "Si es el que sabe , que pueda"; la que lo obliga a la no equivocación, a desprenderse de sus raíces humanas para dar lugar a las exigencias de los pacientes y los suyos. En este momento, dónde está la responsabilidad que se acompaña con los reclamos al otro?

La artillería crítica se ha orientado principalmente al estilo asilar y crónico de la internación psiquiátrica. Aquí quiero avanzar sobre las que pueden ser consideradas "agudas", de corto plazo, en donde, por momentos, conservar la vida del paciente se transforma en la meta que arrasa con los costos y sufrimientos (cirugías de alta complejidad, terapias intensivas, medios de

resucitación). La enfermedad del paciente no sólo convoca alrededor de sus necesidades -de recuperación individual, familiar, resocialización. También están en juego las del grupo terapéutico en general, y del médico, en particular -su identidad, los factores que le brindan un espacio social específico, y las ventajas y exigencias que de allí se derivan. Por supuesto. este perfil no es unívoco, variando con características personales, lugares, instituciones y los rasgos de las diferentes poblaciones.

El límite entre lo que actúa como ayuda y lo que es obstinación para eludir el factor humano en estos trances se torna, al menos, difuso. La muerte es cada vez menos aceptada en esta visión tecnicista de la vida (Schelsky 1967)[3].

De algún modo, las ciencias sociales también se han hecho eco dedicando poca reflexión a las formas con que la gente enfrenta la realidad de la muerte (Garenne y Cantrelle 1991, Menéndez 1989), exacerbada en contextos de pobreza.

La clausura en el orden de la enfermedad es, entonces, la clave de la internación. El sometimiento, la inmovilidad, la trampa semántica de la que se es presa, en la que todo intento de fuga es irremediablemente traducido como "recaída" o reafirmación del diagnóstico, la pérdida del derecho del paciente sobre su cuerpo (Das 1990) y, si cabe, sobre su mente han sido el 'leiv-motiv' de los movimientos anti-psiquiátricos y anti-manicomiales

---

[3]. Ver el capítulo "Crimen y castigo. Las dos voces centinelas del sufrimiento del paciente".

(Basaglia 1972, para ya un clásico).

No obstante, la corriente anti-institucional de las décadas del ´70 y el ´80, que dio origen a conceptos tales como "institución total" (Goffman 1981), "institución negada" (Basaglia 1972), "institución estallada" (Mannoni 1982), "institución iatrogénica" (Cornaglia 1984), y a reformas psiquiátricas de largo aliento así como al movimiento de "psiquiatría democrática" (De Leonardis, Mauri y Rotelli 1986) está dando paso en los años recientes a la postinstitucionalización, desde donde se evalúan alcances y resultados de las décadas pasadas. En este sentido, uno de los temas clave es la propia definición de "locura", que se fue borroneando al ir cayendo los muros de los manicomios. Otro tiene que ver con las estrategias terapéuticas que faciliten el restablecimiento fuera de los ámbitos estrictamente técnicos (Arrúe y Kalinsky ep.a). Se busca el retorno a la normalidad también en el caso de las internaciones asilares? Es el depósito la única opción en esta pretendida búsqueda? Es el asilamiento una alternativa con sentido propio? Aparentemente no, o al menos es una opción de menor calidad que aparece de la impotencia ante tamaña adversidad, ante la que se resignan todos los que están involucrados en el equívoco, incluso y sobre todo quien es el rotulado como "loco".

Pero también se ha iniciado un re-estudio de las capacidades inherentes a la internación (Minkoff 1987) de los hospitales psiquiátricos y generales (Goldchluk y Casella 1991). Es acaso que la desinstitucionalización fue, en alguna medida, una des-

responsabilización acrítica de calidad pasible de ponerse en duda, tal como se hizo con el aislamiento?

Pero todavía no se ha impulsado una problematización antropológica de la internación hospitalaria como categoría cultural. Este será el punto de partida, del que este artículo es sólo una primera aproximación.

Qué decimos cuando afirmamos que la internación hospitalaria puede ser leída desde una perspectiva antropológica?

La internación es una categoría sometida al juego de las interpretaciones socioculturales. Por un lado, es parte de la definición de la atención de la salud desde el sistema institucionalizado (oficial). Junto con la categoría de "diagnóstico" (Eguchi 1991, Kalinsky y Arrúe 1991a) concreta la clave de la clínica, alrededor de la cual se configura el trabajo médico.

Sin diagnósticos e internaciones difícilmente lo reconoceríamos como tal. Además, ambas categorías están vinculadas a la curación y rehabilitación, o sea con la (des)-aparición de la enfermedad. Los elementos diagnósticos se han tornado a la vez que sofisticados, agresivos en la medida en que parecía que la ayuda al enfermo quedaba empequeñecida en relación a la necesidad del equipo médico de "saber" a toda cosa. Algo así que sólo se "salva" al paciente si se puede diagnosticar el mal que lo aqueja. Conocimiento salvador o, tal vez, el que se necesita para poder? Aunque ahora ya se cuenta con una serie de elementos de alta tecnología costosísima que afecta menos al paciente, ni

antes ni después fueron accesibles a los pobres. Mas aún, dentro de las actuales políticas económicas de ajuste, en algunos hospitales públicos se está operando una privatización encubierta de las áreas de alta tecnología.

La prevención es aún un factor periférico y de escaso peso en una práctica médica, que sigue arraigada a aproximaciones biologicistas, definiendo, por ende, a la "salud" como mera ausencia de enfermedad (Das 1990). Todavía no se ha logrado deslindar la idea de "enfermedad" de las diferentes experiencias del sufrimiento. Subsumida una en la otra, se impide obtener una visión desmedicalizada de la enfermedad[4].

El saber médico institucionalizado se expresa en el sistema oficial de salud. Ello quiere decir, entre otras cosas, que posee fuerza jurídica de impugnación respecto de otros, subordinados, a los que considera no-médicos, o sea no-legales (religiosos, populares, tradicionales, para-médicos).

El sistema oficial de salud se ha impuesto históricamente a los que hoy tienen ese estatuto político de subordinación (Belmartino, Bloch, Persello y Carnino 1988, Passos Nogueira 1990), aunque no son inermes ni estáticos (Heggenhougen 1991). Construyen un poder cognoscitivo que pugna por incorporarse al juego político de la racionalidad.

---

4. Aquí no deseo siquiera rozar la cuestión del 'ranking' epistemológico que tiene cada una, ya sea en el orden conceptual o terapéutico. Simplemente digo que se confunden y, ambos, forman parte del malestar de la enfermedad. *"Hay algún espacio que pueda proveer de curación al mismo tiempo que reconoce el deseo del paciente y su propia relación con su cuerpo?"* (Das 1990:37)

Si entendemos por "cultura" a un sistema de interpretación (Keesing 1987, Valeri 1987)[6], un universo de discurso mediante el cual la gente da sentido a prácticas y experiencias y, ponemos en duda que los sistemas culturales sean intrínsecamente coherentes, totalizantes e integrados, tenemos el pie, en parte, para aceptar la presencia de **perspectivas alternativas**, y la posibilidad de una **construcción situacional del significado.**

En última instancia, la cultura es inacabada e inestable.

La cultura es una práctica social que se gesta a partir de condiciones históricas, técnicas e institucionales variadas y particulares (Foucault 1985). Tiene distintas posibilidades de expresión social según sean los órdenes institucionales vigentes. Pero, como actividad práctica, tiene la opción de ser construida y desconstruida en procesos en donde los significados se complementan, enfrentan o simplemente coexisten, indiferentes o en tensión.

Sin embargo, cuando priman condiciones de extrema desigualdad social y asimetría política, los significados diferenciales pugnan por dejar de ser "esclavos" para convertirse en "amos". Buscan las condiciones para imponerse, pasan a ser instrumentos de una estrategia que pretenden generar efectos sobre la realidad (Crapanzano 1990, Foster 1991, Foucault 1986, Merry 1992, Ong 1991, entre otros).

---

6. Ver el capítulo "Antropología y Cultura. Una partitura incompleta".

Tal es el caso de los distintos factores que conforman los sistemas de salud, en general y la categoría de "internación" en particular. Como parte de un estilo médico dominante, se ha incorporado a las construcciones cotidianas del cuidado de la salud. Tal como los conceptos de "vacunación", "análisis clínico" o "medicamento", la internación tiene un lugar en el conjunto de significados que van configurando, caso a caso, las prácticas de salud.

Los partos institucionales son parte de un modelo tecnocrático que ha servido para disminuir en forma dramática la mortalidad neonatal, en primera instancia y de la madre, después. Este hecho positivo no es necesariamente una generalización de lo que parece relevante y bueno. Significó, del otro lado, la medicalización de un hecho de la vida.

En la Provincia del Neuquén, ha habido una política explícita para alentar los "partos institucionales", llevados adelante en el hospital, en desmedro de los domiciliarios atendidos por familiares, comadronas o curanderas. Va siendo paulatinamente "normal" que el nacimiento de los hijos se produzca en los hospitales. Es una representación históricamente reciente -como política de salud lleva sólo veinte años- que va desplazando, y reemplazando a la de la medicina indígena del parto en casa; adquiere, así, matices de práctica popular. En zonas rurales, alejadas de los hospitales, la internación pre-parto más o menos prolongada es habitual incluyendo, a veces, a los hijos más pequeños para que no se separen de la madre. Los hospitales

rurales tienen más posibilidad para flexibilizar el peso de la institucionalización -abrir el hospital a la familia, horarios de visita o incluso suspensión de restricciones, acordando medidas de higiene. Una oportunidad de mayor acompañamiento que es difícil de implementar en hospitales de alta complejidad. El acceso a la cocina del hospital es significativamente diferente en unos y otros. La internación en el pequeño hospital está más cerca del modo de vida doméstico.

Pero, por más esfuerzos que se hagan en la "humanización" de la internación estrictamente biomédica, y por más méritos que se cosechen en vista de los beneficios tecnológicos, queda un resquicio para interrogarse sobre los efectos de la invasión de las políticas públicas (de salud) en los espacios domésticos y de la vida cotidiana,en cuanto a sus efectos sobre sus diseño (Das 1990, Donzelot 1990, Ennis Macmillan 1991).

Muchas mujeres siguen insistiendo en los partos domiciliarios o, al menos, exigen una vuelta a casa en el postparto inmediato, a pesar del temor de los médicos de las hemorragias posteriores sobre todo cuando la madre se va a lugares aislados. Los reclamos se hacen en virtud de la desatención de la casa, de los otros hijos y de la parte que le toca en la economía familiar[6].

---

[6]. En los países desarrollados, se está dando una corriente de volver al parto domiciliario, aunque incorporando equipamiento que permita la atención sin demasiadas desventajas tecnológicas en relación al hospital. Además, lo que no es el caso en zonas urbanas, suburbanas o rurales pobres, son mujeres con control sistemático del embarazo lo que permite descartar o evaluar posibles complicaciones.

En este caso, las perspectivas alternativas identificables, ya sea tradicionales o "neo-tradicionales" (Sahlins 1990), fundadas en una continuidad cultural en respuesta a las actuales condiciones sociales velozmente cambiantes promovidas están recién siendo identificadas (Swerdlow 1991, Weiss 1991).

La internación, como categoría y práctica médicas, fue inexistente en los modos indígenas y sigue siendo inusual en las actuales prácticas populares. Hemos tenido sólo referencias muy aisladas de internaciones en domicilios de curadores populares en la actualidad, en virtud de la lejanía geográfica de los pacientes.

Podría pensarse que se ha generalizado una concepción medicalista del parto? O bien que las condiciones de gestación y nacimiento, sobre todo en zonas rurales y suburbanas, se van progresivamente empeorando por enfermedades, desnutrición, dificultades en la lactancia y crianza de los recién nacidos[7]?

Pero el juego sociocultural no es unívoco y va formando otros significados en otras situaciones de internación; que también implica acciones y representaciones que se ejercen a través de

---

7. Este es un fenómeno cada vez más frecuente en los países del "Tercer Mundo". Las condiciones cada vez más agravadas de pobreza y marginalidad empujan a una generalización de lo que podríamos llamar el "síndrome de la decisión de Sophie" -elegir a los hijos a quienes se les va a dar cuidados médicos, alimentos de mejor calidad y así. *"La condición de pasividad no es un producto del fatalismo campesino. Esta condición, cuando aparece, se debe a un estado terminal en las luchas para aminorar los graves problemas de salud en contextos con serios límites de recursos /.../ La deprivación económica, los conflictos étnicos, la migración forzada y la brutal represión política son fuentes poderosas de sufrimiento endémico"* (Sugar, Kleinman y Heggenhougen ms.).

ella y que las modifica.

Así como la internación puede ser considerada, desde algún punto de vista, como un microcosmos que, por excelencia, reproduce hegemonías (Herzfeld 1987) también logra ser, a veces, el lugar de la des-hegemonía.

Una vez instalada como parte de las reglas del juego del sistema oficial de salud no permanece como categoría inmóvil. Se la usa, remodelándola, sometiéndola a crítica e incorporándola efectivamente para completar una gran diversidad de situaciones; muchas veces ajenas a las estrategias médicas de prescripción, quienes suelen encuadrarse dentro de criterios más o menos uniformes -cirugías, padecimientos agudos, descompensaciones con domicilio alejado, partos de riesgo, y la difusa "en observación", eufemismo que se debe, por lo general, a dificultades para establecer diagnósticos.

La categoría, así, se torna interesante para seguir su derrotero en cuanto al destino que pueda tener en los distintos mundos médicos que se juegan en cada situación terapéutica.

El concepto de "fracturación cognoscitiva" (Arrúe y Kalinsky 1991 [3]) connota el fenómeno de la discontinuidad en el uso de los órdenes simbólicos; la interpenetración parece ser una instancia en la puesta en contacto en situaciones de desigualdad institucional. Pero en el caso que nos ocupa parece que ha habido una sola dirección, desde la hegemonía hacia la

---

[3]. Ver también el capítulo "Atención Primaria y Salud Mental en el sur del Neuquén (Argentina)".

subalternidad. Ella no ha podido apelar a la subsunción bajo la fórmula de *"Así lo hacían los antiguos"*, en la que se ha querido ver, en forma parcialmente equivocada, una fuente de inercia y estabilidad sociocultural (Ortner 1984).

El cambio define, en este sentido, una situación que no puede ser atendida en virtud de comportamientos rutinizados ni guiados por patrones normativos previamente vigentes.

Un sistema de salud con una idea especial y desconocida de cuidado intensivo se impone a medida que la medicina blanca se institucionaliza muy lentamente desde los principios del siglo XX, en un contexto de prácticas indígenas quien, por otra parte, ya había sufrido un primer contacto con la medicina hispano-colonial (Guerrino 1984).

Frente a tal situación, se bien el disparador del cambio es una fuente "ajena", el impacto no es elaborado sólo en virtud de una relación de significados ya presentes.

Se crean nuevas interpretaciones, a la luz de la experiencia que se va acumulando alrededor de tal práctica, pero también según las formas como se vayan evaluando e instrumentando oportunidades para que la dinámica institucional-oficial ponga de manifiesto el reconocimiento de las interpretaciones que va haciendo la gente que usa el sistema oficial de salud.

Otra instancia tiene que ver ya con la instalación de significados, hasta entonces oscuros, en el centro mismo de las hegemonías (Arrúe y Kalinsky 1991). Es ahí que los mundos señalados se confrontan, miden y buscan predominar. Se inicia el juego de las coacciones mutuas, en donde no puede pensarse en un contacto esporádico, meramente circunstancial entre dos bloques monolíticos. Por el contrario, daría una mejor cuenta de su dinámica un modelo que los abarca como fuerzas fragmentadas, en tensión, en resoluciones inestables pero ambos con la potencia de la imposición.

Se ve, entonces, la importancia de captar conceptualmente la recreación de los términos en danza, ya que ninguno permanece inmutable, original (Merry 1992). Más aún, uno posibilita al otro.

Quizá en el caso del polo hegemónico, sea más difícil aceptar que vaya modificando espacios, modalidades y autoridad normativa (Raharjo y Corner 1990, Yoder 1991). El cambio sociocultural a lo largo del clivaje político e institucional provoca consecuencias y resultados multidireccionales, a partir de los cuales ninguno de los términos puede permanecer igual a sí mismo. Aún más, estos cambios situacionales, generados en las prácticas sociales y las relaciones interpersonales e institucionales, son parte de ciclos procesuales que se despliegan en el tiempo histórico, social y conceptual.

No son contundentes ni drásticos; las resoluciones están muy lejos de ellos. Sigue habiendo "amos" y "esclavos", aunque todos en profundo conflicto, escudriñándose entre sí y mudándose casi

siempre en forma invisible; sobre todo para quienes, los "amos", no están dispuestos a soportar nuevos desbalances de poder, pero he aquí la paradoja, también para los "esclavos" (Briones 1990, Keesing 1987, Turton 1988, Valeri n.d.).

No vayamos tan de prisa; aquí sólo quiero poner la idea de que las dialéctica opresión/libertad es infinitamente más sutil (Laclau y Mouffe 1987) de la pintada en el diálogo socrático .

La teoría socioantropológica recién está dando cuenta de las posibilidades que usan, generan, redefinen los segmentos socioculturales subordinados para marcar, en parte, los términos de su incorporación obligatoria a la sociedad hegemónica (Arrúe y Kalinsky 1991, Friedman 1992, Merry 1992 y ms., Ong 1991).
Lo hacen con la locuacidad que otorga un "crescendo" histórico signado por la imposición y la deslegitimación de los conocimientos y prácticas no oficiales pero que va poniendo en duda, lentamente, las metáforas de Occidente sobre el "Otro" (Kalinsky y Pérez 1993 y ep., Said 1978, Taussig 1987).

III.

Veamos, entonces, los diferentes usos a que es sometida la internación hospitalaria, un procedimiento rutinario de la medicina oficial. Como nuestra experiencia se vincula a un proyecto de Atención Primaria y Salud Mental[a], muchas veces se enfrentan situaciones clínicas de "locura". Pero la discusión sobre la naturaleza y alcance de las internaciones asilares será para el final.

Por lo demás, cuando digo que el procedimiento se usa no me refiero a aprovechamientos individualistas ni acríticos. Más bien se trata de los resultados de un complejo proceso de mediatización cultural y social que involucra representaciones, conocimientos y estrategias evaluativas, percepciones y patrones de validación social.

La categoría de "internación hospitalaria", como cualquier otra en similares condiciones, está surcada por una constelación de presupuestos -afectivos, vinculares, comunitarios, sociales, laborales, institucionales y técnicos- que confluyen para sostener o enfrentarse, soportar o adelantarse. En cualquiera de estas formas, a la medicina oficial le resulta difícil ignorar que sus marcas están siendo avanzadas por lo que ella ha calificado como "no-saber" y "no-prácticas". Es su tarea dirimir si ello será visto como una invasión (ilegítima) o bien como nuevas formas de gestión de la salud.

---

[a]. Del que se da cuenta en el capítulo "Atención Primaria y Salud Mental en el sur del Neuquén (Argentina)".

De parte de "los otros" es, ya, una nueva opción con que se cuenta para el cuidado de la salud, ya que no es una mera imposición frente a la cual queda sólo un irremediable acatamiento (Crandon-Malamud 1991, Heggenhougen 1991).

Me propongo distinguir diferentes espacios en un escenario que aparente ser uniforme, a los que llamaré "espacios de cuidado" y "espacios de reemplazo". Se entiende que la diversidad viene departe de sentidos que se ponen y acciones que, casi imperceptibles, se concretan a la par.
En principio, "la curación", la salida de un estado mórbido podría ser el denominador común a ellos. No obstante, no sólo hay discrepancias sobre el significado del "estar enfermo" o "estar sano"; también está en duda si todos y en todo momento persiguen este afán curativo. Por distintos motivos este presupuesto puede ponerse entre paréntesis.

De parte de la biomedicina, el éxito terapéutico o los modelos causales de la curación es un tema en permanente discusión y de escasa contundencia. Un efecto de amplificación se apodera en contextos interculturales.
De parte de la gente, la idea de "curación" puede no ser pertinente si, por ejemplo, no se concibe a la enfermedad como una entidad que ataca a un individuo sino que es el producto de fuerzas maléficas o consecuencia de perturbaciones en las relaciones sociales. Otras veces, desde luego, se comparten las ambivalencias de la psicopatología científica. Y, en terceras

ocasiones, los espacios de cuidado encierran dimensiones más o menos ocultas de negociación de la curación. Me referiré en especial a esta última opción, haciendo la salvedad que estos diferentes espacios no tienen únicos "dueños" sino que, a veces, ni siquiera tienen dueño.

Un primer tipo de uso está dado por internaciones de distinta índole, incluyendo padecimientos mentales, en hospitales generales -de baja complejidad, en nuestro caso- en que se llevan adelante además prácticas no oficiales. En general, comportamientos diagnósticos y terapéuticos tradicionales en el que actúa, de hecho, algún curador popular. A veces, incluso es el personal de enfermería o auxiliar quien ejerce esta actuación. Otras, es la familia o amigos quienes consultan a una curadora popular fuera de los límites del hospital.

Los médicos toman actitudes diversas que van desde el rechazo explícito a la indiferencia, condescendencia, interferencia de esos procesos, o la implementación terapéutica conjunta (Arrúe y Kalinsky 1991). Aunque nadie puede ya permanecer ajeno. Todos, de una u otra forma, recorren la pluralidad de términos en que se plantea el sufrimiento de la gente, haciéndose cargo, derivando o simplemente dejándose estar. Nadie es impermeable; más bien, hay una mayor o menor convicción en la propia creencia.

En algunas oportunidades, curadoras populares, ellas mismas internadas, usaron ese momento para hacer curaciones a pedido de

otros pacientes también internados.

En tales circunstancias, la internación puede ser vista como un **espacio de cuidado** ('care') que puede ser distinguido de la curación en sentido estricto.

Más allá de la eficacia terapéutica puntual que obtengan los diferentes procedimientos puestos en marcha, el momento de la internación se transforma en receptor de afanes familiares, comunitarios, grupales y, en ocasiones, también médicos, que intentan dar un **sentido compartido** a la necesidad de aliviar y mejorar a quien padece.

Si bien puede pensarse que se trata de un espacio restringido, es suficiente como para poner en duda aquello de la "historia natural" de las enfermedades (Helman 1985, Hopper 1991).

En este mismo sentido puede ser considerado el concepto de 'compliance' -obediencia a las órdenes médicas- que debe desplegarse para ser considerado un "buen paciente". La biomedicina cataloga a la desobediencia como un potencial detrimento para la salud del paciente, aunque encierra un componente de amenaza a la autoridad médica (Conrad 1987).

La medicación es otro factor que entra en el juego sociocultural. Kaljee y Beardsley (1992) sostienen, al respecto, que el significado que tenga para el paciente formará parte de lo que entiende sobre la enfermedad mental. Más aún, los usos de las drogas prescritas son afectados por los objetivos que persiga el paciente según su propia idea de recuperación de la salud.

La pregunta que queda en el aire sobre estos dos ejes de la biomedicina -internación y medicación- es la medida y la forma en que el paciente, o más propiamente él junto a su grupo de cuidado, quedan con un margen de control y gestión de los procesos de restablecimiento; o, al menos, su insistencia en ponerlo y mantenerlo.

De la densidad de las interrelaciones que pueden generarse dependerá no sólo el impacto emocional que el internamiento provoque en el paciente y su grupo de cuidado, sino, además, variará el perfil del propio padecimiento y del eventual restablecimiento.

Dado que en las cosmovisiones populares la atención del enfermo está bajo la responsabilidad de la familia, un cierre abrupto de esta tarea puede atentar contra la recuperación; cuidado y curación se tornan, entonces, en términos peligrosamente antinómicos.

Otra forma que adquieren las internaciones como espacios de cuidado se pone ya en manos de los propios médicos cuando prescriben la internación en circunstancias en que no median razones estrictas que la avalen, al menos que el miedo o el pánico se consideren observables clínicos.

En estos casos, la representación médica de la curación está atravesada no sólo por un sentido común al que se le da valor técnico, sino también por los corrimientos en los límites institucionales sobre quienes ambos, médicos y pacientes, ejercen actuaciones novedosas; se convierten, así, en verdaderos

tembladerales.

Por ejemplo, en situaciones en donde media violencia familiar puede internarse a la víctima como medio de implementar un cambio en la estrategia familiar que permita ir viendo las cosas de otra forma. La razón puede ser para que el pegador concurra al hospital pidiendo el alta, que es una forma que exprese el golpe de un modo diferente. Para ello, la institución hospitalaria se mete como un paragolpes, intermediando con toda su presión. Ello significa la suspensión de la impunidad para golpear y el corrimiento del silencio. La internación es una medida que aparece ante el golpeador como estando más allá de la voluntad de la mujer golpeada. En ocasiones, son necesarios unos días para que pueda vencer el miedo a presentarse. Y a veces, este enfoque es insuficiente, sobre todo cuando no puede llevarse adelante un plan de trabajo duradero, que permita contemplar las variantes en que se expresa la violencia familiar. Pero no por ello deja de tener valor.

Cuando hay traumatismo lamentablemente es más fácil desde el punto de vista de los cánones institucionales ya que no hay mucho trámite para justificar la internación, ya que se encuadra dentro de lo requerido. Pero cuando ello no es así, la justificación es más engorrosa y puede llevar a encubrir la raíz sociopolítica de ciertas problemáticas que, en última instancia, se plasman en sufrimientos y enfermedades. Un claro límite que impone la institución aunque ello no implique una irremediable medicalización (o psiquiatrización) de la relación médico-paciente- grupo de referencia.

Por ende, es más irritante para la institución cuando el médico o el equipo de salud se niegan a utilizar este trámite; cuando, en una mirada superficial, parece que se utiliza el hospital como alojamiento, sólo en sus aspecto de albergue. En vez con ello se quiere facilitar el despliegue de procesos de restablecimiento que no corren del todo por cuenta de los medios técnico-terapéuticos de la medicina alopática (Arrúe y Kalinsky 1991, Kalinsky, Carrasco, Arrúe y Witteman ms.). Se le ofrecen un conjunto de cuidados que no se limitan a la comida o la cama. Se le brindan búsquedas comunes, vínculos y sobre todo respeto por modos diferentes, dando lugar a la alternativa de llevarlos adelante. Un enfoque que acepta la diferencia no es de menor calidad. Este es un paso contundente que dan las respuestas oficiales de salud a las formas que tiene la gente para desconstituirse como "paciente". Quienes no las aceptan se vuelcan a visiones en las que se reconoce sólo aquello que se puede -en este caso, el uso del hospital como hotel. Ubican a unos y otros en veredas enfrentadas.

En temas de salud mental, guardamos en nuestra memoria de investigación pero también afectiva, varios largos episodios protagonizado por médicos, curanderos, familiares y pacientes que suelen vivir alejados de los hospitales de la zona. Parte de los problemas que se plantean tienen que ver con discrepancias interpretativas en la definición de los diagnósticos (Kalinsky y Arrúe 1991a) en los que se superponen versiones populares ("daño", "cosas de la mentalidad") y oficiales ("psicosis",

"retardo").

Lo que ahora me interesa subrayar es la reacción de lo que podríamos llamar "ortodoxia institucional" frente a formas de innovación que fueron, en su momento, aglutinadores de deseos y expectativas de una mayor integración de discursos y prácticas con la índole de las necesidades de la gente que accede a la medicina oficial (Das 1990, Heggenhougen 1991), teniendo en cuenta el enorme arraigo actual de las prácticas populares e indígenas.

Volvamos, entonces, al "caso clínico" protagonizado por Marta y sus familiares[10], sólo como figura que resume muchos otros que, con diversos matices, protagonistas y escenarios, van armando **microprácticas** en donde no hay papeles ni libretos fijos, pero que marcan tendencias que espero sabremos descifrar[11].

En la situación de Marta, se configuraron dos "bandos" en las que, curiosamente, la familia de Marta, actuó en parte con los criterios de la ortodoxia representada por algunos médicos y los entonces directivos del hospital. El otro "bando" estuvo formada por Marta, en ciertos momentos sus familiares junto con algunos

---

10. Que ya fuera planteado en el capítulo "Atención Primaria y Salud Mental en el sur del Neuquén (Argentina)".

11. Insisto en que las "veredas" a las que me refiero no tienen transeúntes asignados. En el equipo de salud, no es cierto que de un lado estén médicos generales, agentes sanitarios o personal "auxiliar" y, del otro, los especialistas.

médicos que intentaron un abordaje familiar para dilucidar la naturaleza de sus comportamientos "extraños": sale sola a caminar de noche y "se pierde" en medio de la nieve, *"una persona que está bien de sentido no se pierde nunca"* dijo el hermano.

Intentaré trabajar, brevemente, los aspectos que configuraron estas dos posiciones que representaron una, la defensa de la estabilidad -**el campo de la cura**- y la otra, el cambio -**el campo del cuidado** en términos generales, ya que hubo entre ellos todo tipo de interacciones -desde repetidos intentos de cooptación hasta pedidos de entendimiento y unificación de las acciones terapéuticas a emprender; quedando en terceras ocasiones enfrentadas ahí, sin resolverse.
Pero, antes, tres breves comentarios.

Primero, no quiero que se piense que mi intención es establecer parcialidades de "buenos " y "malos", porque nadie sostiene posiciones unilateralmente. Como todo intento de comprender, no me es posible evitar categorizaciones que de alguna manera fijen los acontecimientos, su imprevisibilidad y difusión . No estamos en condiciones, todavía, de poder generar teoría sin que se admita, aunque sea metodológicamente, el supuesto de "condiciones fijas"[12].

---

12. La formulación de teoría socioantropológica se ha sostenido sobre un conjunto se supuestos (Kalinsky y Arrúe 1991). Uno de ellos, pocas veces reconocido, es el de las "condiciones estables", que ha estorbado la utilización de las teorías en (continúa...)

Segundo, desde la teoría socioantropológica se ha querido ver a los cambios de estructuras como respuestas a acontecimientos venidos sólo desde afuera. Así la acción innovadora sería primordialmente re-acción. Esta es una visión reductiva ya duramente criticada (Ortner 1984, Sahlins 1988b). Aunque en una distracción puede sostenerse que la imposición de la medicina occidental es un cambio "puramente" externo a las prácticas indígenas, desde el inicio, las formas que va tomando el contacto no tienen que ver sólo con las presiones que se van generando desde el sistema que impone. Hay también "desarrollo indígenas" (Friedman 1992, Landsman y Ciborski 1992, Sahlins 1988b) en el sentido de que se toman elementos del contexto hegemónico para ser incorporados en los términos, nuevos o viejos, existentes o inventados, pero que sean social y culturalmente aceptables. El significado no tiene bordes fijos, tampoco se expande. De ahí su caracter performativo. Lo nuevo, que viene "de adentro" o "de afuera" no es puesto obligatoriamente en los términos ya existentes. Nada se debe restringir a "lo original", ni tan siquiera a lo vigente en un momento dado. Si apeláramos a un concepto de "significado" que se va armando desde un núcleo generador se estaría girando sobre una única y misma representación colectiva del mundo. Creo que el panorama es distinto. No parece del todo manifiesto que el

---

[12](...continuación)
situaciones de cambio social rápido y conflictivo. Mi intención es evitar una composición estática de los problemas tratados, de ahí la cautela y provisoriedad con que presento las cosas.

curso social, histórico e institucional de estos segmentos subordinados sea gobernado en el encuentro intercultural exclusivamente por fuerzas de algún origen específico.

El tercer comentario se refiere a que, trabajando como lo hacemos, desde las prácticas sociales, se ha criticado una perspectiva que pocas veces pone de relieve la intención de los actores (Ortner 1984, Reddy 1992, Smith Doody 1992). A pesar del afán prescriptivo de cualquier cuerpo de creencias -médico, religioso, jurídico- la gente tiene la capacidad de interpretarlos, interrogarlos, ir y venir o buscar en otra parte. Las situaciones de encerramiento, como de alguna forma lo es la internación hospitalaria, dan pie sin embargo a que se pierda la capacidad de elegir cómo creer. Esta es justamente la ambivalencia que quiero poner al descubierto.

En la situación de Marta, unos y otros adoptaron sus posiciones con objetivos que aunque de corto plazo, como parte de un juego estratégico y teniendo poca garantía de sus resultados, eran claros. El resultado es que, tentativamente, priman las perspectivas del cuidado, aunque con costos que en su momento no pudieron ser estimados.

Desde el punto de vista del "cambio indígena", como dije, queda incorporada la noción de internación hospitalaria. Por su lado, algunos integrantes de la comunidad médica oficial se ligan decididamente a una de "cuidado", la cual sin ser del todo ajena a ellos, los avances tecnológicos, medicamentosos y

aparatológicos la han dado un sentido bien distinto.

Finalmente, modos no-oficiales acceden y organizan hasta cierto punto la dinámica de espacios oficiales por excelencia, como lo es el hospital.

Sin embargo, algunos participantes no-oficiales, como la familia y la paciente, en ciertos momentos desarrollan acciones que no siguen al pie de la letra los términos populares. En vez, hacen acercamientos circunstanciales al sistema de creencias institucional. Ello muestra que las distinciones entre unos y otros términos son borrosas y cambiantes. No hay puntos fijos que puedan postularse ni límites terminantes. Además, queda claro que nadie es ajeno al juego de las hegemonías.

Vayamos por parte.

Quienes se organizan alrededor de la internación como espacio de cuidado son médicos generales que forman parte del proyecto de Atención Primaria y Salud Mental de la zona sur del Neuquén. Ellos actúan de acuerdo a la filosofía de esta estrategia de salud, en una visión que intenta ser contextual y anti-reduccionista de la salud (Heggehougen 1991, Villaça Mendes 1989). Ellos trabajan buena parte del tiempo fuera del hospital, yendo a las comunidades rurales, reservas indígenas y zonas suburbanas. Puede decirse que estos médicos habitan zonas marginales de los espacios institucionales y están atentos a cambios que se puedan generar, en virtud del tipo de ambiente en que se desempeñan. Los agentes sanitarios ocupan un lugar de

intermediación[13] (Arrúe y Kalinsky 1991) pero, a diferencia de los médicos, es un lugar esperado, concordante, aunque sea bienvenido o rechazado, con las expectativas institucionales.

A estos médicos se une, por momentos, la propia Marta. Entre todos van tejiendo un tipo de internación peculiar, en la que se puede proseguir, o no, con la medicación o la psicoterapia. De acuerdo con su familia, visitan a una curadora popular.

La relación de estos médicos con Marta es de alto voltaje ya que no trabajan con pactos metodológicos explícitos. La índole de su acuerdo es terapéutica, lo que no es lo mismo. De esta forma, van armando las interpretaciones de las necesidades y posibilidades que puedan satisfacerlas, aunque todo hasta cierto punto.

> *Entonces yo la llevé /de la reserva indígena al hospital/. Cuando la llevo, me encuentro como que había parecido un chiste, porque todos se reían cuando entré, el chofer /de la ambulancia/ también estaba un poco enterado del tema, y era como si me hubiesen engañado. Como si Marta y todos me hubiesen engañado, y que* ***había llevado a alguien que buscaba ser llevada y que me había engañado. Siempre que Marta vino acá /al hospital/ fue por pedido de ella.*** (énfasis mío)

El cuidado se traduce en un espacio, la internación, que todos construyen, convirtiéndose en momentos transitorios en que ninguno cumple con sus papeles asignados.

Ni Marta es "paciente" porque poner y resguarda sus propios sentidos de su sufrimiento, ni estos médicos despliegan su

---

[13]. Ver al respecto el capítulo "Atención Primaria y Salud Mental en el sur del Neuquén (Argentina)".

actividad de forma rutinaria.

Pero, endeble y todo, van compaginando pequeñas zonas terapéuticas dando lugar a la acción de la curadora popular, entre otras cosas. Ella actúa dentro de ese mismo paisaje adquiriendo, así, un perfil también atípico.

En medio, como no podía ser de otra forma, estallan reclamos de estabilidad, de coherencia institucional.

La discusión se centra en lograr una definición consensuada, pero en términos técnicos sobre "qué es ser un paciente internado", desde el punto de vista institucional.

Dicen que Marta no está internada. Pero Marta duerme acá, y está acá, qué es sino estar internada? Estamos todos locos... Está lleno de gente que no tiene oficio, que tiene problemas serios y así empezamos a brindar alojamiento a todo la gente que lo necesita. Yo lo que quiero decir es que no hagamos las cosas a medias, las hacemos o no las hacemos.

Te preocupa que la señora haya ido a ver a la curadora.

No, no es eso lo que dije. Vuelvo. Hablé de la internación. Luego, vos me corregiste y me dijiste: 'no, no está internada, está alojada.' Está alojada, por qué? Por qué tiene que estar acá. Se le enseña un oficio, se la lleva a la curandera...

Pero, entonces, está internada!?

No tiene una indicación normal de internación... Estaría internada por otras razones...

Nosotros tenemos internadas varias sociopatías. Entonces, por qué no encuadrarla dentro de la internación de sociopatías?

No se le está controlando nada... no se le controla la temperatura, nada...

Ah, no se controla?...

Para qué la voy a controlar si no tiene patología? La tengo acá porque no tengo dónde ponerla.

Quiere decir que si ella viviera acá no estaría internada. Eso es lo que no queda claro. Si está dentro del hospital, llámala internada o como quieras. Pero no vino acá solamente para aprender un oficio, vino también por razones de salud.

La crudeza de la discusión no debería hacer perder de vista la inusual explicitación de los límites, de lo que puede ser dicho o hecho. El desplazamiento se concreta; todos, en última instancia, participan en ese espacio de cuidado, aún quienes se oponen más vigorosamente a la implementación de esos términos. El cuidado, en el fondo, es comunicación (Heggenhougen 1991, Marshall 1992, Nathan 1991) con el potencial de cambio y crítica que, en el mejor de los casos, conlleva.

El otro "bando", el de la internación como espacio de curación, es sostenido, otras veces, por la propia familia. Su reclamo inicial era el de internar a Marta en un manicomio. Aunque esta idea es propia de la medicina oficial, no teniendo desarrollos indígenas conocidos, es una opción que ahora está disponible.

No sería tanto dolor de no verla todos los días, dice el hermano.

La internación psiquiátrica parece construirse como un **espacio de reemplazo**, en el que se contempla ante todo la necesidad de los familiares de no cargar con una persona problemática, con quien no se sabe muy bien qué hacer, con la que ya no se puede lidiar. La internación psiquiátrica ha tenido un componente de prevención de la propia enfermedad, segregando a aquellos que pueden "contagiar". Las paredes de la institución son medios simbólicos de contención que separan del mal. El papel del experto puede ser el de garantizar que el "contagio" no se concrete. En qué medida son ellos quienes se contaminan o desdicen esa demanda, convirtiéndose en intermediarios con el mundo de los sanos es una pregunta sin respuesta única.

El tema sobre si está o no enferma, los medios terapéuticos más adecuados en el caso que se crea que sí lo está o siquiera la propia voz del paciente queda desdibujados.

Y, por su parte la medicina oficial, debe dar una respuesta expeditiva frente a quien no se deja encuadrar en entidades nosológicas claras, aunque persiste sin duda el ahínco de curación.

Todos desean depositar a Marta en un lugar en el que queden eximidos, a sabiendas, del cuidado; en este caso sin muchas simulaciones. Este es justamente el uso que se le ha dado, y que ha sido ampliamente criticado, a los manicomios (Goffman 1981); pero que también puede señalarse en otros tipos de internaciones, como las de alta complejidad. Allí se prolonga, a veces, la vida de pacientes terminales, de los que se conoce con poca duda el desenlace pero se lo posterga con el fin de dar

respuesta (ilusoria?) a exigencias contrapuestas (Marshall 1992) -institucionales, sociales, sentidos de la enfermedad, disponibilidades tecnológicas. Nada de esto corre por el mismo carril.

La pregunta es, entonces, para qué se interna?

Sin embargo, a veces este espacio de reemplazo es enfrentado por los propios pacientes. Seguramente, ésta no es prerrogativa de quien tiene una identidad indígena, pero allí es más nítida porque luchan con menos tapujos concepciones distintas de la muerte.

En pacientes "occidentales", permanece una sombra de ambigüedad, muchas veces alimentada por los familiares bajo el pretexto de "se hizo todo lo que se pudo" o "se probó hasta último momento". La estricta medicalización de la muerte que todos debemos sobrellevar, quien la convierte en un traspié técnico antes que en un "hecho de la vida", quita la opción, el margen de decidir la forma en que deseamos morir.

Aunque a veces se insiste en la posibilidad de rechazar este espacio de reemplazo, tecnificado, imperativo e impersonal, para morir eligiendo la libertad también hasta último momento.

> El informe médico de Francisco Pellao dice que tenía antecedentes de problemas de próstata, hipertensión arterial y ahora tiene un cáncer renal terminal. Fue derivado al Hospital de Neuquén para diálisis. Estando en Neuquén le dan permiso para visitar a sus hermanos. Tenía que ir y volver para no suspender su plan de diálisis.
> En una reunión con agentes sanitarios y enfermeras en el hospital de San Martín de los Andes se comenta la situación de Francisco.

La vida es de muy baja calidad si sentís que dependés de un aparatito. Se piensa que es la muerte. Los hermanos no quieren que se quede en el hospital porque no se le puede hacer nada. Si era para ir a morir, preferían que se quedara en la casa. Están todos esperando la muerte así como se juntan ellos.

Hace quince días que no tiene diálisis. Estuvo con temperatura pero anduvo a caballo. Le dijo a la sobrina que se venía a morir acá. No quiere morir en Neuquén. Lo que a mí me queda claro es que tenemos que preguntarnos por la necesidad de Francisco. Cuál es su sentido de muerte. Qué es lo que quiere y necesita hacer. Hablar con Francisco y preguntarle qué elige. Pero que tenga la mayor cantidad de alternativas posibles, Lo principal es que pueda hacer su elección.

Los enfermos no son nuestros; cada uno es de sí mismo. Si quiere quedarse a morir en su casa es lo más justo para él, aunque a nosotros nos parezca cruelísimo.

Yo creo que la angustia de vivir se resuelve a través de un proyecto. Francisco probablemente tenga el suyo, o quizá su proyecto sea un buen morir, que ya es todo un proyecto. Lo que a mí me preocupa es que quizá tenga dolores fuertes y allá no hay nadie que lo evalúe.

O por ahí queda la idea de que si uno no lo lleva al hospital lo está abandonando. Así como uno no puede desear la muerte de nadie tampoco puede desearle morir en una situación de mucha dificultad como podría serlo alejado de la gente de uno.

La recuperación de la vida cotidiana en pacientes terminales, luego de penosos procesos de enfermedad y, en los que tan solo el desahucio da pie a los médicos, aunque siempre con reservas, a "dejarlo ir", da lugar al deseo del paciente para elegir donde morir.

IV.

Quizá uno de los espacios de reemplazo que mejor ponen en marcha los mecanismos de segregación de la sociedad industrial y postindustrial, burocratizada, tecnificada y eficientista es la internación psiquiátrica crónica; o sea, más propiamente "detención psiquiátrica" (De Leonardis, Mauri y Rottari 1986).

Mucho se ha dicho ya sobre la violencia social e individual que acarrean los modelos asilares, haciéndose hincapié en la extrema arbitrariedad del acto mismo de estas internaciones (Basaglia 1972, Foucault 1979, Gaudio, Penido, Gutiérrez y Curcio 1993, Manonni 1982, entre otros).

También se ha puesto en serias dudas los beneficios terapéuticos, en vista de la deshumanización del trato institucional de los internos (Goffman 1981, Cornaglia 1984 , Elizur y Minujin 1991 entre otros). La posibilidad de curación siempre ha permanecido ambigua en la teoría y la práctica psicopatológica; desde este punto de vista, estos espacios de reemplazo ni siquiera podrían ser justificados aunque la cura sea un paso que no se ha dejado de lado (Goldchluk y Casella 1992).

Aislamiento, autoritarismo, pérdida de derechos civiles han sido ya reiteradamente denunciados como formas que adquiere el así llamado "poder psiquiátrico" (Basaglia 1972, Castel 1980, Goffman 1981 entre muchos otros).

La depositación del "loco" en asilos y manicomios no parece estar guiada por fines terapéuticos; antes bien, actúan los mecanismos de defensa de la sociedad frente a quienes son

considerados atípicos o peligrosos, antes que formas de cuidado y protección de los que parecen o son más vulnerables[14]. En la internación psiquiátrica suele haber un conflicto de fondo entre lo que quiere el paciente y lo que requieren los familiares. Muchas veces, el paciente no acepta la internación porque supone, no sin razón, que significa la desvinculación y el aislamiento. Pero las familias necesitan un largo descanso, aún definitivo, del sufrimiento que les provoca la locura de un ser querido. También se debe a que es un modo socialmente aceptado de esconder a un "loco cercano" y, por ello, doblemente incómodo. De algún modo, son respuestas a la impotencia frente a lo que no se entiende. Cualquiera de ellas tiene un costo muy alto para todos.

En el mismo tenor, pueden incluirse las internaciones de los viejos. En este caso, se reemplaza la falta de una familia extensa, generalmente rural; o el desvalimiento ante un período de la vida al que se le teme y que ya genera poco respeto. La esencia de la internación es el liso y llano abandono, a veces en geriátricos de lujo y otras en miserables asilos, contraste que no empaña el denominador común.

Se han impulsado movimientos de envergadura, de raíz institucional y política que han querido reinterpretar el fenómeno de la salud y enfermedad mental. Quizá las experiencias italiana y francesa sean las más profundas, pero con límites

---

14. Das (1990) presenta una situación parecida armada alrededor de la excusa de los leprosarios.

técnicos, sociales y políticos que se les fueron imponiendo con contundencia (De Leonardis 1985, Ingleby 1982).

En nuestro país, las provincias de Córdoba y Río Negro son quienes están llevando a la práctica, con seriedad y esfuerzo, políticas de salud tendientes al desmantelamiento de los hospitales psiquiátricos.

Los resultados de la desmanicomialización no pueden ser todavía bien ponderados. Cada una de las experiencias tendrá que hacer su propia balance. Entretanto, en el hospital "J.T. Borda" de la ciudad de Buenos Aires sobre 150 casos de ingreso entre abril y junio de 1992, el 61% lo hizo por orden judicial que es una causa de internación no rechazable, más allá del cuadro psiquiátrico que presente. En el 39% restante no hay criterios que se consideren adecuados sobre los que se pueda basar la aceptación o rechazo del ingreso (Gaudio, Penido, Gutiérrez y Curcio 1993).

No me permito dudar sobre los beneficios y logros de las estrategias de externación, como lo es en general, la opinión desde la década del '70 (Cooper 1985). Por su lado, en la provincia del Neuquén no han funcionado hospitales psiquiátricos ni asilos. Se solía derivar al servicio de psiquiatría del hospital de Allen (Río Negro), otras veces a San Luis y, actualmente, al servicio de psiquiatría del Hospital de la ciudad de Neuquén o a los psiquiátricos de la provincia de Buenos Aires o de la Capital Federal. Sabemos que la percepción social psiquiatrizante no consiste solo en la utilización

práctica o simbólica del manicomio. Pero su ausencia en la provincia del Neuquén, y en la región sur en particular, reduce las tendencias hegemónicas que suelen presentarse en otras partes.

Por otra parte, la experiencia de trabajo del equipo de Atención Primaria y Salud Mental de la zona sur del Neuquén gira alrededor de internaciones sólo transitorias, de corto plazo, en hospitales generales de baja complejidad, en especial en San Martín de los Andes, con derivaciones ocasionales al servicio de psicopatología de la ciudad de Neuquén (Arrúe y Kalinsky 1991, Kalinsky y Arrúe 1991a).

El orden psiquiátrico es, en nuestro caso, particularmente disruptivo por la amplitud de las zonas rurales habitadas por campesinos criollos y mestizos de origen mapuche ya que, como dije, en la medicina indígena y la popular no existe la noción de internar a los enfermos, cualquiera sea su padecimiento.

Más aún, se han tenido experiencias infelices con pacientes que una vez derivados a instituciones psiquiátricas, terminaron allí sus vidas sin mucho más trámite.

Sin embargo, a pesar de estos antecedentes, y ya instalados plenamente en la "era de la postinstitucionalización" (Spiguel, Stagnaro y Wintrebert 1991) queremos marcar algunos matices que se están empezando a reconocer en la práctica de la internación psiquiátrica. Quizá, más que nada, sean nuevas formas de reflexionar sobre ella, facilitadas por los procesos de democratización que la han atravesado en la última década.

Es así que durante más de veinte años, que cubren las décadas de los ´60 y los ´70, los esfuerzos se concentraron en denunciar la política de control ejercida por los discursos y prácticas institucionales. La visión que se constituyó sobre el paciente internado tuvo que ver, entonces, con el resultado en términos de violencia y deshumanización.

Pero, en última instancia, el acercamiento al paciente y su mundo de internación fue dejado en un segundo plano. La observación microsociológica buscó fundamentos para la acusación y el cambio. El esfuerzo principal fue puesto en hacer presentes y públicos los estragos institucionales y las contradicciones sociales y políticas que los sustentaban y a la vez, daban sustento.

En este contexto, se tuvo una percepción monocorde y unificante del paciente psiquiátrico, describiéndose una "carrera" (Goffman 1981) de despojo pero también de sobreadaptación a la institución (ajuste primario) o sea mecanismos para poder, de alguna forma, sobrevivir en ella. Curiosamente, este corriente crítica y de denuncia cayó en el mismo simplismo de la fórmula 'one-size-fits-all' que ha caracterizado a la perspectiva biomédica de la salud y la enfermedad (Helman 1985, Hopper 1991 para versiones críticas). Una suerte de normalización en el reino de la locura. El paciente es, desde esta postura, una persona irremediablemente arrasada.

En contraste, durante estos últimos años se han puesto algunos paréntesis y abierto algunas preguntas.

Cuáles son los alcances de las acciones de externación cuando persisten, quizá potenciados, sentimientos colectivos de intolerancia hacia la enfermedad mental[15].

En qué medida el paciente es capaz de reflexionar sobre su padecimiento, el origen y su destino?; así como dar sentido al "estar internado"? De qué forma estamos dispuesto a escucharlo (Arrúe y Kalinsky 1991, Das 1990, Estroff 1989, Jenkins 1991).

Estroff (1989) hace una oportuna distinción entre "tener esquizofrenia" y "estar esquizofrénico". La segunda expresión es la que prevalece en los lenguajes sociales aunque nunca se dice de alguien que "es engripado". No solamente se confunde en el caso de los padecimientos mentales, en particular y crónicos, en general, a la enfermedad con quien la padece, sino que no parece poder proyectarse un después. Ahí reside el meollo de la fuente social de la cronicidad que se reafirma por el "tratamiento" institucional o comunitario que se le dispensa. Los esfuerzos del paciente por persistir con un 'self' saludable, tratando de sobrevivir a la sepultura que se le cava cuando se acepta que las enfermedades mentales "rehacen" sin descaro toda su personalidad, son "normalizados" dentro de un ambiente de enfermedad. En esta disposición, un rechazo del diagnóstico-etiqueta por parte del paciente no necesariamente quiere decir

---

15. Que son solo una muestra del conjunto cada vez más abarcativo que se ha apoderado de la época actual (intolerancia étnica, religiosa, nacional, económica, jurídica).

que niegue una condición de enfermedad, como suele pensarse desde el concepto de "desobediencia" ('non-compliance'). No puede darse por supuesto que una asunción del diagnóstico sea condición de posibilidad de la curación (Estroff et.al. 1991).

Un "simple" cambio de perspectiva podría, en un giro ideológico de timón, permitir que las cosas fueran planteadas de otra forma.

En síntesis, cuáles han sido, y son, sus capacidades de contestación? En qué medida esas capacidades han estado a tono con los cambios en la escucha médica (Elizur y Minujin 1991,Heggenhougen 1991, Kalinsky y Arrúe 1991a, Mossotti 1991).

Mencionaré sólo unas pocas pistas.

* La internación psiquiátrica conjunta (Arrúe y Kalinsky 1991), un viejo con su hijo, una mujer con su marido. Esto permite un mejor cuidado y, además, un mejor abordaje de situaciones conflictivas que se dan en sus vidas cotidianas. El vínculo interpersonal se continúa durante la internación, con el agregado del factor técnico y un encuadre en que se puede lograr así que el hijo se ocupe de su padre en una situación de abandono o que el cuidado por parte de una persona afectivamente cercana sea de más calidad del que pueda brindar el técnico, que aunque comprometido con su tarea, es en algún grado despersonalizado[16].

---

16. Las internaciones conjuntas tienen un hito fundador en nuestro país. Hace muchos años, en el viejo Hospital de Niños, (continúa...)

* Corin (1990) plantea en un estudio sobre la esquizofrenia, que una parte de los enfermos que sufre una alta tasa de reingreso en la internación hospitalaria, ha perdido su habilidad para permanecer en el mundo de la vida cotidiana. Sin embargo, son ellos mismos quienes tienen una clara opinión sobre su posición dentro de la sociedad que puede resumirse, según Corin, con el término "exclusión". La autora supone que la estadía hospitalaria produce en ellos lo que llama "desinstitucionalización social", sacándolos de cuajo de la vida común. Sin embargo, otro grupo de pacientes que sí logra permanecer fuera y parecen normales e integrados, en realidad, de acuerdo a sus propios testimonios, permanecen extrañamente desapegados, a través de construcciones artificiosas y estereotipadas en sus nuevos modos de vida.

En síntesis, los pacientes del primer grupo, a pesar de todo, tienen una idea más realista sobre su marginalidad, manifiestan la necesidad de contactos afectivos y sociales y ponen en marcha modos de concretarlos, por ejemplo, mediante el reingreso a la institución hospitalaria. Pero quedan, entonces, muy ligados

---

[16](...continuación)
Florencio Escardó, en medio de la fuerte corriente de la antisepsia, promovió este tipo de internaciones pediátricas. La presencia de las madres en lugares que se consideraban exclusivamente técnicos despertó una polémica impresionante. Esta instancia no ha sido todavía bien valorizada por la historia de la medicina, pero puso sobre el tapete una forma en que prevalece el valor del vínculo sobre el de las bacterias. Solo mucho después, el mundo científico pudo justificar esta idea en sus propias términos, al demostrar que esa especie de sobrepoblación bacteriana que supone la internación conjunta es una valla contra las bacterias de que amenazan a los niños. Curioso modo de apoyar un enfoque que daba prioridad a la necesidad del afecto.

al mundo psiquiátrico. Este último, entonces. desestructura y estructura, descompensa y compensa, marginaliza e integra al mismo tiempo.

* En otros grupos de pacientes se vio que su negativa a salir del hospital tiene que ver, entre otras cosas, a su deseo de permanecer alejado de los factores que originalmente habrían causado su sufrimiento (Goldchluk y Casella 1991); aún a pesar de las pésimas condiciones de vida y de la falta de efectividad técnico- terapéutica, reconocidas en primer lugar por los propios pacientes y también por sus terapeutas.
Iniciado, en este caso, un movimiento participativo de reconversión del espacio de internación, impulsado por el equipo de salud, algunos pacientes persisten en la internación argumentando una contradicción sólo aparente: "eligen el encierro". Por supuesto, ello tiene una connotación negativa, pero que rompe con el prejuicio que pesar sobre la incapacidad de los pacientes de reflexionar y decidir.
Las oportunidades brindadas por los instituciones no harían más que permitir expresarlas, darles calce. Por su lado, los autores interpretan que esta elección del encierro es un síntoma que daría acceso al tratamiento, aunque en otros casos las presentan como un sesgo psicopático, pero en ambos resultaría de una decisión subjetiva.

No sólo basta la visión sobre los pacientes. Se necesita también la visión de ellos para diseñar diagnósticos, terapias y políticas.

De lo dicho, se pueden extraer dos conclusiones:
La primera es que esta perspectiva, al menos, pone una valla a la reproducción social de la arbitrariedad que pesa sobre el paciente psiquiátrico.
Segundo, las personas podemos buscar y generar **espacios de cuidado** que no tienen que ver del todo con la intención curativa propiamente dicha (éxito terapéutico).
Aún más, espacios de reemplazo, o eminentemente curativos, pueden ser replanteados, con cierto alcance, en otros de cuidado[17].
Tal es el caso de un asilo para pacientes crónicos que se generó espontáneamente en un área rural de Taiwán (Wen 1990). Es un fenómeno contemporáneo que podría adjudicarse a una medicalización del conocimiento y las prácticas populares.

Sin embargo, no se brindan en él cuidados médicos, siendo la calidad de vida muy pobre en comparación con los internos de un hospital-escuela que funciona en Taiwán. La internación es de por vida y generalmente llegan a él quienes han tenido ya una "carrera" psiquiátrica.

---

17. Ver el capítulo "Antropología y Cultura. Una partitura incompleta" especialmente el tema referido a las microprácticas sociales.

El tema ofrece muchas aristas. Aquí basta señalar el carácter no custodial del lugar donde se ofrece un destino religioso de salvación. La decisión de internación pesa, en general, sobre la familia quienes, descreídos o incapacitados para pagar servicios oficiales, optan por esta suerte de santuario.

El punto intrigante aquí es que el estudio comparativo presentado por Wen, quien hizo un seguimiento a lo largo de tres años con el hospital-escuela, se muestra que, a pesar de una moderada mejoría de la sintomatología esquizofrénica en este último, se constata "*un pequeño pero significativo deterioro en el funcionamiento interpersonal y social*" (Wen 1990:12)

Más allá de si este asilo, que parece único como fenómeno popular que ha sido al menos reportado, sea una alternativa de salud mental ó, por el contrario, es antagónico al sistema oficial de salud quien lo debería integrar y adaptar (Wen 199), se instala una inquietante interrogación sobre los determinantes culturales de la internación.

Se trata de un patrón contemporáneo de aislamiento, del que la política comunitaria forma parte? Es una respuesta "neo-tradicional" (Sahlins 1990) en vistas de la modernización acelerada que sufrió Taiwán, uno de los tigres del asiático en donde priman, aún bajo la forma de internación, valores de integración y colaboración social? Una de esas formas es la internación con el propósito de dar amparo a víctimas de la desprotección sociofamiliar (discapacitados, viejos, linyeras).

El eufemismo que se utiliza localmente es el de "internación social". Pero, en oportunidades, se inicia un largo período de dependencia hospitalaria; a pesar de los esfuerzos por externar no es posible que estas personas abandonen el único refugio que tienen. Algo que ver con la cuestiones humanas?
En síntesis, un modelo de internación que niega el rasgo definitorio que se le ha impuesto -el despojo y la violencia.

La internación, bajo el supuesto del respeto y la búsqueda común puede ser una oportunidad en vez de una imposición. Una instancia democratizadora de las instituciones, también psiquiátricas. La creación de un espacio de libertad, dentro de un estilo cogestionario, que pone en jaque un medio altamente coercitivo. Un poco de luz en la noche oscura.

Ser extranjero en todas partes no sólo no es un recurso hábil sino que ni tan siquiera parece estar a nuestro alcance.

SALUD E INTERDISCIPLINA
Fracaso epistemológico o práctica de la inter-gestión disciplinaria de la ciencia?

> El trabajo interdisciplinario, tan discutido en estos días, no consiste en confrontar disciplinas ya constituídas (ninguna de las cuales desea, de hecho, abandonarse). Para hacer algo interdisciplinario no es suficiente elegir un "sujeto /tema/ y juntarse dos o tres ciencias a su alrededor. La interdisciplina consiste en crear un nuevo objeto que no pertenece a ninguna.
>
> Roland Barthes. Jeunes Chercheurs

> La principal función de la investigación multidisciplinaria es, precisamente, la de permitir la suma de varios sentidos hasta agotar la comprensión del objeto examinado./.../ Lo importante es hallarse en posesión, más que de un lenguaje común, de un supralenguaje que cubra el conjunto de los vocabularios particulares y ofrezca los 'géneros', digámoslo así, en los que puedan integrarse las 'especies' correspondientes a los distintos especialistas.
>
> Roger Bastide. Le rêve, la transe et la folie

> La política de la interpretación exige una respuesta dialéctica de una conciencia crítica digna de ese nombre. En lugar de la no interferencia y especialización, debe haber **interferencia**, cruce de fronteras y obstáculos, un intento decidido de generalizar exactamente en aquellos puntos en que parezca imposible hacer generalizaciones.
>
> Edward Said. Antagonistas, públicos, seguidores y comunidad

Después de casi dos décadas de intentos y polémicas, la noción de "interdisciplina" se anuda y desanuda, avanza y retrocede.
El concepto es un recipiente de paradojas: parece tener al mismo tiempo estrechez y amplitud semánticas, imprecisión metodológica y operatividad normativa (Bastide 1976), esterilidad teórica pero efectividad ideológica.

No obstante, no es el único caso para mal de la ciencia, en que una idea sigue dotada, a pesar de todo, de una intensa capacidad de persuasión que hace tomar sus banderas sin mucha reflexión epistemológica.
Intentaré a continuación puntualizar la pertinencia de tal interrogación epistemológica y extraeré algunas conclusiones.

DESILUSION SOBRE LA CIENCIA Y EMERGENCIA DE CONOCIMENTOS

Vale la pena introducirnos un poco en las visiones actuales de temas que son previos a la discusión de la interdisciplina.

Paulatinamente, va ganando terreno una epistemología que reflexiona sobre el conocimiento; de tal forma que deja de ser sinónimo de teoría de la ciencia. No se limita ya a los procesos de validación científica del conocimiento , así como la sociología del conocimiento tampoco lo hace sólo respecto de las condiciones de producción de las teorías científicas.

Comienza lentamente a resquebrajarse la identidad entre ciencia y el conocimiento óptimo logrado por el hombre (Laudan 1986); la ciencia es una forma de conocer la realidad, entre otras posibles.

El conocimiento se va cargando, de a poco, de una densidad hasta hace poco irreconocible. El estatuto cognoscitivo de los saberes no depende sólo del tipo de información que posean, ya que ninguno de ellos refleja una imagen prístina de la realidad. Ningún conocimiento permite un acceso directo, abierto y confiable al mundo; por el contrario, todos ellos ponen condiciones y reclaman pertenencias ideológicas (Foucault 1986). Todos son, en última instancia, sólo verdades parciales (Clifford 1986).

Aunque, cada uno lucha por imponerse sobre los otros con sus propios principios de racionalidad. Algunos con "mejor suerte" que otros, van logrando establecerse en posiciones ventajosas en el juego de los intereses que definen la distribución social del poder.

En primer lugar, está el conocimiento científico quien aún continúa en un puesto de avanzada. Los otros saberes están sumergidos (Foucault 1979), no son escuchados (Arrúe y Kalinsky 1991), son opacidades que no parecen amenazar la ilusión de verdad-en-última-instancia que portaría la ciencia, aunque la antropología actual nos estaría mostrando otra cosa.

El conocimiento es parte de los procesos socioculturales.
Esto lo aprendemos de una epistemología que ha abrevado también de las ciencias sociales y, en especial, de la antropología. Estos mismos procesos dan calce para que ciertas explicaciones, emergentes de los condicionamientos específicos pero circunstanciales, se generalicen (Keesing 1987). Son universalizaciones que han obtenido una base política de constitución (saberes tradicionales, religiosos, cotidianos, científicos, en distintos tiempos y sociedades).

Los otros, aunque sin cabida pública, **no** pierden su validez empírica ni su capacidad de renovarse en virtud de cambios en las condiciones de su producción y validación. Siguen estando, sin perderse y manifestándose más o menos iguales a sí mismos; coexisten, intactos o no, más o menos autónomos, más o menos ajenos pero **a la vez.**

Los conocimientos poseen rasgos de parentesco a pesar de lo que haya dictado una epistemología que versa sobre la ciencia, a la que se le asigna un carácter de privilegio:

* **Todo conocimiento tiene una raíz empírica.** Se refiere a una realidad, y trata de dar cuenta de ella. La cuestión de si las realidades son independientes de las acciones de los hombres, o por el contrario, son construidas por ellas no es una discusión aparte. Los saberes no son sólo lecturas de la realidad sino, antes bien, son factores de su propia construcción.
Este "principio de empiria" postulado para todos los conocimientos se enfrenta al prejuicio establecido desde la ciencia que no concede

"realidad" a ciertos discursos (Favret-Saada 1990, Good 1988 para una discusión crítica).

En el campo de la salud, dicho prejuicio se levanta ante los saberes del paciente, de los no-profesionales del equipo de salud (enfermeras, agentes sanitarios), de los para-médicos (curadores populares).
En el dominio de la salud mental, todavía cuesta esfuerzo reconocer visos de realidad a los discursos "del loco", en sentido amplio.
Todo conocimiento es parte de un sistema sociocultural complejo que, entre otras cosas, provee de las formas para expresar la enfermedad. El problema no es que haya vínculos entre esos lenguajes y el mundo empírico sino que haya tantos (Good 1988).
Todos los saberes forman parte de la construcción del mundo; todos los saberes son empíricos.

* **Todo conocimiento está sujeto a un ciclo:** se crea, valida, apropia, transfiere, usa, reformula, se elaboran patrones de fijación y otros de cambio/innovación. Se establecen pautas de su puesta en vigencia y en desuso. En tal caso, no hay reemplazos estrictos. Dar de baja a un sentido no quiere decir que se deje un espacio vacío que obligatoriamente deba ser ocupado por otro. La posibilidad del cambio, de fijar o reacomodar sentidos sociales no se deben sólo a "raíces culturales", también juegan factores históricos, institucionales e ideológicos (Kalinsky, Carrasco, Arrúe y Witteman ms.).

Si bien el proceso circunscrito a la ciencia está más documentado desde la historia, la sociología y la teoría de las ciencias, no le es exclusivo.

Este principio de "sujeción a ciclos" se opone al prejuicio que se ha alimentado desde la ciencia, sobre la naturaleza de otros saberes en cuanto a que conformarían un racimo de creencias, supersticiones, falsedades ideológicas; en fin, un conocimiento atenazado y dogmático.
Los conocimientos no-científicos han sido vistos como burbujas de aislamiento, como refugio irracional y de retraso epistemológico y político frente a las condiciones cambiantes de la vida.

* **Los distintos sistemas de conocimiento, afiliados a diferentes órdenes socioculturales, no están aislados entre sí.**
Por el contrario, el ordenamiento mundial actual los hace poner irremediablemente en contacto. Aunque, en épocas previas tampoco hubo quien se pudiera mantener autónomo.
El contacto entre conocimientos no es cordial; la tensión entre ellos pone constante discordia al momento de confluir en situaciones particulares; por ejemplo, cuando deben dilucidarse los diferentes mundos médicos que convergen ante cada situación médico-diagnóstico-paciente (diagnósticos bioquímicos, intrapsíquicos, vinculares, religiosos, comunitarios, trascendentales entre otros).
El fenómeno de **fracturación cognoscitiva** (Arrúe y Kalinsky 1991) muestra la interferencia mutua de los órdenes simbólicos; dando al conocimiento un carácter del todo diferente al que se le suele

conceder.

Frente a una conceptualización unívoca, uniforme y plana del conocimiento parece plantearse otra, diversificada, heterogénea y sinuosa.

Es la inestabilidad, antes que su contrario, quien define el interjuego entre los conocimientos, y entre ellos y las prácticas. Significados provenientes de distintos mundos se desplazan, se interceptan, reemplaza, conjugan o excluyen. Es posible cualquier operatoria.

Dicho ésto, ¿sar en una divisoria estricta de aguas
entre los e de los diferentes saberes?
Es posib tricta entre conocimiento
científi religioso) que palmo
a palr la salud y la
enfer
En unturales, en
ú] os antes que
rio, el desafío
a a la que me he
para reconocer las
s en la continuidad

rgumentos para poner en
rales, sociales ó humanas?
Desp erdisciplina tienen que ver
más que nad

Cómo lograr un diálogo genuino entre ciencias que generan un conocimiento objetivo, fiable, legal con otras que parecen estar más cómodas renegando, quizá con justicia, esos parámetros pero, a la vez, teniendo un fundamento idiosincrático, irrepetible y a-legal. Uso el concepto de "legalidad" dándole un doble sentido que quisiera conservar -como cobertura de leyes generales y como conocimiento autorizado.

INTERDISCIPLINA: FRACASOS CON RESULTADOS

La interdisciplina ha querido salvar lo insalvable. Una brecha que a veces se ha puesto en duda tildándola de ficticia como si los problemas puestos por las ciencias sociales no tuvieran nada de especial (Nagel 1968), o bien porque siendo todas ciencias empíricas no pueden eludir la confrontación con una "realidad", como quiera que ella sea acordada (Schuster 1992). El punto es que no sólo se restringe con contundencia su autonomía sino que se impide una revisión -epistemológica y política- del propio concepto de "ciencia". Esto lleva a que el bien intencionado "aire de familia" que se quiere dar a ciencias de distinta índole se vuelva en contra. Lo desparejo se hace irreconocible. Un camino más directo puede estar en captar, desde el inicio, esta brecha con la que tenemos que lidiar, tal como creemos que es.

Si ello ha querido, pues no cabe otra alternativa que admitir el fracaso de la interdisciplina.

Quizá más provocativo cuando se intentó producir "teoría interdisciplinaria" y menos cuando los propósitos estuvieron dirigidos a la acción; por ejemplo, en programas comunitarios en salud, educación (Gajardo 1983, Hernández 1985), justicia (García 1991) o de concientización política (Fals Borda 1985).

Fracaso que ha tenido, sin embargo, sus puntos a favor ilustrados, entre otras cosas, por las zonas disciplinarias que ampliaron sus límites (psiquiatría o epidemiología social, las etnociencias en general, quizá también la ginecología psicosomática). Otro punto a favor tiene que ver con el simple reconocimiento de unas disciplinas respecto de las otras.

En el caso del encuentro entre la salud y las ciencias sociales no ha pasado mucho más de allí. Todavía perduran unas cuantas trabas respecto de sus alcances y límites en el campo de la salud, que obedecen al tipo de problemas que ha acarreado la interdisciplina y que la insolvencia para resolverlos los ha reforzado.

O bien las ciencias sociales brindan información anecdótica, circunstancial y, por ende soslayable, o bien deberían comportarse como su par interdisciplinario, brindando datos precisos, testeables y técnicamente asibles.

Hace un tiempo, un pediatra me comentaba que así como se estudia histología o farmacología, del mismo modo debería haber una materia curricular que contemplara y resolviera los aspectos culturales.

Hace menos tiempo, un neonatólogo me pedía que desde la antropología se lograra encontrar alguna solución al problema que planteaba, vinculándolo a la dimensión cultural; una suerte de remoción de "creencias" (negativas) sobre los servicios oficiales de salud que

corrigieran el comportamiento de las parturientas.

Estos comentarios no son el producto de la casualidad. Revelan un desconocimiento de las posibilidades de las ciencias sociales, parte importante del cual se debe a los propios científicos sociales.

Aquí cabe plantear un aspecto modificable y otro que parece intrínseco.

El primero tiene que ver con el carácter de conocimiento menor con que se ha asumido el papel de las ciencias sociales en el campo de la salud (Lindenbaum 1990). Si está, mejor; sino lo está, al fin y al cabo no era tan importante.

Lentamente, esta situación parece ir revirtiéndose. Se apela a las ciencias sociales, aunque todavía con desconfianza; alimentada, en parte por ciertos estilos presuntuosos de los científicos sociales: uso de jergas, tecnicismo, teoricismo e insuficiencias en el manejo de los conocimientos y modos de actuación de las ciencias naturales.

El segundo aspecto del encuentro entre la salud y las ciencias sociales es intrínseco.

Tiene que ver con las dificultades para combinar componentes cuantificables, energéticos con los no-cuantificables, mentalísticos, por llamarlos de alguna forma. Esta posibilidad de combinación es definitoria en teorías interdisciplinarias. El problema no está resuelto, y tampoco está claro si puede serlo.

No se han logrado disolver, por ende, las fronteras disciplinares.
Esta contraposición es, en realidad, expresión de maneras de ser de las ciencias naturales y sociales que responden a modelos cognoscitivos del todo diferentes.
Estas últimas son disciplinas cualitativas que tienen por objeto el conocimiento de situaciones, fenómenos o casos en tanto tales.

No pueden suprimir un grado considerable de imponderabilidad. No están en las mejores condiciones para cuantificar ni para generar repetibilidad de los fenómenos, que es como por lo general se acepta la pureza del modelo científico. Son ciencias que trabajan con indicios (Ginzburg 1989).

La interdisciplina, pues, no ha podido mediar en las reyertas disciplinarias de fondo, cual ha sido una de sus inspiraciones.
Ha impulsado, sin embargo, préstamos metodológicos y técnicos nada despreciables, aunque escasamente teóricos.
Por ejemplo, entrevistas clínicas inspiradas en el trabajo de campo ('fieldwork') socioantropológico (Etsuko 1991); historias clínicas que incorporan algunos elementos de la historias de vida: diagnósticos clínicos que toman en cuenta la enfermedad "del paciente" o los diagnósticos comunitarios (Arrúe y Kalinsky 1991, Corin 1990); las etnografías como factor de insumo en el diseño de los caminos terapéuticos (Elizur y Minujin 1991, Watzlawick 1990).

De esta forma, si bien la interdisciplina no ha sido el antídoto esperado para combatir la fragmentación disciplinar ha logrado serlo, en alguna medida, frente a visiones reduccionistas y ultra-reduccionistas del mundo.

Están siendo reconocidos y rebatidos poco a poco los "ismos": biologismo, psicologismo, medicalismo, sociologismo, economicismo, politicismo.

Su sobrevivencia está supeditada a esa distribución de pertinencias, competencias y autoridad con que cada ciencia se ha apropiado de una parte del mundo -el "hecho biológico", el "hecho social", el "hecho psicológico". Claro está que la suma de las partes no da por resultado un todo compartido. Porque el todo del cual cada disciplina podría hacerse cargo no es el mismo para todas.

Es por esta razón que si la interdisciplina ha pretendido plantarse frente a la obviedad de la interdependencia de los fenómenos, tampoco ha podido generar modelos metodológicos ni de síntesis que tenga esa cualidad. En tal sentido, a veces se han generado modelos de la realidad que han sido confundidos con la realidad del modelo (Bourdieu 1987), tal como ocurre en algunas versiones de la teoría de los sistemas (Jackson 1984) y sus antecesoras corrientes funcionalistas en sociologia y antropología. Los ejes estructurantes del modelo se han prolongado a la realidad, distorsionándola. Por otro lado, la teoría sobre la interdependencia de los fenómenos no ha dado cuenta de la diversidad de mundos desde los cuales ella es vista.

Por tanto, ha querido compatibilizar lo que no lo es? Ha asaltado diferencias ontológicas indelebles?

CONOCIMIENTOS, EXPERTOS Y UN LUGAR PARA LA INTERDISCIPLINA

El conocimiento no es homogéneo y está desigualmente repartido entre las tramas culturales (Berger y Luckmann 1979, Keesing 1987, Schutz 1974). Hay zonas de distinta concentración, a las que podemos llamar "conocimiento-experto" y otras de menor densidad, más al alcance de la mano de casi todos.

Sin embargo, si concedemos que toda persona es un sujeto cognoscente y que, además, los cuerpos de conocimiento son diversificados, tendremos que aceptar que todos, de alguna forma, tenemos competencia sobre algún conocimiento-experto; sobre algún núcleo de conocimiento que necesita de códigos especiales, formas específicas de descriframiento para abarcar complejidades que son innecesarias como tales en la vida cotidiana, aunque no así en los procesos y resultados que conllevan.

Parte de estos conocimientos-expertos en nuestra sociedad compleja, estratificada y burocratizada se engloban en el aparato científico-tecnológico en vigencia. El resto de los conocimientos-expertos no es reconocido en calidad de tal. Se ha establecido un régimen de verdad (Foucault 1986) por el cual algunos conocimientos son portadores de verdad, en tanto otros no. Es una lucha política en la que algunos gana y otros pierden.

La relación entre el hombre y la verdad tiene una mediación histórica y política. Importan los procesos socioculturales por los cuales ciertos enunciados serán considerados en un determinado momento, siendo secundaria su forma de adecuación a la realidad. Después de todo, convengamos que son sólo trámites de comodidad y conveniencia los que nos hacen aparecer conviniendo sobre esa realidad. Pero son simples apariencias? (Watzlawick 1990). Esto implica un invisible desacuerdo de fondo que va bastante más allá de aceptar que la realidad es histórica, ó caótica, ó de difícil aprehensión, cual son los latiguillos usados.

El desafío que ahora enfrenta la interdisciplina es distinto del que planteaba Bastide (1976) en la década del ´70. El se preguntaba sobre las pautas organizacionales y decisorias que implicaría una genuina práctica interdisciplinaria.

Nosotros, ahora, deberíamos preguntarnos sobre los vínculos epistemológicos que se entablan entre los diferentes conocimientos-expertos. La pregunta puede prolongarse a las articulaciones que se establecen con los conocimientos no-expertos. Cómo se da el acceso mutuo?

Tratemos de avanzar sólo un poco sobre estos interrogantes, poniendo como ejemplo el ámbito de la salud y los diferentes conocimientos que giran en su torno.

Puede diseñarse un modelo de los sistemas de conocimiento que contenga zonas de apertura como otras de clausura.
Las primeras están en condiciones de crear pautas de intercambio con otros conocimientos, tanto expertos como no-expertos. Las zonas de clausura, por el contrario, involucran mecanismos de segregación, no-comunicabilidad y heteronomía.

La interpenetración dada por las **zonas de apertura** ofrece patrones posibles de innovación de conocimientos -incorporaciones, transformaciones, creaciones, apropiaciones, desactualizaciones, desusos son todos procedimientos en danza.
Algunos de los problemas epistemológicos que, en este sentido, aparecen son:

* reconocimiento de las **líneas de continuidad**

entre conocimientos de distinta índole. En lo que atañe a este aspecto, la ciencia, en particular, ha hecho escaso examen de las raíces que la sustenta.
El conocimiento científico, como cualquier otro, no tiene una generación autónoma, de la nada. Todos forman parte de la misma red de representaciones que hacen inteligible al mundo, aunque claro está cada uno de ellos tiene un patrón peculiar de organización y tratamiento de la masa de conocimientos; ello juega un papel

definitorio en su parcialización. Ignorar los vínculos que se mantienen con otros tipos de conocimiento acarrea una disrupción que se traduce en la impenetrabilidad de esos conocimientos. Por ejemplo, algunas corrientes psicológicas han tomado como un hallazgo propio las cualidades terapéuticas de las redes sociales (Speck y Attneave 1973). La "medicina popular", así llamada desde la ciencia, ha hecho uso intensivo de ellas y siempre están a disposición de quienes la necesiten; si bien es del todo cierto que las formas de conceptualizar tal recurso terapéutico, así como de ubicarlo en el conjunto de las apreciaciones sobre la salud y enfermedad mental, son diferentes.

- reconocimiento de la **condición perspectiva del conocimiento**. Esto quiere decir que el conocimiento siempre es parcial, oblicuo (Foucault 1986, Vattimo 1992).

Aquello que conocemos depende de la posición en que estemos ubicados; que genera las condiciones y tipos de acceso que tenemos a disposición para conocer. Muchas veces, los esfuerzos están centrados en ampliar la mirada -clínica, psicológica o antropológica; ver al "hombre en situación" en vez de un "hombre-enfermo" o, peor, sólo "la enfermedad". Pero, está la posibilidad de mirar la globalidad desde una disciplina en particular? Los intentos se hacen desde dentro de un campo de profesionalización que es, en última instancia, de disciplinamiento. Quizá los recortes, siempre arbitrarios, puedan ampliarse o flexibilizarse pero es posible actuar fuera de los ordenamientos teóricos y disciplinarios, más aún en cursos terapéuticos? Es posible que la globalidad o el "hombre en situación"

se implanten en la relación entre uno (el experto) y otro ?

Cabe la pregunta sobre las compatibilidades entre los diferentes sistemas de conocimiento; y sobre los cambios institucionales que deben un reacomodamiento de los cuerpos de conocimiento y metodológicos, legalizando la capacidad de poner sobre el tapete varias perspectivas a la vez, incluyendo a los propios destinatarios de estos juegos interdisciplinarios.

En el caso de la salud, uno de los problema se plantea respecto de la medicina oficial y la popular[1].

Otros problemas se dan respecto de los diferentes conceptos de salud y enfermedad que sostienen una perspectiva biomédica y otra, psicosocial, por ejemplo.

Volvemos a nuestra pregunta sobre las condiciones de la interdisciplina. Es ella posible si aceptamos que cada disciplina científica sólo tiene competencia sobre una parcela de conocimiento, que no forman parte de un todo común sino más bien son exponentes de diferentes perspectivas de las cuales poco sabemos sobre su comparabilidad recíproca. Sin embargo, promover una discusión acerca de este tema no es una nimiedad.

En la salud, el problema de las etiologías así como de las series epidemiológicas puede ilustrar este punto.

---

[1]. Entenderemos por "medicina oficial" a aquella práctica que tiene un reconocimiento oficial extendido por instituciones profesionalizadoras, en especial la universitaria y la hospitalaria. Tiene, además, un ejercicio profesional reglamentado y su función se imbrica con otros ámbitos que poseen legalidad semejante (Arrúe y Kalinsky 1991)

Los universos semánticos de la medicina oficial y popular se enfrentan duramente en estos puntos: "mal de ojo vs. bacteria", "psicosis vs. susto". (Green 1989, Guarnaccia, Parra, Deschamps, Milsteins y Argiles 1992, Kalinsky, Carrasco, Arrúe y Witteman ms.,Sachs 1989). Quien viene a dar una solución de facto es el orden jurídico. Una de las series es legal, la otra es perseguida bajo la figura de "práctica ilegal de la medicina" de acuerdo con nuestro Código de Procedimiento Penal.

Sin embargo, el orden jurídico ha tenido poco peso en cuanto a la legitimidad social de las series populares; más allá de que los rótulos "oficial/popular" son relacionales y cambiantes, ya que no es una cualidad que los diferentes conocimientos portan sino que se deben a su posición relativa en la distribución social del poder.

Así hay prácticas oficiales que se han popularizado (vacunas) como otras populares que se hicieron oficiales (algunos diagnósticos, las llamadas medicinas "marginales" o "paralelas" como la herboristería, homeopatía, acupuntura) (Arrúe y Kalinsky 1991).

- los **cambios perceptuales**, obligados cuando se trata de zonas de apertura (Heggenhougen 1991).

No sólo en el caso, excepcional, de "conversión" de un conocimiento a otros, sino en aquellas circunstancias usuales de comprender qué opina el otro-paciente sobre su propio sufrimiento, ó cómo conceptualiza otra disciplina con la que pretendemos trabajar un aparente mismo conjunto de problemas.

El cambio perceptual no es creer en lo que el otro cree, ni compartir lo que el otro piensa sobre un determinado estado de cosas. Más simplemente, es generar líneas de flexibilización de los propios patrones perceptuales. Ellos están arraigados en modelos cognitivos de los que hacemos uso cotidiano, unidos a aquéllos obtenidos durante el tiempo de la profesionalización.

No sólo significa aceptar el discurso del paciente, como lego, sobre el "mal de ojo"; más bien consiste en obtener una figura condensada que permite conocer el lugar del "mal de ojo" en la constelación semántica y práctica que lo sostiene.

El "mal de ojo" no es el producto de la creencia o la superstición. Es parte de estilos socioculturales que han acuñado una experiencia y un conocimiento social compartido. Ello no es sinónimo de soluciones de corto plazo o meramente empíricas. Entraña procesos de conocimiento que no pueden ser bien identificados por una ciencia social que busca y no encuentra en ellos sus propios parámetros de validación (Kalinsky y Arrúe 1991b). Y su efectividad no se debe al conocido ´cliché´ muy usado por la medicina oficial y muy querido por la antropología, de la "eficacia simbólica", algo así como el efecto de placebo[2].

Todos las formas médicas curan y todas provocan efectos nocivos.

---

2. Atkinson (1992) sostiene que aún continúa el interés por los mecanismos de placebo y la cura simbólica en los estudios sobre shamanismo. No obstante, la cuestión sigue abierta.

Todos encierran núcleos cognoscitivos, aún aquéllos que aparentan tener una filiación eminentemente religiosa o trascendental[3], aunque como dijimos, todos sólo dominan sólo una parte de la verdad.

- las **soluciones de convivencia** que se han venido diseñando en la práctica de la salud, y que intentan lidiar con los rezagos epistemológicos generados por la discontinuidad de los diferentes cuerpos de conocimiento (Arrúe y Kalinsky 1991, Pedersen y Baruffati 1989). En este punto, la interdisciplina ha logrado poco en cuanto a la labor de conceptualización e impulso necesaria.

Veamos qué pueden aportar las ciencias sociales a una visión interdisciplinaria de la salud.

* Brindar elementos para afrontar reduccionismos. Ni biologismo ni culturalismo (Harwood 1991, Littlewood 1992, Kalinsky y Arrúe 1991a; Wiley 1992 [4]), mostrando la falsedad de tal dicotomía. Por ejemplo, en la psiquiatría transcultural hay un modelo tácito que exagera la

---

[3]. Los conocimientos médicos indígenas, por ejemplo, han desarrollado un vasto conjunto de herramientas técnicas, permitiéndoles contar con series diagnósticas completas, recursos terapéuticos específicos y pronósticos discriminados para cada caso. No todo es lo mismo; al revés, priman matices etiológicos de acuerdo a los cuales se implementan las terapias que les corresponden. No son conocimientos herméticos o fielmente doctrinarios.

[4]. Wiley (1992) dice que una separación rígida de lo social y el ambiente natural o del individuo de su entorno crea una falsa dicotomía, en parte porque los individuos y sus características (clase, ideología, conductas higiénicas, riqueza, enfermedad, pobreza) influyen en los ambientes de los otros. Los ambientes no son monolíticos o inertes respecto de una especie dada, comunidad o grupo social. Las interacciones de la gente con sus ambientes son dinámicas, en constante cambio como resultado de la historia de tales interacciones y de otra gente que comparte el ambiente.

dimensión biológica de la enfermedad (´disease´) y des-enfatiza los componentes culturales de la ´illness´. Parece mostrar que es la biología quien determina la causa y estructura de la enfermedad en tanto los factores culturales sólo modelarían. Se sostiene que, para el caso, el pensamiento alucinatorio es de base biológica y sólo los contenidos dependen de las "creencias culturales". Estos aspectos aparecen entonces como epifenómenos del "núcleo duro" -biológico- de la enfermedad (Kleinman 1987). La antropología médica interpretativa norteamericana (Good 1988, Good y Good 1985) sostiene una inversión del modelo. La depresión experimentada como dolor en la espalda ó como desesperación o culpa existencial son enfermedades distintas, con diferentes síntomas, terapias y pronósticos. El factor preponderante es la ´illness´ y la cuestión de si es o no la misma enfermedad se torna subsidiaria. La versión francesa (Faizang 1988) tiende también a dar "más" realidad empírica a las representaciones -discursos del paciente, experiencias subjetivas y antropológicas de la enfermedad- remitiendo, desde el punto de vista de lo que aquí nos interesa, al doble registro: orgánico y, por otro lado, psicosocial y sociocultural. Se pasa de un reduccionismo al otro sin recuperar la comunalidad de origen y destino de la biología y la cultura en la experiencia de la salud y enfermedad.

* Dar diferentes claves en que las necesidades de salud y las experiencias de sufrimiento son registradas y solucionadas: constitución e interpretación de síntomas, etiologías y modos curativos/preventivos. En un relevamiento que se hizo en la zona rural de Las Coloradas, Provincia del Neuquén (Antileo ms.) el

concepto de enfermedad convocó una etiología múltiple:

- biológica (dolores, fiebres, diarreas);
- individual ("cuando se pasa mucha rabia", alcoholismo);
- familiar (relaciones, calidad de los vínculos);
- económica (en forma general, el mantenimiento de la familia - leña, vivienda, calzado, alimentos, luz, dinero);
- laboral (con la ecuación "exceso de trabajo-cansancio-bajo rendimiento y, desde luego, falta de trabajo;
- geopolítica (impacto de las condiciones de aislamiento sobre la categoría "enfermedad");
- institucional (calidad de la atención oficial de salud).

Ahí podrían, al menos, hacerse dos comentarios.

El primero, que las formas de tener salud o enfermarse son más universales de lo que admitirían refugios culturalistas[5]. La búsqueda de satisfactores para las necesidades humanas es una empresa universal que, escapando a los patrones culturales, tiene profundas coincidencias en los diferentes grupos humanos y en las muy disímiles condiciones histórico-políticas, técnicas, geográficas, institucionales y económicas. Claro está que varía su logro diferencial y el modo de construir y experimentar el fenómeno de la "salud/enfermedad".

El segundo, es que se impone una indagación sobre los estatutos cognoscitivos y políticos de las series nosológicas en vigencia, en cuanto a etiologías, diagnósticos y tratamientos comparados. Y en cuanto a la índole, arraigo y justificación de las eventuales

---

5. Como algunas posiciones de la Organización Mundial de la Salud cuando acepta la función patoplástica de la cultura (1983) o alguna forma extrema de la etnopsiquiatría (Kamppinen 1989).

rivalidades explicativas.

* Mostrar la complejidad que encierra la relación médico-paciente, tanto en las consultas médicas como en las actividades de prevención y rehabilitación de la salud.

Quien consulta, en realidad, es un grupo-paciente: el enfermo, sus grupos familiares o núcleos de pertenencia vecinales, comunitarios, barriales.

Por su parte, la opción consultada no sólo se restringe al equipo de salud; involucra además la red institucional a la que pertenece. Ella es la que marca las tendencias socialmente dominantes. Esta red no sólo involucra a las instituciones de salud sino además educativas, administrativas, religiosas. Piénsese, por ejemplo, en el tema de la anticoncepción y la planificación familiar.

La dimensión institucional ejerce su impacto en los perfiles organizativos y tecnológicos que requiere el cuidado de la salud, en las peculiaridades del conocimiento destinado a tal fin y las formas más generales que dan contenido a la propia idea de salud y enfermedad. De ahí, algunos de los esfuerzos destinados a impulsar una definición participativa de las condiciones y requisitos de una salud comunitaria democratizada. La gente necesita que las diferentes instituciones se comprometan con su saber, su hacer y sus afectos. Ello no es igual a medicalizar o psiquiatrizar los ámbitos cotidianos. Más bien, parece que la conjugación de la población y las instituciones de la comunidad en el quehacer de salud en un proceso de democratización es un posible reaseguro.

El equipo de salud en su actuación cotidiana, y en un proceso más

general que va construyendo a partir de ella, crea espacios que se constituyen en zonas virtuales de negociación, en dos direcciones: respecto de lo que manda la institución y respecto de los consultantes.

En la primera dirección, los equipos de salud van adecuando las normas institucionales, que son las que dirimen lo correcto de lo que no lo es, a las necesidades y posibilidades que enfrentan, ya sea como simple vía de sobrevivencia o como una estrategia críticamente trazada.

En la segunda dirección, incorporan activamente contenidos y expectativas del grupo-paciente. Podría decirse que el equipo de salud, en una labor más o menos compartida con sus clientes, va elaborando prácticas específicas y definibles caso a caso, así como un conocimiento surgido de esta peculiar construcción social. Todo lo cual tiene, al menos, dos consecuencias dignas de ser señaladas:

1. Las prácticas de salud así constituídas trabajan sobre la base de pactos provisorios y parciales (**consenso restringido**). Aún cuando se les impongan rápidamente los límites dados por la lógica institucional dominante, permiten, por otro lado, una continua revisión y renovación de sus términos (**consenso reformulable**).

2. Las prácticas de salud que ponen en juego este tipo de construcciones generan, de la gama de acciones desplegadas, normatividades alternativas; ellas se van poniendo en vigencia con éxito dispar (**consensos performativos**). "Saber la norma" y "usar la norma" son dos cosas diferentes. Cuando se usa una norma, se la

cambia. Hay una distancia, resbaladiza pero insidiosa, entre los mandatos institucionales y las formas en que ellos se respetan o tuercen. Cuando la acción se concreta se agranda el riesgo de que varíe lo que está previamente mandado. Todo el tiempo se hacen negocios sobre las formas de interpretar los requisitos institucionales, a la par que "la institución" reclama para sí coherencia, y, ante todo, no confundir a "la gente" que va a buscar "exactamente" esa opción. A pesar de todo, y quizá a instancias de esa propia gente, se arman todo tipo de pactos no sólo con el grupo-paciente sino también con el resto de los sectores que son parte de la institución. Ellos son performativos ya que crean nuevos sentidos y prácticas, aunque sean circunstanciales pero que quedan en la memoria de la institución. Habrá que indagar sobre los aspectos acumulativos de esta memoria institucional así construida.

Algunos de los espacios de negociación ya pueden ser mencionados:

* definición participativa de los problemas y prioridades de salud;
* pactos sobre motivos de consulta y diagnósticos;
* pactos terapéuticos;
* cogestión, llevada adelante por operadores de distintos sistemas de salud (Arrúe y Kalinsky 1991);
* sistemas locales de conocimiento, productos de las intersecciones entre diferentes mundos médicos puestos en juego en cada situación terapéutica;
* itinerarios terapéuticos en el diseño de estrategias curativas o preventivas comandadas por el grupo-paciente (Brunel 1989).

El grupo-paciente se reserva un margen propio de decisión que permite elaborar juicios de pertinencia sobre cuándo recurrir a las distintas opciones médicas, cómo acceder a ellos y hasta dónde obedecer las prescripciones recibidas.

Además, permite realizar el mismo trabajo epistemológico frente a la ayuda compartimentalizada que suele recibir en los hospitales, reflejo institucional de la organización del cuerpo cognoscitivo oficial.

El paciente, como sujeto cognoscente, es en sí mismo interdisciplinario: acepta o rechaza, cumple o incumple y pacta diagnósticos, aunque estos procedimientos sean ignorados, a veces, por el equipo de salud. Indaga, formula hipótesis, las pone a prueba, coteja resultados y, entonces, decide. Deslinda lo que cree apropiado, seguro y benéfico de lo que pueden llegar a ser malentendidos, errores o exageraciones. Salva las discrepancias entre diferentes posibilidades médicas o entre los propios fragmentos del saber oficial ó las mantiene, comprendiendo supuestos que no han podido serlo desde el afán de establecer una interdisciplina de una curiosa ingenuidad epistemológica, ignorante de la índole de la fragmentación disciplinaria.

Así llegamos a las zonas de clausura de los sistemas de conocimiento. Son el reino de los expertos, de las jergas, de las porciones de conocimiento y de las disyunciones con no-colegas. Se necesita una dura preparación para acceder a ellas. Y ser aceptado significa apego a las normas y mandatos institucionales.

El papel del experto, y su relación con el no-colega y lego, funciona en nuestra sociedad como un componente estructural; son factores políticos e institucionales que colocan al experto en el lugar que ocupa.

Por otro lado, parece presentarse como una forma apta de generación de conocimiento preciso, puntual y de alta complejidad; cualidades pilares de nuestro conocimiento científico y tecnológico.

También está presente el experto-popular, que comparte casi todos los rasgos del experto-científico. Pero no todos.

Su saber experto no es reconocido en igualdad de estatuto cognoscitivo, siendo, antes que nada, una cuestión jurídico-política.

En el campo de la salud, esta desigualdad presenta obstáculos comparables a los promovidos por el carácter de ciencia "blanda" adjudicado a las disciplinas sociales.

Veamos un poco este tema.

Las zonas de clausura completan la lista de los "no".

No reconocimiento de las conexiones entre diferentes tipos de conocimiento, de su carácter perspectivo, de la convencionalidad de las diversas visiones del mundo, no a las soluciones de convivencia. No a las fallas técnicas, no a la ignorancia e incertidumbre.

En este último sentido, un patrón peculiar reiterado de la práctica interdisciplinaria en salud es el pase de problemas irresolubles en el área biomédica a las ciencias sociales, como si ellos fueran transferibles sin mucho trámite. Cuando el núcleo epistemológico del modelo teórico se agota, la apelación a las ciencias sociales se hace

en los propios términos biomédicos, sin ponerlos en entredicho. Permanece, así, la representación del juicio del experto como autoridad inapelable, teniendo la última palabra. Y el afán de objetividad con su contraparte referida a la idea de una "historia natural" de la enfermedad (Helman 1985,Hopper 1991 para versiones críticas).

Una indagación en la experiencia antropológica de la enfermedad (subjetiva, étnica, laboral, comunitaria) resultará en un panorama más complejo sobre la relevancia en la construcción diferencial del sufrimiento humano. Relativización de las categorías diagnósticas, complejización etiológica, diferentes cursos posibles de evaluación, puesta a punto de la situación institucional de los diferentes sistemas médicos vigentes (Arrúe y Kalinsky 1991, Corin 1989, Harrell 1991, Lafortune y Kiely 1989, Marx, Rieker y Ellison 1974).

El desafío a este núcleo epistemológico del modelo biomédico podrá iniciarse cuando, al mismo tiempo, se discutan los alcances y límites de la autonomía de la profesión médica que está en su mismo origen (Passos Nogueira 1990). Es decir, el derecho de sus miembros a evaluar y controlar, ellos mismos, y ellos solos, los contenidos técnicos y normativos de su propio trabajo (Herzlich 1985).

El cambio puede no ser tan sencillo. Vayan un par de ejemplos sobre las consecuencias que, en la práctica, acarrean las zonas de clausura.

Uno se refiere a las líneas de autorización del conocimiento de los profesionales respecto del de los no-profesionales en el equipo de salud.

El saber de las enfermeras o agentes sanitarios sólo queda sancionado (oficializado) como conocimiento auxiliar sobre aspectos marginales, y no sobre los que se consideran nucleares. Nadie confiaría en el juicio de una enfermera en campos como la cirugía o la clínica. Pero sí se confía cuando el conocimiento experto-profesional considera que no mella su posición epistemológica y política, ó en el caso en que se evalúa, desde la actividad cotidiana, que no cuenta con la variabilidad necesaria para enfrentar la gran diversidad sociocultural en que el modelo biomédico se pone en práctica.

Temas como el alcoholismo y, a veces, los partos son típicos en cuanto a valorar juicios de no-colegas o legos. Incluso su opinión puede valer para aspectos de más estricto control profesional, como en el caso de la internación hospitalaria aunque sólo sobre un recorte específico sobre estos temas. También, por supuesto, cuando se sale del perímetro del hospital, en donde ocurre, a veces, una interesante inversión de los criterios de autorización mutua entre los diferentes conocimientos (Arrúe y Kalinsky 1991).

Otro aspecto de lo mismo tiene que ver con el registro de las historias clínicas.

Si bien enfermeras, y llegado el caso, agentes sanitarios están autorizados a anotar "datos", no pueden dejar por escrito diagnósticos o terapias, aunque sean sugeridas.

Aunque sí lo hacen todo el tiempo en forma oral: diagnósticos y terapias informales. Esta situación es rutinaria en salas de guardia y áreas de internación. Es una incógnita si este estado de cosas refuerza o revierte el desplazamiento de los conocimientos no legales

hacia la periferia de lo que es reconocido como "médico".

Un ejemplo final tiene que ver con lo que llamo "apego cognoscitivo" a los propios patrones de conocimiento, tratando de indicar la dificultad para flexibilizarlos así como la tendencia a imponerlos. Esto da lugar, a veces, a la estrategia del simulacro como camino más corto, y más avieso, de persuasión.

Un mismo significado, como la etiología religiosa de ciertas patologías populares, puede considerarse, o no, mediante la simulación. No estoy refiriéndome a ser tomado en broma, situación que ya sería ajena a todo análisis; ni aún cuando se afilia a la esfera cultural de las personas o los grupos con los calificativos de "folklórico", "anecdótico" o "supersticioso".

Antes bien, quiero indicar juegos lingüísticos y estratégicos por los cuales el modelo medicalista, y aún quienes intentan movilizarlo, o reemplazarlo, simulan creer en el "daño" o "susto". Con auténtico convencimiento de que podrán, en último término, mostrar "la verdad" que encierra su propio modelo de conocimiento. Quien deja actuar primero a la curación popular, para después aplicar todo el rigor de la tecnología médica científica, calmando así la angustia del paciente y su grupo de cuidado, pero confiando en que los factores técnicamente curativos sólo se concentran del lado de la ciencia es un ejemplo de lo que quiero señalar.

Aquel que se interesa por los componentes socioculturales de la enfermedad, con el objeto de controlar las diferentes terapias en juego, es otro ejemplo. Estos factores no se toman en cuenta en ur

sentido constitutivo de la enfermedad y la curación, sino más bien en tanto pueden ser un camino para convencer, y probar, la ventaja comparativa que presenta su propio saber.

La interdisciplina es algo así como un "conocimiento sitiado" (Arrúe, Kalinsky y Ranguileo ep.), concepto que resume la constricción de intereses determinantes que la limitan: políticos, culturales, institucionales, e históricos. Los cuerpos técnicos del conocimiento están en permanente cambio y a medida que los códigos se hacen más densos, cada vez con una mayor especialización, hay una dinámica profunda entre el afuera y el adentro. Los límites del conocimiento varian ; pero también lo hace aquéllo que va a ser considerado parte y aquéllo que se expulsa de la disciplina. Cambian los límites y los contenidos; nada está prefijado, pero permanece férreamente la decisión de lo propio y lo ajeno. De ahí las disputas que se arman en torno a la mejor explicación posible sobre un problema cualquiera. Cada una expulsa de sí misma todos los factores que no puedan ponerse en los propios términos. Casos como el alcoholismo y, últimamente, la homosexualidad son conmovedores en la búsqueda de causas últimas que puedan ser planteadas por la ingeniería genética o las teorías psicodinámicas. Uno de los obstáculos visibles de la interdisciplina es que así como cada disciplina define su propio objeto de conocimiento y los términos de sus problemas, a partir de allí van a relevar un conjunto de "datos" que pueden ser incompatibles con otro conjunto pertinente a otra disciplina.

Dar luz sobre ellos puede ser una de las primeras tareas de la interdisciplina. El punto no es dar la última palabra sobre si son o

no compatibles; más bien es ponerlos todos en el mismo movimiento.

Así, me atreveré a definir la interdisciplina como la **circulación e interferencia de conocimientos.**

Las condiciones de posibilidad se fijan a partir de la creación cotidiana de un espacio virtual de intercambio, dinámico, inexistente 'a priori' del trabajo concreto de los equipos.

También involucra un proceso de discusión de fundamentos ideológicos y actitudes y un **permiso** para formular accesos y lecturas diferentes, compartidas o no, de la realidad; y para desplegar flexibilidad gnoseológica y tolerancia a la diferencia.

Veamos dos ejemplos.

Cómo se define un problema que intenta convocar un equipo interdisciplinario en salud? Sin duda, habrá diferentes propuestas según el 'backround' disciplinario. Si usamos el concepto de "situación" (médica, obstétrica, psicológica) algunos pensaremos que estamos en la pista de alguna posible solución. Ya que en él se pone al enfermo, su historia vital, su perfil antes de la enfermedad, su idea de curación, y también al médico, su vocación, sus pertenencias institucionales, su familia, y así. Todo ello se despliega en un diagrama amplio y densamente interconectado. La pregunta es si los otros actores consideran el mismo u otro conjunto de elementos que arman tal "situación". Nadie es el constructor unilateral de la acción desplegada en los cursos terapéuticos, ni en ninguna otra instancia de la vida. Y es, precisamente este punto que no está contemplado por los conceptos de ninguna disciplina. Cada una se considera armadora por si misma de las actuaciones. Sin embargo, los conceptos puestos en acción tienen efectos, más aún si p

voces socialmente autorizadas como lo es la de la ciencia. Regulan de determinada manera las interrelaciones que se despliegan y los resultados que se obtengan. Quizá a los otros les importe poco el nombre que se use o no se use, o peor, que la legalidad de ciertas voces sea capaz de someterlos para nombrar de determinada forma; ignorando con soberbia las distintas denominaciones que los otros ya habían usado. Pero así las cosas, sólo se puede contemplar las otras maneras de definición y nada más, pues el experto ya tiene la propia predeterminada. Al definir una situación como lo que sea "pedagógica", "médica", "psicológica" queda legitimado el lugar de la disciplina, en circunstancias en que no está del todo claro si admiten un experto, o alguno más de los que ya están presentes. Es en este momento en que una definición puede autorizar ese lugar. Si se quiere que la interdisciplina sea un intento por contrarrestar los peligros de la medicalización de situaciones cotidianas puede tornarse en el revés.

Las transferencias conceptuales es otro de los ejemplos que podrían mencionarse. Muchas veces, las ciencias sociales se han prestado conceptos que originarias de unas, se han ido usando en otras. Más aún, han sido tomados por otros campos de actuación ya en el dominio de las propias ciencias biomédicas o paramédicas. Y finalmente, han llegado a formar parte del vocabulario cotidiano de la gente. En estos casos, la ciencia"madre" generalmente se ha mostrado preocupada por usos devaluados, sin propiedad técnica que se le ha dado a estos conceptos (como los de "observación participante" por parte de los educadores, "transferencia o contratransferencia" por parte de

fonoaudiólogos, kinesiólogos u obstétricas y muchos otros que se podrán aportar). Se intenta una especie de monitoreo sobre la pureza de sus usos y los itinerarios de su circulación. No obstante, se piensa poco sobre la capacidad de ayuda que tienen estos préstamos en otras ámbitos disciplinares para ampliar recortes y flexibilizar fronteras, sin necesidad de rigidizar otra vez todo este proceso si fuera necesario todas las veces acudir al experto que lo usa con sus connotaciones procedentes. Se valora poco que otros puedan simplemente tener en cuenta la pertinencia de otros factores propuestos por el tan mentado concepto "prestado" en el planteo de su propio problema. La desapropiación de los usos "correctos" puede conducir a una bienvenida destecnificación conceptual.

Es en este punto en que aparece la pertinencia de una visión antropológica de la interdisciplina que permita, y reconozca, la presencia del "otro", aunque sea en este caso una disciplina.
Pero también están en juego campos de actuaciones en los que se <u>toman decisiones</u> sobre la vida y la muerte de las personas.
A partir de allí, cambian las formas de problematización, las incumbencias de conocimientos técnicos -en el caso que las variables culturales se conviertan, por ejemplo, en hipótesis técnicas. También varía el uso de los lenguajes, las experiencias, la constitución de la autopercepción y la percepción del otro entre las diferentes disciplinas y conocimientos.

La interdisciplina no lleva, bajo estas condiciones, ni a la homogeneización de roles y actividades ni a la pérdida de las identidades y "ojos" profesionales y no-profesionales.

Tiene que ver con la habilidad para comunicar y negociar; con el funcionamiento efectivo dentro de equipos. Las disciplinas son centradas por definición; estamos en lugares que dan una cabida subsidiaria a otras disciplinas. La profesionalización nos inculca que el resto de los conocimientos vale menos que el nuestro. La interdisciplina, en este caso, tiene que ver con aperturas conceptuales y perceptuales relacionadas con vínculos y emociones más que con voluntades.

La danza de las validaciones es parte de la historia de las miradas disciplinarias. Cada una, así como cada relación humana tiene sus propias formas y reglas. Y todas son performativas -actuaciones y logros. Tanto unas como las otras -conocimiento y relaciones son circunstanciales, aunque no de menor cuantía. Nada es fijo. Lo provisorio es parte, entonces, de la interdisciplina. No se buscan grandes modelos ni creaciones. Más bien se aferra a las contingencias y expectativas que varían según las circunstancias.

Se crean significados nuevos y formas 'ad-hoc' (aunque no caprichosas) de validación, sin reglas permanentes. El afán totalizador es, de alguna forma, el enemigo epistemológico de la interdisciplina. Así, el lugar del jugador interdisciplinario es, ante todo, un "anti-lugar" -móvil, fluctuante, creado según las contingencia, un ir y venir por diferentes perspectivas tratando de no imponer la propia. La tolerancia por la indefinición, la actitud descentrada sobre el problema a tratar y respecto de los propios

conceptos y marcos teóricos lo hace un lugar subvertido, difícil de captar por la institución; por ende, hasta puede llegar a considerarse desleal o peligroso.

Se trata de acomodar tiempos en que se puede decidir y a otros en que se recibe dirección, y con el ajuste de las acciones diarias a los problemas compartidos por los otros "jugadores" interdisciplinarios. Tiene que ver con la exposición de las zonas de apertura y clausura que vimos someramente recién.

Las consecuencias de este desocultamiento son visibles sólo caso a caso: puede llevar a la flexibilización pero también a una fragmentación aún mayor, o a un reforzamiento de las condiciones que definen el conocimiento sitiado.

No hay resultado garantizado (Kalinsky, Arrúe y Rossi 1993).

Aquí es donde más clara está la interdependencia de la epistemología y la política.

Desde la epistemología, parece cierto que la interdisciplina no se encarna desde metas generales como podría serlo el establecimiento de una meta-disciplina que englobe a las disciplinas; ó desde la creación de un objeto de conocimiento compartido por todas ellas, como pretendía Barthes.

Por su lado, la política nos muestra los antagonismos y la disarmonía, las parcelas desentendimiento y las perspectivas diferentes, y hasta contrapuestas, de la realidad.

Es posible reunirnos todos alrededor de un mismo problema? Ello tiene que ver, según parece, con la historia de los anhelos. Cómo asegurarnos que compartimos igual problema? Y si pudiéramos, sería deseable que fuera así? Por qué no dejar que la diversidad de problemas trace su propio rastro?

No nos embarquemos en un visiones idealizadas, emperradamente sintéticas.

Veamos, más simplemente, las posibilidades de acción dentro de las condiciones actuales de los cuerpos de conocimientos y los límites institucionales con los que tenemos que lidiar. Y, hagámoslo. Intentemos miradas ambiguas, parciales, provisorias, diversas y descentradas. Y, en lo posible, pongamos en duda la coherencia, la completitud, la totalización, la contundencias y el afianzamiento en los centros -técnicos y disciplinarios. Pero no olvidemos que ellas, las disciplinas, están ahí.

En fin, la práctica de la inter-gestión disciplinaria de la salud puede ser el camino que la interdisciplina tome en los años '90.

CRIMEN Y CASTIGO"[1]
LOS DOS CENTINELAS DEL SUFRIMIENTO DEL PACIENTE

I.

" HOMICIDIO CULPOSO"
"El juez correccional Omar Facciuto condenó a un año de prisión en suspenso e inhabilitación absoluta y perpetua a un médico y a un ingeniero del Policlínico Bancario a los que responsabilizó de la muerte de un paciente por negligencia en la aplicación de la anestesia./.../ Se les imputó el delito de homicidio culposo o grave negligencia, pero restan fijar los montos indemnizatorios en el juicio civil. Según los antecedentes, la paciente de 42 años tuvo que ser operada al detectársele un embarazo ectópico, o sea fuera del útero. Ingresó al quirófano y a poco de recibir anestesia comenzó a tener problemas cardiorespiratorios y sufrió un paro del que no pudo salir, pese a la utilización del desfibrilador y otros equipos médicos. Posteriormente se supo que la paciente murió porque, en lugar de recibir oxígeno en la cantidad requerida, se le habría proporcionado anestesia -es decir, protóxido puro- a raíz de que las mangueras de los tubos de gases estaban cambiadas". LA NACION, junio de 1993

"MI VIDA ESTA EN SUS MANOS"
"/.../ En toda causa judicial donde se ventile una mala praxis médica estamos frente a una lucha desigual en la cual el paciente/demandante lleva todas las de perder, explica el abogado Héctor Luis Musi, experto en el tema. Motivos 1) existe entre los médicos un espíritu de cuerpo que hace prácticamente imposible encontrar peritos médicos que se manifiesten con veracidad; 2) los jueces, que son por lo general legos en cuestiones médicas, deben apoyarse en estos dictámenes engañosos. La angustia que producen estos casos de mala praxis pueden convertirse fácilmente en duda, y como la ley exige ante la duda estar en favor del acusado, optan por la absolución. 3) en general el juez, que está acostumbrado a juzgar 'delincuentes' tiende a identificarse con el médico, que es un profesional como él y que, paradójicamente, trataba de salvar la vida/.../" Claudia Selser. PAGINA DOCE, 11 de julio de 11 de julio de 1993.

---

[1]. La expresión pertenece al Dr. Carlos Gurrucharri. Le agradezco habérmela prestado para la primera parte del titulo del trabajo.

"MALA PRAXIS"
"/.../ Los juicios por mala praxis se han convertido en un provechoso recurso para la subsistencia de muchos abogados ávidos de litigio, conocedores de las falencias del sistema.
Los títeres del arte de curar, marionetas de obras sociales, hospitales y sistemas prepagos de atención médica trabajan donde y como pueden. Su responsabilidad social hace funcionar a las instituciones y su irresponsabilidad personal los lleva a exponerse inútilmente. El día en que ellos, verdaderos médicos por vocación, dejen de pensar tanto en el paciente, en su capacitación profesional a cualquier costo, en las instituciones para las que trabajan, y tomen conciencia de lo mucho que arriesgan en cada acto médico, ese día la atención del país se paralizará./.../ Este suicida altruista figura en todas las cartillas de los sistemas prepagos de atención médica. Trabaja en los hospitales nacionales o municipales, superado por un aluvión de pacientes que envejece haciendo colas y recibe atención francamente deficitaria. Deambula por clínicas y sanatorios juntando monedas para poder subsistir../.../ Todo abogado sabe que en este sistema perverso, tan carente de recursos, tan manoseado por inescrupulosos enriquecidos a costa de la salud, el médico es el 'hilo fino' más fácil de cortar, el candidato ideal para exprimir, el ingenuo más liviano de sacudir para rescatar las monedas que lleva en los bolsillos. Lo que pocos se han puesto a pensar es que, en definitiva, este ensañamiento hacia el médico, que no discrimina entre idóneos e incapaces, entre buenos y malos, entre decentes y envilecidos comerciantes, es fundamentalmente perjudicial para el paciente. /.../ Arriesgan mucho sin ganar nada./.../" Marcos Llambías (h), El CRONISTA, 10 de junio de 1993

"VAMOS A TENER MEDICOS CON MIEDO"
"/.../ La voracidad de las compañías de seguro en el tema de mala praxis tiene hoy como víctimas, además de los pacientes, las obras sociales y el hospital público. Y cuando digo voracidad me refiero a los estudios jurídicos que pululan hoy buscando familiares de pacientes con secuelas o fallecidos, para estimularlos a iniciar demandas, o buscando médicos, para realizar contrajuicios que, si bien pueden paliar la pérdida del prestigio profesional, muchas veces no solucionan lo gravoso que le ha resultado el juicio/.../". Jorge Romero, Secretario gremial de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA). PAGINA DOCE, 11 de julio de 1993

Puede haber un diálogo en esta congestión de voces (profesionales) que, en la convicción de que cada una actúa en favor del cuidado de la salud, y de los pacientes, ponen "la realidad" en términos tan apartados? Cada cual tiene a su disposición un **marco de referencia** que tipifica "los hechos" de tal forma que los que corresponden a uno parecen no ser pertinentes para el otro. Las matrices conceptuales de donde surgen los discursos médico y jurídico son disyuntivas, de tal forma que su existencia mutua está signada por la disputa.

Ambos discursos alegan ser vigías de los acontecimientos que se desenvuelven en el curso de la relación médico-paciente-instituciones (sanitarias). Ambos "ven", aunque cada uno en su propio lenguaje, a su manera, la forma que adopta la gestión de la enfermedad. Los médicos como expertos en el uso de amplios cuerpos de conocimiento y de los criterios que justifican, o no, su aplicación en cada caso particular. Etiologías, diagnósticos, terapias y pronósticos son el armazón que posiblita la práctica médica, más allá de las discusiones y continuos movimientos que se suscitan al interior de la actividad científica que dirime en cada época qué es lo vigente y qué lo caduco (Johansson 1991).

Por su parte, los abogados trabajan desde el dominio de las leyes, de la juridicidad de que depende un funcionamiento justo, o lo más justo posible, de cualquier organización social. Es cierto que el propio concepto de "justicia" varía con tiempos, lugares y concepciones políticas, al igual que las ideas de "culpa", "pena" y "resarcimiento". También cambian las

representaciones sociales alrededor de la construcción de la "víctima", la "ofensa" o el "castigo".

Ambas profesiones tienen su propia cuota de legitimidad, otorgada por sociedades en donde la esfera pública hace toda la diferencia entre las "comunidades primitivas" y las organizaciones altamente sofisticadas. En estas últimas, la ley tiene el papel de vigilar y reforzar el orden social, como fuera que sea entendido, además de crear imágenes de las relaciones sociales que hace que ellas se naturalicen como justas. El sistema jurídico es parte del organigrama del Estado y es él quien está en posición de crear cuerpos de significado que ocultan contradicciones, disensos y quiebres (García 1991).

Médicos y abogados usan lenguajes altamente codificados, conocimientos expertos que, si bien en alguna medida vulgarizados, siguen siendo zonas inaccesibles a la gente común. Ambos suelen dirigirse al lego en estilos simplificadores que, por lo común, quitan deliberadamente lo que constituye el meollo de su pericia.

Por eso mismo, son sensibles a las desviaciones y a la dificultad para identificarlos fuera de cada campo específico.

Se sabe que el orden jurídico-penal es selectivo respecto a las vías de captación de su clientela (Irurzún, Navarro, David y otros 1987, Neuman 1990, Zaffaroni 1989), habiendo formas diferenciales de definición del delito y el delincuente. No obstante, la interpretación de un comportamiento como criminal y el tipo de reacción ante lo así estipulado genera un cierto orden de cosas que se da por sentado.

Se sabe que la profesión médica, que como cualquier otro sector de la sociedad está obligada a mantenerse dentro del orden que fija la ley, no ha estado exenta de exageraciones en sus atribuciones. La discusión sobre el "modelo médico" (Menéndez 1985, Marx, Rieker y Ellison 1974, Wainberger 1980 entre otros) quiere subrayar ciertos modos de constitución de la atención médica que bordea las intenciones de un orden jurídico-institucional propio que lo ha convertido, según se vea, en una suerte de 'establishment'. Sobre todo en lo que respecta a su autonomía que define lo más preciado de la clínica: su capacidad de reclamar para sí el diseño y control de la práctica con fuerza jurídica de impugnación. Ya sea a colegas que no cumplen con los procedimientos establecidos -en este sentido, los juicios son sólo entre pares sin que haya una instancia social independiente- o a otras prácticas (para-médicas, no-médicas) (Belmartino, Bloch, Persello y Carnino 1988, Herzlich 1985) para lo cual dispone y recurre al Código de Procedimiento Penal en la figura de "práctica ilegal".

Dada esta presentación, quisiera detenerme en dos cuestiones que merecen atención y que pueden ser expuestas desde una perspectiva antropológica.

Una, la dificultad para establecer líneas de continuidad en esta pugna jurídico-médica por el paciente en organizaciones sociales distintas a la nuestra; en esta última son ante todo factores políticos e institucionales quienes ubican al "experto" en esa posición.

La otra cuestión es indagar sobre la índole de esta competencia entre lo médico y lo jurídico por resguardar, y vigilar, la voz sufriente del enfermo.

II.

Digo que las situaciones de curación no-médicas (populares, religiosas, tradicionales) y médicas no están ubicadas en líneas evolutivas que puedan reconstruirse. En general, ha ocurrido que quienes así lo han querido ver tuvieron, primero, que predeterminar las etapas de esa supuesta evolución para luego hacer encajar a cada uno en un lugar fijo y, de últimas, arbitrario.

Desde otro punto de vista, puede plantearse entonces la no-comparabilidad de las figuras que por excelencia representan la forma que toma la curación en unos y otros: el shamán y el médico respectivamente.

Por ende, las conclusiones sobre uno no pueden extenderse al otro aunque, desde ya, intentar un contrapunto entre ellos puede arrojar comprensión sobre la índole de la controversia que estamos planteando.

La idea de "shamán" se refiere, en estos tiempos, a una figura epitomizadora, que resume en ella una gran diversidad de encargados de curar en sociedades que, antes distantes y exóticas, forman ahora parte del mismo orden mundial globalizado. La era postcolonial no permite ya dar por descontado el carácter prístino y fundacional del shamán como

representante de un orden de curación cosmovisional y antitético respecto de otros sistemas de conocimiento.

Aquí parece que incurro en una contradicción. Por un lado, apuesto a la no comparabilidad de médicos y shamanes y, por el otro, acepto que los sistemas de conocimientos y prácticas no se despliegan aislados unos de los otros. Los dos términos, sin embargo, encierran verdades parciales.

Si bien los shamanes hacen uso de elementos de la medicina alopática (diagnósticos o medicamentosos, y sobre todo, formas de derivación a la medicina oficial cuando se enfrentan con padecimientos que no son de su competencia), también lo es que retienen algunos rasgos específicos, más o menos dibujados, que dependen de quién se trata (Arrúe y Kalinsky 1991).

En sentido estricto, un curandero indígena no es exactamente igual a un shamán. No son figuras intercambiables, no es lo mismo uno que otro pero tampoco el curandero es una forma devaluada del shamán.

Pero, lo que nos interesa aquí es que la "cura shamánica" tiene ciertas características que están ausentes del "acto médico". Veamos.

En primer lugar, el shamán se mueve en el dominio de "lo sagrado". Es un intermediario entre los hombres y el mundo trascendental o el de los antepasados. El uso del trance extático es, sin más, el medio que admite esta comunicación con dioses y antiguos que le permite obtener, para cada caso, el medio curativo apropiado. No hay un cuerpo estandarizado de conocimiento que use según criterios acordados. El sueño -o más

propiamente ensueño- es el estado en que también pueden obtener la intermediación con quienes son los originales depositarios de la sabiduría de la cura. Por supuesto, hay una memoria semántica que se va acumulando, experimentando, evaluando a la luz de actuaciones, logros y fracasos y también transmitiendo. Pero, es casi la regla que la iniciación shamánica sea un acto originario que no puede desdeñarse así nomás porque acarrea peligro, y a veces, la muerte.

Por otra parte, no habiendo un 'corpus' codificado de conocimiento que guíe la práctica, se da pie a que el conocimiento médico tenga ante todo una función legitimatoria antes que prescriptiva. Dicho de otra forma, no tiene la fuerza de normatizar las acciones médicas (prescripción); más bien no hay adscripción obligatoria, aún cuando se sea parte de un estilo cultural peculiar.

Es tanto el shamán como el grupo social son quienes interpretan lo que es típico y atípico (conductas, estados, disposiciones, acciones). La legitimación divina que presenta tan sólo un sentido posible entre muchos otros, puede evitar cuestionamientos más profanos, como el representando por una mala práctica. Porque la palabra del shamán no es inapelable; es interpretable. De esta forma se da un lugar social a la improvisación e innovación de creencias sobre las enfermedades y los procesos curativos.

"En todas partes he trabajado ya; tú me has asistido padre dios; no lo hice por mi propia cuenta. Si hubiera ido a hacerlo con mis propios esfuerzos, no habría podido aliviar a los enfermos; con ayuda de mi padre dios los he aliviado" (Coña 1973:365).

*"Las machis /curadora mapuche/ no son iguales en su proceder profesional; varían respecto de sus oraciones, sus cantos, sus bailes y sus arrebatamientos. Tampoco es el mismo dios el que las ha instituido; cada machi tiene su dios especial y por eso está distinto el modo en que machitucan /*ritual curativo/" (Coña 1973:368).

Aunque se sienten en condiciones de alterar eventos, con la ayuda de los espíritus, admiten que las ceremonias pueden o no funcionar. Cuando algún ritual de curación falla, vuelven a empezar considerando que alguno de los procedimientos no se hizo correctamente. No obstante, el poder pertenece al espíritu y no al shamán.

Pero, aún así, el poder tiene límites. En cada caso, primero hay una consulta con el espíritu sobre si tiene que actuar o no. El poder sólo es aplicable en eventos localizados en el tiempo y espacio; está ligado a la índole y profundidad del cambio que se desea y espera (Bartolomé 1971, Lyon 1991).

En síntesis, la cura shamánica es un proceso compartido, aunque las posiciones de todos los participantes -shamán, paciente, familia, amigos, vecinos, ayudantes- sea diferente.

La falla en el restablecimiento es, en cierta forma, también compartida porque cada uno debe componer un papel (en los bailes, cantos, búsqueda de elementos terapéuticos, oraciones). Si algo se hace mal, todos quedan involucrados. Pero, ante todo, la palabra del shamán no es una única verdad. Y, recalco, el proceso curativo no se compone tan sólo de un acto -en general, una ceremonia ritual que puede durar varios días; sino el

conjunto de procedimientos que antes y después del ritual están a cargo de quienes comparten la responsabilidad por los resultados. Cuando ellos no son los esperados, o el restablecimiento no ha sido llevado con éxito, el curandero no suele cobrar por sus servicios. Para otros, que actúan en la convicción que están cumpliendo con un llamado divino, el pago de servicios no es ni siquiera un ítem que pueda ser considerado.

Finalmente, entre ellos no hay una idea de colegiatura o de colegas. Su trabajo, mucho menos tipificado de lo que la Antropología y un sentido común impregnado de ella han creído reconocer, es solitario y limítrofe. No olvidemos que el poder de aquietar o quitar el "mal" conlleva que ese monto se dirija a ellos mismos. Casi todos padecen de fuertes malestares una vez finalizada la curación. Además, ser shamán o curandero está en el linde con la brujería, la forma política en que se encarnan el prestigio y la potencia. Eso todo lo dice.

El sufrimiento es, en cierta forma, compartido y hay una co-responsabilidad en el hacerse cargo de él. Todavía se nombra la figura del "dueño del enfermo", alguien que va a acompañarlo durante todo el proceso curativo y que, dando su apoyo económico, busca las opciones terapéuticas y evalúa los resultados parciales que se vayan obteniendo.

Tampoco la enfermedad tiene una topografía precisa, localizable en un único ´self´ en tanto su origen es, ante todo, vincular, con otras personas o entidades trascendentes o los antepasados.

La cura shamánica es una red de comunicación interpersonal en un juego cambiante de posiciones. En ella, la idea de salud no está desligada del resto de las instancias sociales y trascendentales, ya sea como equilibrio o balance del cuerpo o como estado de las relaciones sociales y con los dioses.

La salud no está segregada en su propio campo semántico, de tal forma que sin límites precisos no puede adjudicársele procedimientos específicos, exclusivos y normatizados.

Es común que la cura sea de palabra o rezos, y que se complemente con hierbas, emplastos, series de rituales que el paciente y su grupo de pertenencia cumplen, antes y después, en la casa, talismanes, y así. Del tal forma que los mecanismos de resolución de disputas no están habilitados para actuar no sólo en una dimensión sagrada sino tampoco en lo que parece ser el "reino" de la polisemia, ambigüedad e interrogación de las teorías etiológicas no-médicas (Nathan 1991).

"Reino" que ha sido bruscamente proyectado a la oscuridad de la ilegalidad una vez impuesta la juridicidad de los sistemas legales coloniales y la creación de los estados nacionales, heredados y mantenidos en el orden postcolonial. Muchos son los códigos penales, incluyendo el argentino, que sumergen a la medicina popular, religiosa, tradicional o tribal en la ilegalidad, considerando que todo lo que no es medicina oficial, alopática, es lo mismo. Es en este exacto sentido en que la medicina oficial ha aportado argumentos científicos, que ostentan de por sí una juridicidad específica, a la justicia penal para configurar una ya vieja alianza. Ella dice que en la

medida en que la realidad se vaya nombrando, y al nombrarla constituyéndose, en términos que se apartan de los aceptados por el sistema jurídico-médico dominante, ellos tendrán que deslegitimarse. Términos propios y ajenos no son compatibles y no pueden caber en un espacio público definido por su efecto de homogeneización e integración. Lo que no pueda ser categorizado sin ambigüedad queda afuera.

III.

Estas formas de ordenar la realidad, de otorgarle una única dirección y limpiarla de las posibles perturbaciones en el tráfico institucional provocadas por la diversidad -técnica, cultural, perceptual, conceptual, práctica- no se han limitado a expulsar lo que no puede "oficializarse".

En el caso de la "mala praxis" se hace otra vez patente. Esta vuelta es inusitada, ya que lo que está en cuestión es, precisamente, el pacto jurídico-médico, aunque sólo en la medida en que se vulnere la autonomía médica.

El factor que desde el punto de vista antropológico parece jugar con fuerza es que lo jurídico y lo médico, convertidos aquí en antagonistas, reconstruyen cada uno en sus propios términos la realidad que se juzga. El juego de la des-legitimación de los términos del otro recobra una dimensión ya presente en otras instancias en que se puso en cuestión la correspondencia de sus verdades.

Veamos entonces un posible origen de la controversia.

Ni la ciencia ni la biomedicina, en especial, tienen ámbitos de la realidad "naturalmente" adjudicados como objetos de conocimiento (Foucault 1990). No hay áreas de análisis ni discursos científicos que sean auto-evidentes y aproblemáticos (Scott 1992). Las ciencias crean sus propios ámbitos de competencia; mecanismos complejos de apropiación que tienen una raíz sociocultural -histórica, técnica, ideológica.

Así se construye el ámbito de los sufrimientos y se decide socialmente quién tiene competencia y quién no la tiene para intervenir en él.

Procesos de conocimiento y actitudes cognoscitivas específicas y discriminadas se han aglutinado y tomado cuerpo en sistemas diferentes -jurídico y médico en este caso- que pueden hacer y deshacer alianzas entre ellos, bajo determinadas situaciones, condiciones e intereses.

La reconstrucción de la verdad según criterios se caracteriza por conducirla desde un plano epistemológico, donde sin embargo se pretende que permanezca alojada, a otro político. Es en este sentido en que se convierte en un campo de antagonismos. No siempre es el mismo ya que los "oponentes" tienen una capacidad de imposición que cambia según sean las circunstancias, pero por eso mismo ninguno tiene una positividad plena. Es una danza arrítmica de fuerzas y consustancial con la forma que tiene para manifestarse el resto de los sectores sociales.

Por ejemplo, jueces y médicos han peleado al menos desde el siglo XVII el ámbito de la locura (Foucault 1990), en cuanto a la autoridad para determinarla y controlarla, encerrando, castigando o liberando. Locura y delincuencia han tenido continuos deslizamientos semánticos que todavía no se han zanjado; y, quizá no se podrá hacerlo dada la índole de la pugna. La internación compulsiva en asilos o manicomios siempre ha estado reglamentada, ya sea por juicios de insania o por el diagnóstico médico[2]. No obstante, pese a estar con "seguridad" legal o científica que la avale o la desestime, evitando la tan temida arbitrariedad, el componente de coerción ha sido constante.

El antagonismo en torno al cual gira la rueda de la autoridad sobre el paciente, su saber y su sufrimiento, no sólo consiste en pericias y estilos cognoscitivos diferentes o accesos disímiles a una realidad que se supone común. Las incompatibilidades residen en las formas ejercidas por unos y otros para conservar lugares y pertinencias.

---

2. En el Hospital "J.T. Borda" de la ciudad de Buenos Aires el 61% de los ingresos se produce por disposición judicial. Es una causa no rechazable y la internación no depende exclusivamente del cuadro clínico psiquiátrico. Muchas veces el lapso de internación depende de la tramitación de la causa judicial. Gaudio, Penido, Gutiérrez y Curcio (1992/1993) concluyen con la necesidad de establecer un cuerpo normativo para el ingreso de los pacientes que debe contemplar dos instancias. Una, que se refiera a los ingresos no judiciales, que permita sentar criterios exclusivamente desde y para la institución y, la otra, que comprenda los ingresos por disposición judicial, requiriéndose el estudio conjunto con la autoridad judicial para adecuar la derivación que se realiza al hospital (subrayado mío).

Hay dos elementos que merecen comentarse para ir armando el cuadro de las formas de disuasión con que cuenta la profesión médica.

La enfermedad ha sido siempre una entidad profunda, invisible y de perfil inquietante.

El médico antiguo, el anterior al siglo XVIII diagnosticaba aplicando el oído a pechos y estómagos, olfateando heces y probando el sabor de la orina (Ginzburg 1989). Se manejaba con intuiciones y experiencias. Los datos brindados por los sentidos son preciosos en tanto le dan las pistas, los indicios para reconstruir la enfermedad y, hasta cierto punto bastante literal, absorberla. La adivinación está ahí nomás.

Sin embargo, ese mismo médico ya actuaba desde la Edad Media dentro de una **tradición corporativa** que ha permanecido hasta ahora.

En Montpellier, en los siglos XIII y XIV, los estudiantes graduados en medicina juraban mantener obediencia a los estatutos de la universidad, no pasar a ninguno los secretos de esa institución y que no tratarían a un enfermo agudo sin la presencia de un padre (Bullough 1956).

En París, en 1271, los estatutos de la Facultad de Medicina establecían que si algún médico, boticario o cirujano cometiese perjurio estaría expuesto a la excomunión (Fabre y Dilleman 1971).

Pero, ahora, esa libertad es condicionada porque debe negociarse con el Estado, quien dicta las reglas y no abdica de la prerrogativa de castigar a los "falsos médicos" o la "mala

práctica".

El punto es entenderse sobre lo que estamos hablando o cuáles son los criterios, o quiénes lo imponen cuando se juzga a ésta última. Es aquí donde se discrepa.

Ante todo se trata de un conflicto de interpretaciones, pues se ponen en acción sentidos diferentes y se juzga con diferentes criterios de evaluación.

Y acá viene el segundo elemento que creo pertinente. El **activismo terapéutico** (Johnson 1991) unido a una tecnología cada vez más compleja.

El medio en que la relación entre ambos componentes se ha afianzado es el hospital. De un lugar que se usaba para ir a morir, a partir del siglo XVIII (Foucault 1990) se transforma en un lugar de curación, desplazándose el poder desde el personal religioso a la profesión médica.

La **intervención** en la enfermedad, en el paciente y en el medio - a base del régimen, higiene y de medidas que se toman en un sentido general- ha provocado una medicina hipermedicalizada, en donde la obligatoriedad rige tanto para el paciente que obedece (´compliance´) como para el médico quien siempre debe poder hacer algo, y algo más.

Lo que prefiero llamar **interferencia tecnológica** se ha vuelto su revés en las condiciones de trabajo detalladas en uno de los artículos periodísticos citados al comienzo. La medicina 'business' en la que encaja la sofisticación técnica se convierte en una práctica plagada de peligros adicionales cuando no están dadas las condiciones de posibilidad (recursos materiales y humanos, formación académica y clínico-preventiva).
Sin embargo, la interferencia tecnológica es de mil facetas.
Es una cuña que se empeña entre el médico y el paciente, quienes pueden entablar negociaciones y pactos para minimizarla o, a veces, reforzarla. Pero, al menos la opción y decisión estarán en manos de esta díada indisoluble. Pues todos los límites siempre están ahí, como lugares intersticiales de desplazamiento de sentidos, prácticas y sitios -del médico, del paciente, de la tecnología y de los contextos de evaluación de los resultados.

Hagamos dos reflexiones provisorias:
@ El shamán o el médico antiguo deciden, en cada caso, las condiciones de su intervención o aún si vale su esfuerzo y riesgo. Nuestro médico, por el contrario, está compelido a intervenir, muchas veces a instancias del propio paciente o familiares que están hipersensibilizados respecto del uso compulsivo de la tecnología médica y farmacéutica.
Entretanto no se hace más que alimentar las ilusiones de un avance que se cree siempre posible y de los poderes curativos depositados en el espacio tecnológico. A la par, se contribuye

al estilo empresarial, que muchas veces bajo la denominación de "investigación y desarrollo", ha hecho carne en la concepción moderna de la cura. Y que se desmorona, pero se vuelve a hilvanar una y otra vez en la prestación pública de ahora.
La prescripción desmedida de los exámenes complementarios, o la internación hospitalaria han aumentado y se pueden usar como medios de respaldo y defensa en juicios por mala praxis. Encima, ese utilización de la tecnología ha adquirido una función de prueba, tanto para la defensa como para la acusación.
Y es en este preciso sentido en donde se podría "mostrar" el lugar de residencia del error, hacerlo tangible, observable, medible y, en fin, juzgable. Hacerlo visible, palpable, objeto de disputas en que se dirimen, en el fondo, intereses sectoriales, victimizando al paciente o al médico. En las curas de palabra o adivinatorias, de las que aún la medicina ultrasofisticada no puede esquivar, cómo se construyen elementos de prueba para juzgar, sentenciar y castigar por equivocaciones, descuidos o resultados indeseados?

@ Por otro lado, no debemos olvidar que en una práctica médica que rinde su homenaje tecnológico a costa del sacrificio del "paciente-ser humano"; y que, en lo posible, trata de ignorar el conjunto de microprácticas que, desterritorializadas, se juran y conjuran entre médicos y pacientes por encima, por abajo y por detrás de mandatos institucionales y sectoriales (económicos, corporativos y filosóficos), "el paciente" hace mucho, con mayor

o menor éxito o posibilidades, para des-constituirse como tal[3]. Tienen sus intentos por hacer oír su voz algo con ver con el juicio por mala práctica?

O, a la corta, termina siendo una engañifa de las tantas en donde lo que menos importa es su sufrimiento y los cuidados que se le "prodigan" de aquí y de allá, médicos y abogados?

El restablecimiento de la salud (la "curación"), como la enfermedad, es inexpresable. Qué es lo que cura? No seamos tan ingenuos como para creer en una linealidad causal entre intervención terapéutica y la vuelta a la vida cotidiana.

Cómo juzgar entonces la "mala praxis"?

El error, la omisión, la inconmensurabilidad de la muerte y el mundo virtual que la computarización ha creado -la gloria tecnológica- son parte del mismo juego.

---

[3]. El concepto de la muerte como producto de la fatalidad cedió paso a la muerte como fracaso de la tecnología de supervivencia. Hay ahora una suerte de retorno, un uso discreto de esa tecnología en el umbral de la muerte? En qué juegan la voz del paciente y en qué otro las complicaciones que corre el médico al usarla. Otro tanto podría decirse de cuadros clínicos de gran riesgo.

LO HORMONAL Y LO CULTURAL EN EL SINDROME CLIMATERICO: la clave olvidada de la antropología

> Para el investigador resulta insoportable pensar que puede estar atrapado en un concepto confiable que otro puede descubrir como falso.
>
> Gabriel Stolzenberg

> Hay un creciente reconocimiento de la relación entre cultura y salud.
>
> Maurice Eisenbruch

I.

> *En la población china histórica, la amenorrea inducida por las gestaciones frecuentes y la lactancia habrían hecho infrecuente a los ciclos menstruales* (Harrel 1981).
> *El climaterio no era percibido como un acontecimiento especial en la vida de las mujeres. Así, a pesar del registro antropológico de ritos de ingreso en la pubertad practicados, antes y ahora, en muchas sociedades, no se han registrado en relación a la celebración de la menopausia* (Brown 1982).

En estas páginas sostendré que el así llamado "climaterio" como un **síndrome explícito de déficit** -del "nido vacío", de la pérdida de funciones- es, ante todo, un fenómeno cultural característico del estilo de vida de las sociedades complejas, burocratizadas y con una fuerte presencia de la esfera pública. Desde ella, y por ejemplo a través de la mass-media se ha intensificado un proceso creciente de categorización y clasificación (Reddy 1992) de casi todo como "hecho" de la vida, que tiene el efecto de fijar significados en sitios psicosociales, técnicos y hasta políticos que parecen inexpugnables.

Las totalizaciones, las visiones unilaterales y una pretendida saturación en la comprensión de los fenómenos han sido la marca de los discursos colectivos -expertos y legos.

Es en este preciso sentido que propongo desconstruir el fenómeno del "climaterio", exponiendo algunos de sus fundamentos antropológicos en las sociedades "modernas".

Desde luego, el uso del término "moderno" no quiere oponerlo a la sociedad "primitiva". Por el contrario, a medida que las voces provenientes de lugares remotos o exóticos, según se

quiera, se desgranan, nos van diciendo que ya nada puede considerarse ajeno. El orden mundial actual y las fuerzas económicas y políticas en juego no dejan resquicio para pretender espacios -geográficos o culturales- idílicos o no, pero que queden al margen.

Por otro lado, que el fenómeno así caracterizado del "climaterio" tenga raíces culturales no implica que sea patrimonio exclusivo de "Occidente" -término que encuentra cada vez más obstáculos definicionales. El ejemplo proveniente de la India (Skultans 1991) que doy más adelante así lo muestra. Quiero indicar, no obstante, que prevalece cierta resistencia a aceptar fundamentos culturales en "nuestros" estilos de vida (Raharjo y Corner 1990, Sahlins 1988a, Yoder 1991), muy arraigados en principios científicos y tecnológicos que se suponen "borran" toda huella "del pasado". Otra vez, la "cultura" parece acercarse peligrosamente al "primitivismo", épocas pretéritas donde el hombre no conocía "tanto" ni "tan bien".

II.

Ante todo, veamos sólo un par de cuestiones que nos permitirán dar un marco de razonabilidad a las ideas aquí planteadas.

Los ciclos vitales, los ciclos de la vida sexual de las mujeres no pueden ser aceptados como unidades aisladas, congelándolos en una sola dimensión que intente colmar el conjunto de comprensiones posibles.

Ofrecen dudas la confiabilidad de explicaciones que se basan, como criterio de consistencia, en un sólo punto de vista que daría cuenta sin resto, de acciones, comportamientos y discursos. Negar la posibilidad de poner en juego distintas perspectivas, confrontando valores de verdad y fundamentos ha sido un límite estricto a la apertura epistemológica interdisciplinaria; ejercido, en este caso, por el afán de especialización, tanto de la biomedicina como de algunas corrientes teóricas de las propias ciencias sociales.
Estas posiciones reduccionistas, que han ocasionado pérdidas importantes para la teoría y la práctica -por ejemplo, en éste último caso, para los procesos de restablecimiento- tiene, por supuesto, raíces sociales e ideológicas por todos conocidas.

El modo médico occidental ha ejercido un monopolio conceptual que ha enfatizado al cuerpo biológico, y ha utilizado como factores causales (Wiley 1992) casi con exclusividad los sistemas orgánicos, componentes que se suponen discretos y hasta cierto punto aislables.

Esta suerte de dominación discursiva ha recibido un fuerte respaldo desde la fragmentación del conocimiento y la rotura de ligazones conceptuales sustanciadas por las especializaciones.
Desde el punto de vista sociocultural, es el conocimiento experto - y, hasta "super-experto"- quien legitima determinadas visiones de la realidad, autorizando ciertas explicaciones que, estando en competencia con otras, quedan dominando.

Especialización y esfera pública son parte del mismo fundamento político-ideológico que dirime aquéllo que se considerará verdadero-en-última-instancia. Se excluyen así sentidos y compresiones que, de ahí en más, quedan deformados y deslegitimados, aunque siempre latiendo en el corazón de los cuerpos de conocimiento. Y, más aún, son puestos en práctica en las fronteras e intersticios de los saberes legales.

La ilicitud de la diversidad impide la confrontación política de las distintas visiones del mundo en juego, bajo el férreo lema de que "los hechos de la vida son únicos y completos".
Las especializaciones biomédicas han tenido, además de los logros técnicos y cognoscitivos, efectos negativos. Uno de ellos es el que podríamos crudamente llamar el descarnamiento de las personas, ejemplificado por la figura del "paciente" con toda su carga de obediencia y sumisión a un conocimiento que le es casi siempre ajeno. Otro es el de la medicalización -o sea, poner, todo lo que pueda ser puesto en términos médicos, incluyendo ciclos de la vida y hasta condiciones sociopolíticas y económicas (Conrad, 1992; Sugar, Kleinman y Heggenhougen 1991)[1].

1.- Conrad (1992) distingue tres niveles de medicalización.
Nivel conceptual: el vocabulario o el modelo médico son utilizados para definir un problema. La profesión médica puede no estar involucrada y puede no usarse un tratamiento médico.
Nivel institucional: las organizaciones pueden adoptar una perspectiva médica para tratar algún problema particular en el que la organización se especializa. Los médicos pueden cuidar los beneficios legitimados sólo en estas organizaciones que adoptan definiciones y aproximaciones médicas, pero el trabajo

(continúa...)

Los clamores por la intensificación de los trabajos interdisciplinarios -transdisciplinas, metadisciplinas y aún postdisciplinas (Ferrarotti 1990) muestran ante todo una valiosa sensibilidad frente a las pérdidas conceptuales, relacionales y prácticas que se están trabajosamente empezando a reconocer.

Las ciencias sociales, por su parte, han sido presa de la misma tendencia, aunque si cabe con mayores desventajas.

La aparición de especialidades combinadas -Antropología médica, Antropología económica, Antropología jurídica, Antropología educacional- han traído como consecuencia una suerte de cooptación de esos campos de especialización. La antropología es, en alguna medida, objeto de medicalización (Singer 1990), economización, juridización y educacionalización, por así decirlo. No sé en qué medida haya, o no, ocurrido ésto con las especialidades biomédicas.

---

[1](...continuación)
rutinario puede ser llevado adelante por personal no médico.
Nivel interaccional: los médicos están directamente comprometidos. La medicalización ocurre en la relación médico-paciente, cuando el médico define un problema como médico (diagnóstico) o trata problemas sociales con una forma médica de tratamiento.
La medicalización es, ante todo, un amplio proceso definicional. En el caso de la menopausia, la profesión médica ha estado directamente involucrada en el nivel conceptual. Los estudios no son contundentes, sin embargo, en el aspecto interaccional.

Pero, está bastante claro que la medicalización ha fijado un **sentido de inevitabilidad**, de destino prefijado en la constitución de la enfermedad, patologizando "estados" de la vida -y, haciéndolos aptos a la intervención médica (Conrad 1992)- que, desde otros puntos de vista, son contemplados y ejercidos con diferentes significados, aún cuando estemos seguros que nos estamos refiriendo al mismo conjunto de circunstancias fisiológicas -en este preciso caso el final de la menstruación y de la fertilidad- factor éste que puede o no discutirse, aunque ahora no lo haré[2].

La segunda cuestión que quiero poner sobre el tapete para dar un marco de referencia en que espero tomará sentido lo que aquí diga, tiene que ver con que ni la biomedicina, ni la ciencia en general tienen ámbitos de la realidad "naturalmente" establecidos como objetos de conocimiento (Foucault 1990). No hay áreas de análisis ni discursos científicos que sean <u>auto-evidentes</u>, <u>transparentes</u> y <u>a-problemáticos</u> (Scott 1992).
Las ciencias crean sus propios ámbitos de competencia. Mecanismos complejos de apropiación que tienen una raíz sociocultural -histórica, técnica e ideológica. Ella da, asimismo, la distinción entre aquéllo que es y aquéllo que no es en el establecimiento del ámbito de los sufrimientos para determinada sociedad.

---

2. Ver el capítulo sobre "Salud e Interdisciplina. Fracaso epistemológico o inter-gestión disciplinaria de la ciencia?"

Los discursos científicos son ellos mismos culturales.

Vayan sólo unos escuetos ejemplos.

La polémica sobre el sentido y la oportunidad de la intervención discriminada entre la medicina curativa y la preventiva -muy avivada en la actualidad en el caso de las enfermedades tropicales (Preston y Haines 1991) y, en nuestro pais por la epidemia de cólera- muestra el borde entre la decisión técnica y la política, conformado por disyunciones antes que por conjunciones. Una discusión mal planteada.

Donzelot (1990) afirma que hasta mediados del siglo XVIII, la medicina no tuvo interés ni por los niños ni por las mujeres. Ellas se manejaban con los "remedios de las viejas" que eran despreciados por las facultades de medicina. Una "cruzada" contra esa medicina de las viejas logra captar el ámbito doméstico, y a las madres como principales aliadas, transformándolo en un espacio higiénico y técnico, eliminando discursos y prácticas en competencia. De esta forma, se creyó proteger el "camino recto" de la vida familiar, disciplinándolo, domesticándolo y, en última forma, reduciéndolo. Otro equívoco?

En síntesis, deseo que quede anotado que las epistemologías afianzadas en "lo real" como algo definitivamente dado, puesto en ubicaciones inamovibles y del todo cognoscibles han mostrado ya sus insuficiencias reduccionistas. Quitan contingencia y totalizan, clausuran relaciones, transiciones y diferencias (Kalinsky y Pérez ms.).

Nada tiene un sólo significado, nada es del todo abarcable o cognoscible (Laclau y Mouffe 1987), no hay una posición única desde donde el todo sea del todo controlable.
Los planos de comprensión se superponen, eluden, oponen o se adoptan.
La cultura es una creación sin fin (Landsman y Ciborski 1992) y por ende, no hay algo que sea cerrado o definitivo; ni siquiera, como lo está mostrando ahora la antropología, las recónditas zonas de los mitos y las tradiciones.
Los esencialismos están quebrándose uno tras otro, aunque estas caídas epistemológicas aparenten ser invisibles, dado el peso de los usos públicos efectistas.

En tanto, las ciencias establecen bordes estrictos. Dentro de ellos, no es posible considerar, y ni siquiera percibir, "hechos" que los sobrepasen, o bien que no se dejen "tratar" por los cánones metodológicos vigentes. Una vasta gama de fenómenos, casi siempre inciertos, lábiles, intermitentes y mal definidos, y de planos de comprensión quedan excluídos y desautorizados en sus funciones explicativas.

No hay una única manera de establecer algo como "hecho". Más bien, hay mundos de sentido abiertos e intercomunicados que actúan, desde ya, en el mismo marco socioinstitucional.
De ahí, su límite político.

La biología y la cultura han tenido este tipo de vinculación.
El caso del "alcoholismo" lo patentiza bien (Arrúe, Kalinsky y Ranguileo ep.). La predominancia genética o cultural es cíclica y la disfunción explicativa crónica.

Biología y cultura siguen peleando por las fronteras.
Veamos dos ejemplos vinculados al tema que nos convoca.
Uno, las primeras aportaciones de Margaret Mead cuestionando la identidad entre determinación biológica y roles sexuales, adjudicando a éstos últimos a una constitución de índole cultural (Mead 1935).
El otro, tiene que ver con un coloquio organizado en 1976 por una socióloga feminista francesa, Evelyne Sullerot y por Jacques Monod, premio Nobel de Medicina, para analizar el "ser mujer" desde una perspectiva múltiple -social, biológica y psicológica. Las conclusiones a las que se llegaron echan por tierra el biologismo, pues si bien se reconoce que el programa genético puede establecer mínimas diferencias entre los comportamientos sexuales femenino y masculino, no implica superioridad de uno sobre otro. La predisposición biológica no es suficiente en sí misma para diseñar pautas de comportamiento. No hay nada exclusivo en cada sexo (Lamas 1986).

Biología y cultura siguen compitiendo por la ubicación y explicitación de la "verdad", en último término simplemente por su monopolio. Las dos han caído en burdos estereotipos, ambas acaparándose, a su tiempo, "toda la verdad". Ambas buscando mundos objetivos y "hechos" observables, y haciendo todo un problema por el establecimiento de su existencia, o no, de acuerdo a los criterios científicos; sin advertir, que ellos están preparados sólo para "ver" algunos hechos (bastante pocos, por cierto) que son los "literales", por llamarlos de alguna manera.

Le pasan desapercibidos muchos de los que componen la esfera de las relaciones humanas. Aquéllos hechos que, por ejemplo, son simples formas de decir, hitos en los mundos discursivos de la gente, inespecíficos, cambiables y, sobre todo, contradictorios; inadmisibles, en fin, en los cánones de los procedimientos científicos. Sin embargo, son quienes ponen en discusión las nociones establecidas de "evidencia" y "verdad", parangones de la ciencia, de la biomedicina, y por qué no también de las ciencias sociales.

III.

La realidad no es una sola. Cambia y es múltiple según perspectivas, posiciones, biografías y circunstancias.
En su constitución juegan tanto factores institucionales como idiosincráticos, biológicos como culturales, materiales como simbólicos.

Las personas no actuamos en el vacío pero sí somos activos creadores de significados, discursos y acciones (Reddy 1992) que se mezclan o se expulsan según objetivos, intereses y estereotipos.

Las sociedades y las culturas están hechas, ante todo, de **relaciones** entre ideas, valores, organizaciones, tecnologías y ambientes (Beidelman 1992, Merlan 1992).
Este es el rasgo que la ciencia se ha perdido: la maleabilidad y permeabilidad de seres humanos y redes culturales en continuos procesos irreversibles de cambio.
Disensos y consensos, cooperación y violencia, estigmatizaciones, cronicidades y desmedicalizaciones, literalidades y metáforas, conocimientos-expertos y procesos de democratización del conocimiento conviven, todos, con grandes cuotas de conflictos, controversias e incertidumbres sobre los rumbos. Todas las opciones tienen restricciones y todas son difíciles de determinar.

En este marco, la **diferencia** aparece como la gran protagonista. Pero se trata de una diferencia que no está dada de antemano ni puede dictaminarse. Se va haciendo a lo largo de los procesos políticos y sociales, de los discursos oficiales y contestatarios, de las hegemonías y las marginalidades.

Las diferencias étnica, religiosa, política, cosmovisional, de género hacen que no haya una sola manera de "ser mujer".
El género femenino no es homogéneo; más bien, es contextual y fragmentado tanto como lo es la cultura.
Así como las mujeres no compartimos un estilo cultural (Ranguileo y Kalinsky 1992) tampoco ya es posible pensar "la cultura" como una entidad unívoca que se impone, por repetición, a los pensamientos y prácticas de la gente.
Quizá más de lo que desearíamos, desde las demandas de explicación exigidas por las ciencias (sociales), la **diversidad** atraviesa cualquier pretensión de unificación conceptual, extremos geopolíticos, creencias religiosas, pertenencias a clases sociales o adhesiones ideológicas.

Veamos ejemplos sobre lo que podría muy bien llamarse "la cultura descentrada y diversidad del ser mujer".

> *En Taiwán contemporáneo, la mayoría de las mujeres entrevistadas por antropólogos dicen que la pluralidad vigente de sistemas médicos (biomedicina, medicina china tradicional y enseñanzas budistas sobre la polución atinente a la menstruación) ha provocado un debilitamiento de la autoridad religiosa y de las viejas y nuevas formas médicas, permitiendo un sentido de autoestima y de identidad femenina basada en las*

> *posibilidades de elegir diferentes estrategias del cuidado del cuerpo.*
> *Cuando se les preguntó sobre la naturaleza de la sangre menstrual, las respuestas fueron fuertemente heterogéneas: * debes dejarla fluir sino te enfermas;, * es sangre que sostiene tu cuerpo y entonces es medicina;* es necesaria para que deje lugar a otra nueva sangre, si no la mujer se pone verrugosa y lunática; * es la sangre que hace al bebé; * es vergonzante; * es la sangre del nacimiento; * es veneno;* hace daño a los otros.*

Muchas de las reflexiones remarcaron su preocupación con la pérdida de sangre provocada por la menstruación: la pérdida mensual de sangre quita energía y debilita. Pero la nueva sangre permite la renovación cíclica y, por ende, ayuda a corregir el equilibrio con su papel esencial en la fertilidad, vitalidad y armonía. No es difícil inferir la diversidad de opiniones sobre el climaterio (Furth, y Ch´En Shu-Yuetl 1992).

> *En las familias confucionistas, la medicina insta a la mujeres a ver a la menstruación como sinónimo de fertilidad y a la vez de debilitamiento de los cuerpo. En las dinastías Ming y Ch´ing, los médicos opinaban que las mujeres son un sexo enfermizo y que sus enfermedades son más complejas y difíciles de curar.*
> (Furth 1986)
>
> *Las disciplinas taoistas, por el contrario, dan otra interpretación simbólica de raíz religiosa, aunque no muy difundida en el Taiwán actual: en su valor medicinal y como elixir corporal comparable con el semen.*

Sin duda, la índole de la confrontación entre géneros -femenino y masculino- no es siempre de la misma manera (Merlan 1992). Por eso, no perdamos de vista, ni las relaciones, ni las diferencias, ni los contextos.

Para nosotros, la sexualidad es más bien de nuestra propiedad individual; algo íntimo y que pertenece a la esfera privada,

muchas veces de lo "no dicho".

Los aborígenes australianos, por su lado, la entienden de otra forma. La maduración femenina es un proceso atribuido a la intervención masculina (por defloración o múltiples relaciones sexuales). La mujer se hace madura gracias a las capacidades masculinas (Merlan 1992).

No hay ninguna noción de exclusividad atendiendo a la función básicamente social de la sexualidad en estas comunidades.

Ajenas, exóticas, distantes, sin peso alguno en la ciencia y tecnología?. Puede ser. Pero no ignoremos que una "Aldea Global" cada vez más fragmentada (Foster 1991, Jacovella 1992) puede hacer cambiar drásticamente, falseando, el concepto del "Otro-extraño", del "alien" como suele llamarse ahora al inmigrante ilegal.

IV.

Me refería, entonces, a la raíz cultural del síndrome del climaterio en sus aspectos simbólicos y vinculares como un fenómeno explícito de declinación, improductividad, rigidización y, en última instancia, de marginalización del lugar social y familiar de la mujer. Se marca, así, el fin de la etapa reproductiva, las deficiencias hormonales, la susceptibilidad al envejecimiento y las enfermedades (la osteroporosis siendo, en estos días, la 'vedette' de la medicalización de la menopausia); mezclándose, en el imaginario colectivo, con el fin de las posibilidades de seducción, del inicio de la vida pasiva, las

dificultades para renovar proyectos de vida y la falta de sentido existencial, entre otros rasgos, siendo, justamente, la profesión médica la encargada de dar por tierra, o al menos minimizar, el peso del estereotipo. Curiosa coincidencia...

> *"Para muchas mujeres, la menopausia señala el comienzo del envejecimiento de las capacidades físicas e intelectuales. Nada es más errado. Por el contrario, el climaterio puede convertirse en un período nuevo, promisorio de la vida, en el que se pueden encarar proyectos que quizá debieron postergarse para atender mejor a la familia. Es una etapa en la que, teniendo en cuenta los controles médicos necesario, puede disfrutarse a pleno"*. (Entrevista al Dr. Ricardo Maamari."Climaterio: aún queda mucho por disfrutar". Diario La Prensa, 27/11/93 (énfasis mío).

Deutsch (1945) en un trabajo sobre la psicología de la mujer, considera al climaterio como una "muerte parcial" una vez que las mujeres dejan de ser "sirvientes de la especie". Ve a los cambios fisiológicos provocados por la menopausia como heraldos de la muerte. La realidad se empobrece en proyectos y perspectivas y la resignación sin ninguna recompensa es con frecuencia la única solución.

> *La edad /.../ no sólo disminuye las posibilidades de desempeñar una actividad profesional, sino además la de participar en un concurso femenino. de moda en la familia, la mujer enfrentará un vacío, si los hijos han abandonado el hogar. Esta situación de falta de tareas sociales y familiares puede llevar a reacciones psicosomáticas (anomia individual) ó, también, a una huida a los pocos valores y espacios que quedan accesibles (religión, iglesia)* (Rapold 1986).

Este cuadro recibe un desafío múltiple desde otras perspectivas y dimensiones simbólicas, materiales y sociales, del "ser mujer" y del "ser mujer en el climaterio".
Veamos sólo unas pocas.

1. La autoridad doméstica de la generación "senior"

En vez de pérdida de poder y autoridad, en muchas comunidades rurales, en contextos migratorios y dentro de organizaciones familiares específicas, la "mujer menopáusica" ejerce una fuerte influencia en el ámbito doméstico -rubros alimentación, salud, presupuestos y actividades productivas, por ejemplo.
Ni la autoridad en el ámbito doméstico ni el ámbito doméstico mismo son despreciables. Primero, porque la divisoria de aguas entre lo público y lo privado, lo visible y "casi" invisible es fluctuante.
Después, porque muchas políticas sociales -habitacionales, nutricionales, preventivas- son destinadas y penetran, a veces en forma abrupta, al ámbito doméstico, "mujeril" en un sentido tradicional.

> *La malnutrición infantil es un problema creciente en Kenya (occidental). Los esfuerzos oficiales se orientan hacia la madre individual, proporcionándole información sobre la alimentación apropiada.*
> *Las madres, por su lado, perciben que el problema es parte de las relaciones familiares, de género y la pobreza. Si bien las madres pueden aprender y mejorar la dieta de sus hijos, no todas ellas preparan*

realmente la comida. Una joven madre no forma usualmente una unidad independiente de consumo hasta que ella tenga su propia tierra; o sea, cuando su suegro de a su esposo tierras a compartir. Cuando empiece a cosechar de su propia tierra, tendrá su propia cocina. En tanto, ella y sus hijos comen en la cocina de su suegra. La posición de la nuera, especialmente en los primeros años de matrimonio, es de dependencia. Ella y sus hijos comen sólo lo que la suegra provee.
En uno de los casos registrados, cuando se le preguntó a la madre por qué no proporcionaba leche y habas a su hijo malnutrido, respondió que su suegra no le ofrecía ni leche ni habas.
En otros casos, las suegras explícitamente se niegan a "cargar con los problemas del otro", rehusándose a cuidar a sus nietos en estados graves de malnutrición
(Reynols, S. y P. Wanjiru Kariuki 1991).

En las sociedades musulmanas marroquíes, las mujeres mayores son las emisoras y receptoras de información relativa a las mujeres jóvenes, los que le da un tremendo poder de decidir quién se casa con quién, reduciendo significativamente las posibilidades de decisión de los hombres.
(Mernissi 1975)

Albert (1963) dice que para los Burundi cuando una mujer finalmente es suegra y abuela ha alcanzado el punto culminante de su vida. Tiene la capacidad de convencer a su hijo para que eche a su esposa, o explotar o incluso envenenar a su nuera si ella le desagrada.

Entre los Munducurú, la mujer más vieja está a cargo de la unidad doméstica en la que, a veces, viven más de cincuenta personas. Ella administra el tedioso y complicado proceso de elaboración de la comida, coordinando el trabajo de muchas mujeres, da consejos y es partera. Su autoridad no es disputada.
(Murphy y Murphy 1974)

"Yo he visto muchas veces que, cuando vienen la madre y la abuela al consultorio /pediátrico/, el nivel en que se da la entrevista es una interconsulta de la abuela con el médico. Vienen a ver si el médico está de acuerdo con el diagnóstico y el tratamiento /que ya hizo e implementó la abuela/ y la madre, ahí mirando". (Testimonio de un médico en un hospital rural del sur del Neuquén- Argentina, 1989)

Una mujer coreana puede esperar obtener en su vida adulta el respeto y la libertad que le fueron negadas en sus años juveniles. Idealmente, los padres coreanos son venerados por sus hijos y nietos y serán el foco de ceremonias realizadas para reconocer el sacrificio que han hecho los padres en su bien. Las mujeres coreanas se liberan de las responsabilidades de las tareas domésticas, que es celebrada con gran pompa y ceremonia. Sus deseos son cumplidos por hijos y nietos. (Young Chung Pang 1990)

En la casa de su marido, la novia hindú está bajo el estricto control y autoridad de la madre del marido, que espera de la joven mujer que cargue con las tareas domésticas más pesadas. (Derné 1992)

2. **Maternidad ("mothering"): más allá de la reproducción**

La función materna, nutriente, protectiva, de contención, formación y en especial de soporte afectivo, aquélla que da la "seguridad básica" (Bowlby 1989) que orientará proyectos y viscisitudes de los hijos no finaliza cuando lo hace la capacidad de procreación -aún cuando ésta última se vaya alargando parece que cada vez más por cada vez mayores sofisticaciones tecnológicas.

Digamos, entonces, que así como se ha logrado, aunque no del todo, distinguir socialmente entre sexualidad y reproducción, la identidad entre procreación y maternidad está siendo también trabajosamente puesta en discusión.

En nuestra sociedad esta cuestión todavía no forma parte de los discursos públicos, ya que no ha logrado ser puesta a fondo en tela de juicio.

Por ejemplo, desde la sociobiología autores influyentes, como Dawkins (1976) sostienen que la menopausia es una "adaptación" que previene la "producción" de niños en circunstancias en que, por la edad, la madre no está en condiciones de asegurar sus cuidados.

No obstante, no sólo las "sociedades primitivas" ó la historia social nos muestran su mutua exclusión parcial.

Las condiciones de las mujeres jóvenes -laborales, económicas, la falta de padre o cónyuge, las migraciones estables u ocasionales- forman parte de una constelación compartida que impulsa a la continuación del rol maternal, asumida por las mujeres de más edad (abuelas, cuidadoras).

También está siendo bastante conocida la asunción quizá más voluntaria, y que lleva consigo un cierto afán transformador, de mujeres mayores que arman microcomunidades de adopción de los así llamados "chicos de la calle". Así, las "mujeres del climaterio" pueden seguir criando durante veinte ó aún más años. (Ayers Cants 1982)

En algunos lugares, entonces, esta permanencia de un papel que biológicamente estaría ya negado, alcanza un carácter cotidiano, una rutina que, como tal, se cumple sin pena ni gloria; pero que juega una carta importante a la hora de recrear relaciones sociales y familiares, evitando en muchas ocasiones el abandono de los niños.

En algunas partes, cuando ya está expandido y se lo combate con las armas -por ejemplo, el caso de Brasil (García Méndez 1992)- aparece como un acontecimiento extraordinario, digno de ser mencionado por la mass-media. Pero, que aparte de las ironías, permite mostrar, en la esfera pública , la indisociable vinculación de la seguridad emocional y de la referencia afectiva a la maternidad, aún a pesar de los constantes atravesamientos políticos, ideológicos, técnicos e institucionales de la que es objeto.

> *Isabel es una mujer puertorriqueña de 63 años y, a pesar de estar diagnosticada como esquizofrénica, su vida se desenvuelve alrededor de las funciones familiares. Está divorciada y tiene tres hijos. Ha vivido durante treinta y tres años en Nueva York y reside en un departamento de dos ambientes. Isabel ve a sus nietos diariamente. Los lleva y va a buscar al colegio y les da de comer. Hace las compras para ella y su nuera que trabaja. Y, prepara la cena para todos. Come en la casa de su hijo y vuelve a la noche a la suya, sea para ver la tele o irse a dormir.*
> (Swerdlow 1992)

La vida de las mujeres judías inmigrantes, centrada en la esfera doméstica, difería de la de los hombres, definidas éstas últimas, por su trabajo y la sinagoga. Weinberg trabajó con historias orales en cuarenta y seis de estas mujeres para retratar su vida diaria. La piedad jugó un papel importante, junto con el ritual y el ceremonial, marcando sus acciones diarias, en tanto ellas mantuvieron un clima hogareño ortodoxo. Si bien no podían ser estudiosas del Talmud, presidían la religión doméstica. La educación era importante, y la madre se esforzaba por ayudar a su marido con la educación de los hijos. Incluso trabajaban fuera del hogar, en la industria de la vestimenta, alquilando habitaciones o ayudando en los negocios familiares. Además, jugaron el importante papel de mediación entre el viejo y el nuevo mundo. Las hijas mujeres estuvieron expuestas al mundo moderno y secular. Si bien las madres persistieron en los modos tradicionales, dentro de las familias estas mujeres negociaron las relaciones entre padres e hijas. Ahora quizá no podamos comprender la satisfacción de aquéllos que vivieron para otros y a través de otros. Pero los servicios y sacrificios de estas madres dejaron una profunda huella en sus hijas.
(Weinberg 1988)

El pentecostalismo es una forma de experiencia religiosa difundida a lo largo de toda América /incluida la Argentina, como en Neuquén y Chaco/. Inusualmente se admiten pastoras y predicadoras. Deben estar casadas, ser miembros respetables de la comunidad y, a la vez, "criadas de Dios". Ser predicadora no es ser popular, la tolerancia hacia ellas está acompañada de fuertes dosis de suspicacia y el respeto es tenue y dificultosamente ganado. Sin embargo, ellas son, ante todo, "super-mamás" en tanto se espera de ellas sobre todo compasión hacia los hijos de Cristo (feligreses). El aspecto simbólico del "ser madre" atraviesa y se continúa en tiempos y espacios.
(Lawless 1988)

3.- Los hechos de la vida: aflicción y sufrimiento. La disputa explicativa

Llegué a Canadá los 28 años. Ahora tengo 60. Mi marido era mecánico ferroviario pero ahora está jubilado. Nuestro hijo vive con nosotros. Yo he sido operadora de costura desde que estoy acá. Todos estos últimos días he estado cansada y con dolores de cabeza los últimos años. Siento que estoy perdiendo el control y estoy trastornada. El problema es la fábrica. Se trabaja como burro durante siete horas diarias. Allí no se puede perder el tiempo porque pagan por pieza. Yo solía hacer buena plata porque soy rápida. Hacía cuatrocientos pares de sacos y pantalones por día. Como los patrones consideraron que la producción era excesiva cerraron nuestra sección. Estas cosas lo ponen nervioso a uno. Ni qué decir de noche! Veo las montañas de pantalones. El organismo no es un botón eléctrico. EL organismo sabe cuándo es la mañana y cuándo es la noche. El esquema de trabajo de la fábrica me descontroló. He estado tomando píldoras para mi 'nevra'3 por algunos años y visité algunos médicos. Pero creo que es demasiado tarde para mí. No puedo relajarme en casa después de tantos años de fábrica. Usted da su vida por las piezas de ropa. Mis sueños están rotos. Nunca me acostumbraré al invierno canadiense. Deseo volver a Grecia pero a mi esposo le gusta Montreal y mis hijos son canadienses. Me siento como haber vivido partida entre dos países.
(Lock 1990)

Ruža Vasilj, 54 años, ha pasado casi toda su vida de casada en un centro yugoslavo de peregrinación, Medjugorja4, cerca de las montañas en que se dice apareció la Virgen María en 1981. Como consecuencia, se ha cambiado drásticamente de una actividad productiva dedicada al cultivo a un centro turístico. En los últimos dos años, Ruza se queja de fatiga, no puede con sus actividades diarias, está agitada con cambios abruptos de su ánimo y depresión. Está

3.- 'Nevra' es el término usado por las mujeres griegas para ligar variables ambientales y psicosociales a estados de sufrimiento y dolor físico.

4.- Está ubicado en el suroeste de Hercegovina, con una población predominantemente católica romana y minorías ortodoxas e islámicas importantes.

asustada de la gente y de las otras mujeres. El doctor del lugar dijo que ella estaba agotada, debiéndolo tomar con calma. También esta es la opinión del marido y los hijos. Ella tiene otra opinión. Considera que se trata de un fenómeno colectivo de las mujeres. Un complejo conjunto de representaciones, experiencias, percepciones y comportamientos que tienen que ver con demonios y espíritus maléficos que las aterrorizan. En general, y a pesar de que el régimen comunista había monopolizado el cuidado médico oficial, ellas visitan a las sabias mujeres mayores, a pesar de las advertencias del clero local de quienes se considera rival. (Bax 1992)

Para las mujeres hindúes, el problema es más bien la aceptación en la familia del marido antes que mantener intacta a la propia familia: devoción y honor al marido, uso del velo, evitar el chusmerío del vecindario, la curiosidad malevolente y la mirada pública, en general. Las mujeres más viejas han cumplido ya con casi todas sus tareas, mientras que las jóvenes tienen todavía que criar y cocinar. Sin embargo, a medida que se envejece las circunstancias cambian. Pambai tiene 45 años y hace mucho que empezaron sus dificultades. Desde que el marido tomó una segunda mujer. Se siente hinchada y sin fuerzas. Tiene movimientos involuntarios de la cabeza y bosteza. También sufre de inquietud, vértigos y llora. Está "casi loca". Después de vivir con su madre y hermanos, dejando la casa del marido, fue a vivir a un templo para curarse. Nadie la visita. A nadie le importa su bienestar, según dice. A veces va de visita a su casa. Trabaja en servicio doméstico y gana unas doscientas rupias por mes. En el templo, ha tenido experiencias de trance. Si las mujeres no crían hijos, el marido se vuelve a casar contando con la fuerza de la sanción social. La primera mujer queda casi descartada y se la compele a volver a su casa de origen, lo que acarrea deshonor y disminución de status. Las mujeres viejas sufren de ansiedad y depresión como resultado de pérdidas familiares y posición. Viven con un miedo constante a la vejez. Las mujeres más viejas, aún cuando tengan hijos, raramente reciben asistencia y menos aún por parte de los hijos. Hay un tono dominante de pesimismo alrededor de la expectativa de que los hijos cuiden a sus padres viejos. Así, si una mujer recibe ayuda tiende a ser de madres o hijas.
(Skultans 1991) (traducción mía)

> *Los roles extra-domésticos de trabajo para las mujeres pobres campesinos o urbano-marginales en Perú son físicamente muy exigentes, y quizá es inevitable que sean las mujeres jóvenes quienes ejerciten la movilidad que demanda sus trabajos. Las mujeres mayores, retiradas de los roles ocupacionales, no tienen a disposición ninguna función ritual y no tienen -salvo excepciones entre las mujeres campesinas- ninguna posesión significativa heredable. Las mujeres de mediana edad, desplazadas por la migración y "fuera de onda" por el cambio tecnológico y social rápido no pueden ejercer ninguna autoridad, en muchas esferas donde su experiencia es irrelevante.* (Anderson 1982)

Sostengo que sentimientos, sensaciones, percepciones, y experiencias de mala fortuna, aflicción y sufrimiento que acaecen en la vida de las personas - en este caso de las mujeres- son objeto de una dura disputa explicativa en la que toman parte, no sólo la biomedicina, la psiquiatría y las ciencias sociales. De ella participan activamente, confrontando voces, motivos y pronósticos, las propias mujeres.

Es así que, en apariencia un mismo conjunto de factores (síntomas) van a ir formando parte de, a veces, radicalmente distintos contextos explicativos (diagnósticos). Las formas de la realidad se recortan con criterios que, por arbitrarios, tratan de enmascarar justamente ese carácter. De tal modo, se pierden tanto las líneas de continuidad o complementación como los quiebres causales en el conjunto de explicaciones en danza.

Es en este "cada cual atiende a su juego" que el reduccionismo se envuelve de un afán de apropiación epistemológica de los "hechos de la vida". La fisiología y bioquímica del climaterio compiten por el predominio social con quienes pretenden abarcar el sufrimiento de esa -y otros etapas de la vida- desde la perspectiva de la psiquiatría y la psicología psicodinámica. Los diagnósticos sintomatológicos de esquizofrenia en mujeres mayores coinciden de forma sorprendente con los del climaterio.

El efecto de ambas estrategias en disputa es uno sólo: la ubicación de la mujer en el rol del enfermo (Parsons 1951, Swerdlow 1992, Zola 1972) con su carga de inhabilitación, etiquetamiento y permanencia.

La medicalización de este ciclo de vida en particular choca con las explicaciones de las mujeres que, ya sea en términos demonológicos, cotidianos, étnicos o laborales plantean la cuestión desde un ángulo que parece ser su reverso.

Las mujeres suelen hacer énfasis en las condiciones de la vida que han llevado, o que les ha tocado, y sus inevitables efectos deteriorantes. Tienen una visión indudablemente más aferrada a sus experiencias, temores y dolores que, sin embargo, está mucho más cercana al punto de inflexión político e ideológico que me parece que es el elemento ausente de las explicaciones dadas por la ciencia. A veces, simples descripciones fenoménicas, si se quiere hasta superficiales, dan con una clave ausente del punto de vista científico.

La época del climaterio parece quedar desdibujada, sin densidad como hecho aislable, frente a condiciones de vida extremas, a la faz negativa del desarrollo económico, de la "modernización", de las políticas de ajuste, del desmembramiento de los estados nacionales productos de pactos hegemónicos y de toda una serie de fenómenos muy actuales. Todo ello se paga, de una u otra forma, con una moneda sin valor económico que es la propia vida. Bajo estas circunstancias, adquiere un sentido imprevistamente diferente del que solemos adjudicarle el hecho de que mujeres en el climaterio sólo deseen "retirarse a sus casas"; aquéllas que han tenido repetidos embarazos, mezclándose en la unidad doméstica bebés que son hijos y bebés que son nietos y que han tenido trabajos muy desgastantes, sirvientas, vendedoras ambulantes u obreras sin protección social alguna. Esta es la realidad de la pobreza, por ejemplo, entre los campesinos y grupos marginales de América Latina (Anderson 1982, Rapold 1986).

Una vida que enferma, alienando raíces y pertenencias, afectos y arraigos, comunidades y sentidos significantes de la vida y haciendo una preponderancia de la desigualdad, violencia, intolerancia y crueldad que marca, en la mujer, estados crónicos de explotación y subordinación[5].

5.- Un caso extremo, aunque sólo una perla negra que se ha hecho muy visible gracias a los medios masivos de comunicación, es la violación sistemática de mujeres bosnias como arma de guerra más de la parafernalia de la violencia.

Pero que no le son exclusivos, solamente toman matices propios.
La "subordinación" es también, como todas, una categoría heterogénea y de enlaces múltiples, aunque las cargas y los premios, son sin duda, diferentes según géneros, clases y circunstancias. Sobre todo, creo, porque la esfera pública es de índole específicamente masculina. Ello no quiere decir que sólo esté compuesta por hombres. Pero las instituciones, los medios de comunicación y, muchas veces, las articulaciones entre formas "tradicionales" de vida y los rápidos y compulsivos procesos de entrada a la industrialización y tecnologización masiva muestran una situación de permanente desventaja de la condición de la mujer.

El arribo a etapas que se estiman más reflexivas, donde se cree que las cosas "ya están hechas" y con las tareas asignadas "casi" cumplidas, coincidentes con cambios biológicos pueden dar el marco de una eclosión, que no necesariamente deba ser caratulada como enfermedad o decadencia. Allí pueden replantearse cursos de vida conmocionados por las circunstancias más globales y se pueden buscar, si se quiere, sentidos más propios y controlables de la vida.
A veces se logra, y a veces no.
Pero al menos, se ponen en profunda duda dos temas. Por un lado, la **trama de creencias** donde tienen su anclaje las explicaciones -de la ciencia y de las mujeres. Como diría Bateson (1989) "creer que creemos" bajo la forma de dichos, metáforas, acertijos, oráculos. modelos experimentales o

legalidades causales es una cuestión de fe.

Por otro lado, el aislamiento, la retirada de los contextos de sentido o políticos - una poderosa fuerza opuesta a las intenciones de la Antropología- puedan hacer que una ciencia encapsulada pierda pie.

El descentramiento contemporáneo -postmoderno, si se tolera el término- de las nociones de "sujeto", "autoridades","expertos", "territorios" y los atravesamientos discursivos hace que las calidades explicativas deban ser replanteadas; ya sea en sus ámbitos de pertenencia como sus dominios de pertinencia.

Ni más ni menos que un descentramiento aplicado en el corazón mismo de la ciencia; dando su lugar, aunque inespecífico e inédito, a todo el conjunto de los otros descentramientos -entre ellos el ya reconocido "cultural"- que más o menos notados o explicitados son hoy los actores que están jugando con nuevas reglas.

Acaso la "falta de regla" es una salida definitiva de los juegos atrayentes de la vida?

Y ... las nuevas reglas sobre la "falta de regla"?

UNA PALABRA FINAL

Decía Flaubert que la mayor tontería humana es buscar conclusiones. En estas páginas he querido desplegar una perspectiva antropológica de los asuntos de salud que convocan, como pocos, el sufrimiento, la pasión y las esperanzas de la gente.

Traté de proponer, a la par, las formas cognoscitivas de la articulación sociocultural de las diferentes fuentes que están presentes en los planes y decisiones que se hacen y toman cuando la vida se pone en jaque.

Algo quedó expuesto. Ni la "perspectiva del actor" ni la del antropólogo pueden ensimismarse ya más en la oportunidad de confrontar, saldar viejas cuentas y solventar los caminos por venir.

Otras cosas han quedado en el tintero. La fuerza de la ciencia social de estar, ahí donde discurren las personas y los problemas de la vida. Y, sobre todo, la especificidad teórica entre antropología y política.

Para eso se requieren otros tiempos y otros esfuerzos.

BIBLIOGRAFIA CITADA

Albert, E.
1963 Women of Burindi: A study of social values. En: D. Paulme, Women of Tropical Africa. Berkeley and Los Angeles, University of California Press

Almeida-Filho, N.
1982 "Migraçoes internas y desordens mentais.Novas evidencias para una velha hipótese". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 28

Alvarado, C.A. y E. Tanoni
1975(?) El plan de Salud Rural de la Provincia de Jujuy. Ministerio de Salud

Anderson, J.
1982 Comment on "Cross-cultural Perspectives on Middle-Aged Women" by Judith Brown. Current Anthropology 23 (2)

Antileo, R.
ms. Representación social de la salud y la enfermedad en el Departamento de Catan-Lil, Hospital Las Coloradas, Provincia del Neuquén

Arrúe, W.
ep. El sentir y el sentido de las rejas. Actas del II Congreso Latinoamericano de Medicina y Ciencias Sociales. Social Science and Medicine

Arrúe, W.
ms. Informe Final. Proyecto de Investigación y Desarrollo "Conocimiento, salud y participación. Una propuesta de investigación sobre un estilo local de conocimientos". Buenos Aires, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Arrúe, W. y B. Kalinsky
1987 Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión. Revista Encuentros para la Salud año 1 no. 1

Arrúe, W. y B. Kalinsky
1988 "El alcohol, la cultura y la región. Una visión local de las pautas actuales de su consumo. Revista Española de Drogodependencia, 13 (2)

Arrúe, W. y B. Kalinsky
1991 De la médica y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la Provincia del Neuquén. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Colección Universitarias

Arrúe, W. y B. Kalinsky
ep.a Redes socioculturales de salud y práctica del conocimiento en el sur del Neuquén (Argentina). Revista de Psicología, México, Universidad Iberoamericana

Arrúe, W. y B. Kalinsky
ep.b Salud, Conocimiento e Identidad sociocultural. El proyecto de Atención Primaria y Salud Mental en la Zona Sanitaria IV de la Provincia del Neuquén. En: J. Villarruel (dir.) Estado, Salud y Sociedad. Neuquén 1944-1970. Universidad Nacional del Comahue y Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén

Arrúe, W., B. Kalinsky e . Ranguileo
ep. "Alcohol y comunidad. El conocimiento sitiado". En: N. Elichiri (comp.) Salud y Educación. Alternativas y desafíos de experiencias comunitarias. Buenos Aires, Paidós

Atkinson, J.
1992 Shamanism Today. Annual Review of Anthropology 21

Austin, J.L.
1981 (1962) Sentido y Percepción. Madrid, Tecnos

Ayers Cants, D.
1992 Comment on "Cross-cultural Perspectives on Middle-Aged Women" by Judith Brown. Current Anthropoology 23 (20)

Banchero, I., E. Beker, C.P. de Benedetti, N. Goldvarg e I. Rozenberg
ep. "El Grupo Balint": un modo de aprender acerca del ejercicio profesional. Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina

Baratta, A.
1989 Crimonologia critica y crítica del derecho penal. México, Siglo XXI

Barley, N.
1989 El antropólogo inocente. Barcelona, Anagrama

Bartolomé, M.
1971 El shamán guaraní como agente intercultural. Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología no. 2

Baruss, I.
1992 Contemporary issues concerning scientific study of Consciousness. Anthropology of Consciousness 3 (3-4)

Basaglia, F.
1972 La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico. Barcelona, Barral editores

Bastide, R.
1976 El sueño, el trance y la locura. Buenos Aires, Amorrortu Editores

Bateson, G. y M.C. Bateson
1989 El temor de los ángeles. Epistemología de los sagrado. Barcelona, Gedisa. Colección El Mamífero Parlante

Bax, M.
1992 Female suffering, Lord power relations, and religious tourism: A case study from Yugoslavia. Medical Anthropology Quarterly 6 (2)

Beidelman, T.O.
1992 Millennium. Cultural Anthropology 7 (4)

Belmartino, S., C. Bloch, A. Persello y M.I. Carnino
1988 Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945, Rosario, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Centro de Estudios Sanitarios y Sociales

Bengoa, J.
1985 Historia del Pueblo Mapuche. Siglos XIX y XX. Santiago de Chile. Ediciones Sur, Colección de Estudios Históricos

Berger, P. y T. Luckmann
1979 La construcción social de la realidad, Buenos Aires, Amorrortu Editores

Bibeau, G.
1988 A step toward thick thinking: from webs of significance to connections across dimensions. Medical Anthropology Quarterly 2 (4)

Bion, W.R.
1980 Experiencias en grupos. Buenos Aires, Paidós

Blackwell, J.
1991 The walk to Emmaus: Culture, Feeling and Emotion. Ethos 19 (4)

Bock, P.
1988 Review of children who remember previous lives: A question of Reincarnation. Ian Stevenson, M.D. Charlottesville, University of Virginia

Bourdieu, P.
1985 The genesis of the concept of "habitus" and of "field". Sociocriticism 2

Bourdieu, P.
1987 Cosas Dichas. España, Gedisa

Bowlby, J.
1989 Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Argentina, Paidós. Biblioteca de Psicología Profunda

Briones, C.
1990 "Disputas y consentimientos en la identidad étnica mapuche". Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires

Briones, C.
1988 "Puertas abiertas, puertas cerradas. Algunas reflexiones sobre la identidad étnica mapuche y la identidad nacional". Cuadernos de Antropología, 2. Universidad de Luján y EUDEBA

Bronson, M.
1992 When as-if becomes as-is: The spontaneous initiation of a Brazilian Spiritist Medium. The Anthropology of Consciouness 3 (1-2)

Brown, J.
1982 Cross-cultural Perspectives on Middle-Age Women. Current Anthropology 23 (2)

Brown, H.
1983 La nueva filosofía de la ciencia. Madrid, Tecnos

Gadamer, G.H.
1977 Verdad y Método. Fundamentos de una hermenéutica filosófica. Salamanca, Sígueme

Gajardo, M.
1983 La investigación participativa: propuestas y proyectos. Fundaçao Getulio Vargas. Forum Educacional.

Galanter, M. (ed.)
1984 Recent developments in alcoholism. New York, Plenum

García, M.
1991 Eficacia simbólica y eficacia instrumental del derecho. El Otro Derecho no. 7. Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, Bogotá, Colombia

García Méndez, E.
1992 Brasil: de Infancias y Violencias. Revista No hay derecho. Buenos Aires. Año 3 no. 8

Garenne, M. y P. Cantrelle
1991 Prospective studies of communities and their unique potential for studying the health transition: reflections from the ORSTOM experience in Senegal. En: J. Cleland & A. G. Hill (eds.) The Health Transition. Methods and Measures. Health Transition Series no. 3. Health Transition Centre. The Australian National University

Gaudio, J.J., J.H. Penido, M.S. Gutiérrez y A. Curcio
1992/1993 Hospitalización de pacientes en el Hospital "J.T. Borda" de la ciudad de Buenos Aires. (Análisis cualitativo y cuantitativo de las variables intervinientes). Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría 10

Geertz, C.
1987 La interpretación de las culturas. México, Gedisa

Geertz, C.
1984 "Distinguished lecturer: Anti Anti-relativism". American Anthropologist 86 (2)

Geertz, C.
1963 Old societies and new states: The quest for modernity in Asia and Africa. Glencoe, IL, Free Press

Gellner, E.
1989 Cultura, Identidad y Politica. El nacionalismo y los nuevos cambios sociales. Barcelona, Gedisa

Gianotten, V. y T. de Wit
1985 "Participación popular: algunas reflexiones". En: I. Hernández (comp.), Saber popular y educación en América Latina. Buenos Aires, Búsqueda-CEAAL

Giddens, A.
1977 Studies in Social and Political Theory. London, Hutchinson University Library

Ginzburg, C.
1989 Mitos, Emblemas, Indicios. Morfologia e Historia. Barcelona, Gedisa

Goffman, E.
1981 Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu editores

Goldchuk, A. y R. Casella
1992 La elección del encierro. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría 3

Good, B.
1988 Comment on "A methodology for cross-cultural ethnomedical research" by C.H. Browner, B. Ortiz de Montellano y A. Rubel. Current Anthropology 29 (5)

Good, B. y M-J. Delvecchio Good
1985 The meaning of symptons: a cultural hermeneutic model for clinical practica. En: L. Eisenberg y A. Kleinman, The relevance of Social Science for Medicine, Dordrecht, D. Reidel

Goody, J.
1992 Towards a Room with a View: A Personal Account of Contributions to Local Knwoledge, Theory, and Research in Fieldwork and Comparative Studies. Annual Review of Anthropology 20

Goody, J.
1987 The interface between the oral and the written. Cambridge, Cambridge University Press

Goulet, J-G
1988 Representation of Self and Reincarnation among the Dana-The. Culture vol. VIII no. 2

Goulet, J-G.
1992 Reincarnation as a fact of life among contemporary Dene Tha. En: A. Mills and R. Slobodin (ed.) Amerindian Rebirth: Varieties of belief and cases of reincarnation among North American Indians and Inuit. Univ. of Calegary.

Green, E.
1989 Can collaborative Programmes between Biomedical and African Indigenous Health Practitioners Suceed? En: J. Caldwell & G. Santow (eds.) Selected Readings in the Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health. Health Transition Series no. 1. The Australian National University

Guarnaccia, P., P. Parra, A. Deschamps, G. Milsteins and V. Argiles
1992 Si Dios quiere: Hispanic Families´experiencies of caring for seriously mentally ill family members. Culture, Medicine, and Psychiatry 16(2)

Gudeman, S. y A. Rivera
1989 "Colombian Conversations. The Strenght of the Earth". Current Anthropology 30 (3)

Guerrino, A.
1984 La medicina en la Conquista del Desierto. Buenos Aires, Círculo Militar

Gupta, A. y J. Ferguson
1992 Beyond "culture": Space, Identity and the Politics of Difference. Cultural Anthropology 7 (1)

Habermas, J.
1989 Teoría de la acción comunicativa. I: Racionalidad de la acción y racionalización social. Buenos Aires, Taurus

Hadad, M.F., C. Chaneton, C. Ventura y R. Rius
ms. La salud de los trabajadores rurales: hacia una propuesta de Atención Primaria de la salud laboral. Subsecretaría de Salud Pública de la Provincia del Neuquén

Hammad, A. El Bindari y C.A. Mulholland
1991 The health status of vulnerable groups: A valuable indicator for national development. The Health Transition: Methods and Measures. Health Transition series no. 3, The Australian National University

Harrell, B.
1981 Lactation and Menstruation. A Cultural Perspective. American Anthropology 83

Harrell, S.
1991 Pluralism, Performance and Meaning in Taiwanese Healing: A case study. Culture, Medicine, and Psychiatry 15 (1)

Harwood, A.
1991 Editor's Farewell. Medical Anthropology Quarterly 5 (4)

Hastrup, K.
1992 Out of Anthropology: The anthropologist as an object of dramatic representation. Cultural Anthropology 7 (3)

Heath, D.
1987 "Anthropology and alcohol studies: Current issues". Annual Review of Anthropology 16

Heggenhougen, H.K.
1991 Perceptions of health-care options and therapy-seeking behaviour. En: J. Cleland & A.G. Hill (eds.) The Health Transition: Methods and Measures Health Transition Series no. 3. Health Transition Centre. The Australian National University

Helman, C.
1985 Anthropology and clinical practice. Anthropology Today 1 (4)

Hernández, V., G. Pérez, V. Procupez, A. Stagnaro y B. Kalinsky
1993 "Mundos, Postulados y Conocimientos". En: B. Kalinsky (comp), Racionalidad, Objetividad y Antropología: replanteos críticos. Epistemología de las Ciencias Sociales, cuaderno no. 2, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires

Hernández, I.
1985 Saber popular y educación en América Latina. Buenos Aires, Ediciones Búsqueda

Herskovits, M.
1955 Cultural Anthropology, New York, Knopf

Herzfeld, M.
1987 Anthropology through a looking-glass: critical ethnography in the margins of Europe. Cambridge, Cambridge University Press

Herzlich, C.
1985 La 'profession' de médicin. Prospective et Santé no. 34

Higginbothan, N. y L. Connor
1990 Culture acommodation of primary heealth care: a framework for assesing the contribution of patient-provider fit to health transition. En: J. Caldwell, S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid & D. Broers-Freeman (eds.) What we know about health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health. Health Transition Series no. 2 (vol. II). Health Transition Centre. The Australian National University

Hobsbawn, E. and T. Ranger (ed.)
1983 The Invention of Tradition. Cambridge: Cambridge University Press

Hopper, K.
1991 Some old questions for the new cross-cultural psychiatry. Medical Anthropology Quarterly 5 (4)

Hopper, K.
1992 Cervantes' Puzzle -A commentary on Alex Cohen's "Prognosis for Schizophrenia in the Third World: A Reevaluation of Cross-Cultural Research". Culture, Medicine, and Psychiatry 16 (1)

Hull, T.
1990 Roots of primary health care institutions in Indonesia. En: J. Caldwell, S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid & D. Broers-Freeman (eds.) What we know about health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health. Health Transition Series no. 2 (vol. II). Health Transition Centre. The Australian National University

Ingleby, D. (comp.)
1982 Psiquiatría crítica. La política de la salud mental. Barcelona, Grijalbo

Irurzún, Navarro, David y otros
1987 Sociología Criminal. Buenos Aires, Pensamiento Jurídico Editora

Jackson, D. (comp.)
1984 Comunicación, familia y matrimonio. Buenos Aires, Nueva Visión

Jacovella, G.
1992 ´Comentarios´ a "El contexto externo de la política exterior argentina: Notas sobre el "nuevo orden mundial" de Roberto Russell. Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano. Colección Estudios Internacionales

Jalil, B., M. Jalil y F. Turner
1978 "Attitudes toward mental illness. Its relation to contact and ethnocultural backround". The Journal of Nervous and Mental Disease 166 (10)

Jenkins, J.
1991 Anthropology, Expressed Emotions, and Schizophrenia. Ethos 19 (4)

Johansson, S.R.
1991 The health transition: the cultural inflation of morbidity during the decline of mortality. Health Transition Review 1 (1)

Johnson, T.
1991 Anthropology and the World of Physicians. Anthropology Newsletter 32 (8)

Jorion, P. y G. Delbos
1986 La noción espontánea de magia en el discurso antropológico. En: El Hombre, selección de artículos de la Revista Francesa de Antropología. Buenos Aires, Manantial

Jourdan, C.
1991 Pidgins and Creoles: The blurring of categories. Annual Review of Anthropology 20

Kaës, R.
1979 Crise, Rupture et Depassement, Paris, Bordas

Kalinsky, B. y W. Arrúe
1991 a "Antropología, Conocimiento y Salud Mental: 'ensemble' o trío de la disputa?". Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría 5

Kalinsky, B. y W. Arrúe
1991 b Problemas sociales, problemas de investigación: la cuestión del conocimiento en el ámbito de la salud. Epistemología de las Ciencias Sociales, cuaderno no. 1, Facultad de Filosofía Letras, Universidad de Buenos Aires

Kalinsky, B., W. Arrúe y D. Rossi
1993 La salud y los caminos de la participación social. Marcas institucionales e históricas. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política Argentina, 405

Kalinsky, B. y G. Pérez
1993 Antropología, "Otros" y contextos de autorización del conocimiento. Buenos Aires, Revista de Antropología año 8 no. 13

Kalinsky, B. y G. Pérez
ep. "De aquí y de allá": la ambigüedad etnográfica de la Otredad. México, Revista Iztapalapa

Kalinsky, B. y M. Carrasco
ms. Una perspectiva antropológica del concepto de "recuperación". Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires

Kalinsky, B., M. Carrasco, W. Arrúe y G. Witteman
ms. "Si Dios es siempre el mismo". Paisajes, contrastes y pluralismo cultural en el ámbito de la salud. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires

Kaljee, L. y R. Beardsley
1992 Psychotropic Drugs and concepts of Compliance in a Rural Mental Health Clinic. Medical Anthropology Quarterly 6 (3)

Kamppinen, M.
1989 Cognitive Systems and the Cultura Model of Illness. A Study of Two Mestizo Peasent Communities of the Peruvian Amazon. Helsinki, Academia Scientiarum Fennica

Keesing, R.
1987 "Anthropology as interpretive quest". Current Anthropolgy, 28 (2)

Keesing, R.,
1989 Creating the Past: Custom and Identity in the Contemporary Pacific. The Contemporary Pacific 1 (1-2)

Keesing, R.
1992 The Past in the Present: Contested Representations of Culture and History. Other Sites: Social Anthropology and the Politics of Interpretation. Selected papers from the New Zealand Association of Social Anthropology Conference, 23-26 August 1990. Department of Social Anthropology. Massey University, Palmerston North, New Zealand

Keesing, R.
ms.a "The uses of Knowledge". The Australian National University

Keesing, R.
ms.b Murder on Mount Austen: Ancestors, Warriors, and Urban Thugs. The Australian National University

Keyes, C.
1987 "The interpretive basis of Depression". En: A. Kleinman y B. Good (ed.), Culture and Depression. Studies in the anthropology and cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley, University of California Press

Klass, M.
1991 When "God Can Do Anything". Belief Systems in Collision. Anthropology of Consciousness 2(1-2)

Kleinman, A.
1987 Anthropology and Psychiatry. The role of culture in cross-cultural research of illness. British Journal of Psychiatry 151

Kleinman, A. y J. Kleinman
1991 Suffering and its proffesional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience. Culture, Medicine, and Psychiatry 15 (3)

Kleinman, A.
1980 Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the borderland between Anthropology and Psychiatry. Berkeley, Los Angeles, University of California Press

Kleinman, A.
1986 "Social origins of distress and disease: Depression, Neurasthenia and pain in Modern China". Current Anthropology 27 (5)

Kleinman, A.
1977 "Culture, Depression and the 'new' cross-cultural Psychiatry". Social Sciences and Medicine 11

Koegel, P.
1992 Through a Different Lens: An Anthropological Perspective on the Homeless Mentally Ill. Culture, Medicine, and Psychiatry 16 (1)

Laclau, E. y C. Mouffe
1987 Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia. Madrid, Siglo XXI

Lafortune, D. y M. Kiely
1989 Prévention primaire des psychopathologies: Appellation controlée. Santé Mentale au Québec XIV (I)

Lamas, M.
1986 La Antropología feminista y la categoría de "género". Nueva Antropoología vol. VIII no. 30

Landsman, G y S. Ciborski
1992 Representations and Politics: Contesting Histories of the Iroquois. Cultural Anthropololgy 7 (4)

Landy, D.
1977 Role adaptation: Traditional curers under the impact of Western Medicine. En: D. Landy (ed.), Culture, Disease and Healing, London, Macmillan

Last, M.
1981 The importance of knowing about not knowing. Social Science and Medicine 15B (3)

Laudan, L.
1986 El progreso y sus problemas. Hacia una teoría del crecimiento científico. Madrid, Ediciones Encuentro

Laughlin, C.
1992 Time, Intentionality and a Neurophenomenology of the Dot. Anthropology of Consciousness 3 (3-4)

Lawless, E.
1988 Handmaidens of the Lord: Pentecostal Women Preachers and traditional religion. Philadephia, University of Pennsylvania Press

Lévi-Strauss, C.
1968 (1958) Antropología Estructural, Buenos Aires, EUDEBA (cuarta edición)

Lindenbaum, S.
1990 The view from Anthropology. En: J. Caldwell, S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid & D. Broers-Freeman (eds.) What we know about health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health. Health Transition Series no. 2 (vol. II). Health Transition Centre. The Australian National University

Lins Ribeiro, G.
1989 Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica. Un ensayo sobre la perspectiva antropológica. Cuadernos de Antropología Social 2 (1). Sección Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires

Little, K.
1993 Masochism, Spectacle, and the "Broken Mirror" clown entrée: A note on the Anthropology of Performance in Postmodern Culture. Cultural Anthropology 8 (1)

Littlewood, R.
1992 Humanism and Engagement in a Metapsychiatry. Culture, Medicine, and Psychiatry 16 (3)

Lock, M.
1990 "On being ethnic: the politics of identity breaking and making in Canada, or, 'Nevra' on Sunday". Culture, Medicine and Psychiatry 14 (2)

Lyon, W. S.
1991 The Visionary Experience in North American Shamanism. The Anthropology of Consciousness 2 (1-2)

Lyotard, J-F.
1987 La condición postmoderna. Informe sobre el saber. Madrid, Cátedra

MacLean, V.
1976 Some aspects of sickness behaviour among Yoruba. J.B. Loudon (ed.) Social Anthropology and Medicine. Academic Press London

Maddocks, I.
1990 What makes a patient good? En: J. Caldwell, S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid & D. Broers-Freeman (eds.) What we know about health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health. Health Transition Series no. 2 (vol. II). Health Transition Centre. The Australian National University

Malinowski, B.
1986 (1922) Los argonautas del Pacífico Occidental. Madrid, Planeta, Agostini

Mannoni, M.
1982 Un lugar para vivir. Barcelona, Grijalbo

Marcus, G.
1986 "Contemporary problems of ethnography in the modern World System". En: J. Clifford, and G. Marcus (ed.), Writing Culture: The poetics and politics of Ethnography. Berkeley, University of California Press

Margolies, L.
1991 Recipes for good fieldwork: the interrogation. The Latin American Anthropology Review 3 (1)

Marshall, P.
1992 Anthropology and Bioethics. Medical Anthropology Quarterly 6 (1)

Marx, J.H., P. Rieker, D. L. Ellison
1974 The sociology of community mental health: historical and methodological perspectives. En: Roman, P. & H.M. Trice (eds.), Sociological Perspectives on Community Mental Health, Philadelphia, F. A. Dauts Company

Mazak, A.
1993 On Understanding Intentional Worlds. Revision Magazine 14 (4)

Mead, M.
1935 Sex and Temperament in three Primitive Societies. New York, William Morrow

Mendoza, M.
1989 "Estrategias adaptativas de migrantes tobas en el Gran Buenos Aires". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 3-4

Menéndez, E.
1992 Investigación antropológica, biografía y controles artesanales. Nueva Antropología. México, Vol. XIII no. 43

Menéndez, E.
1985 Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y atención (gestión) de la salud. México, Cuadernos de la Casa Chata no. 85

Menéndez, E.
1989 Reproducción social, mortalidad y antropología médica. Cuadernos Médico-Sociales no. 49/50

Merlan, F.
1992 Male-Female Separations and Forms of Society in Aboriginal Australia. Cultural Anthropology 7 (2)

Mernissi, F.
1975 Beyond the veil: Male-Female dynamics in a Modern Muslim society. Cambridge, Schenkman

Merry, S.
ms. Courts as Performances. Wellesley College. Paper prepared for the panel "Hegemonic Processes and Oppositional practices: courts as arenas of transformation." American Anthropological Association Meeting, Chicago, IL. 1991

Merry, S.E.
1992 Anthropology, Law and Transnational Processes. Annual Review of Anthropology 21

Millard, A.
1992 The Anthropological Analysis of Health. Medical Anthropology Quarterly 6 (1)

Mills, A.
1988 A comparision of wer´suwet´ on cases of the reincarnation. Journal of Anthropological Research 44

Minkoff, K.
1987 Beyond Deinstitutionalization: A new ideology for the Postinstitutionalization. Hospital Community Psychiatry 38

Mossotti, J.A. (coord.)
1991 Proyecto de externación de la colonia psiquiátrica Oliveros, Provincia de Santa Fe. Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría 3

Munck, V.
1992 The fallacy of the misplaced Self: Gender relations and the construction of multiple selves among Sri Lankan Muslims. Ethos 20 (2)

Murphy, Y. y R. Murphy
1974 Women of the Forest. New York, Columbia University Press

Myntti,C.
1991 The anthropologist as storyteller: picking up where others leave off in public-health research. En: J. Cleland & A. Hill (eds.) The Health Transition. Methods and Measures. Health Transition Series no.3. The Australian National University

Nagel, E.
1968 La estructura de la ciencia. Buenos Aires, Paidós

Nathan, T.
1991 El semen del diablo. Elementos de etnopsicoterapia. Buenos Aires, Losada

Neuman, E.
1990 Cárcel, estereotipo y readaptación social. En: M. Laferriere y H. Leis (comp.) Cárcel y Democracia: un debate necesario. Buenos Aires. Centro Editor de América Latina, Biblioteca Política Argentina

Oldenburg, R. y D. Brisett
1980 The Essential Hangout. Psychology Today 13

Olivera, M.A. y C. Briones
1987 "Proceso y estructura: transformaciones asociadas al régimen de 'reserva de tierras' en una agrupación mapuche". Cuadernos de Historia Regional, IV (10), Universidad Nacional de Luján y EUDEBA

Omran, A.R.
1982 The epidemiological transition theory. International Encyclopedia of Population, New York, Free Press

Ong, A.
1991 The gender and labor politics of Postmodernity. Annual Review of Anthropology vol. 20

Organización Mundial de la Salud (OMS).
1983 "Informe del Grupo de Trabajo sobre salud y culturas médicas tradicionales en América Latina y El Caribe".

Ortner, S.
1984 Theory in anthropology since the sixties. Comparative Studies in Society and History 26 (1)

Ortner, S.
1978 Sherpas through there rituals. Cambridge, Cambridge University Press

Orubuloye, I.O., J.C. Caldwell, P. Caldwell & C. H. Bledsoe
1991 The impact of family and budget structure on health treatment in Nigeria. Health Transition Review vol. 1 no. 2

Oxfeld, E.
1992 Individualism, Holism, and the Market Mentality: Notes on the Recollections of a Chinese Entrepreneur. Cultural Anthropology 7 (3)

Palermo, V.
1988 Neuquén: la creación de una sociedad. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina

Parsons, T.
1951 The Social System. New York: Free Press

Passos Nogueira, R.
1990 Orígenes de las corporaciones médicas en la antigüedad. Cuadernos Médico-Sociales no. 52

Pavarini, M.
1988 Control y dominación. Teorías criminológicas burguesas y proyecto hegemónico. México, Siglo XXI

Pedersen, D. y V. Baruffati
1989 "Healers, Deities, Saints and Doctors: elements for the analysis of medical systems". Social Science and Medicine 29 (4)

Preston, S. y M. Haines
1991 Fatal Years: Child Mortality in Late Nineteenth-Century America Princeton, Princeton University Press

Rabinow, P.
1986 Representations are social facts: Modernity and postmodernity in Anthropology. En: J. Clifford y G. Marcus (eds.), Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography.Berkeley, University of California Press

Reddy, W.M.
1992 Postmodernism and the Public Sphere: Implications for an Historical Ethnography. Cultural Anthropology 7 (2)

Radcliffe-Brown, A.R.
1986 (1924) Science and Native Problems. How to understand the Bantu. Anthropology Today 2 (4)

Radovich, J.C. y A. Balazote
1990 "Reproducción social y migraciones en NaupaHuen, Provincia de Río Negro". Revista de Antropología, año V no. 9

Radovich, J.C.
ms. "Relevamiento sociocultural en agrupaciones indígenas de la Provincia del Neuquén". Ministerio de Bienestar Social de la Provincia del Neuquén

Raharjo, Y. y L. Corner
1990 Cultural attitudes to health and sickness in public health programs: a demand-creation approach using data from West Aceh, Indonesia. En: J. Caldwell, S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid & D. Broers-Freeman (eds.) What we know about health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health. Health Transition Series no. 2 (vol. I). Health Transition Centre. The Australian National University

Ranguileo, I. y B. Kalinsky
1992 De mujeres entre mujeres: problemas de género y discriminación social. Revista MR. Organo de la Sociedad de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén, no.21

Rapold, D.
1986 Movilizaciones femeninas: un ensayo teórico sobre sus condiciones y orígenes.México, Nueva Antropología vol. VIII no. 30

Rappoport, J.
1987 "Mythic images, historical thought and printed texts: The Páez and the written word". Journal of Anthropological Research 43 (1)

Renaud, M.
1992 De la epidemiología social a la sociología de la prevención: 15 años de investigación sobre la etiología social de la enfermedad. Cuadernos Médico-Sociales no. 60

Reynolds, S. y P. Wanjiru Kariuki
1991 Malnutrition and gender relations in Western Kenya. Health Transition Review 1 (2)

Risteen Hasselkus, B.
1992 The Family Caregiver as Interpreter in the Geriatric Medical Interview. Medical Anthropology Quarterly 6 (3)

Rosaldo, R.
1989 Culture and Truth. The remaking of social analysis. Boston, Beacon Press

Rosenhan, D.
1990 "Acerca de estar sano en un medio enfermo". En: P. Watzlawick (comp.), La realidad inventada. Cómo sabemos lo que creemos saber?. Barcelona, Gedisa

Rosenthal, R.
1966 Experimenter effects in behavioural research. New York, Appleton-Century-Crafts

Roth, P.
1989 Ethnography without tears. Current Anthropology 30 (5)

Russell, R.(ed.)
1992 La política exterior argentina en el Nuevo Orden Mundial. Buenos Aires, FLACSO y Grupo Editor Latinoamericano

Sachs, L.
1989 Misunderstanding as therapy: doctors, patients and medicines in a rural clinic in Sri Lanka. Culture, Medicine, and Psychiatry 13 (3)

Sahlins, M.
1988 a Cultura y Razón Práctica. Contra el utilitarismo en la teoría antropológica. Barcelona, Gedisa

Sahlins, M.
1988 b Islas de Historia. La muerte del Capitán Cook. Metáfora. Antropología e Historia. Madrid, Gedisa

Sahlins, M.
1990 Cosmologías del capitalismo. El sector trans-pacífico del "sistema mundial". Conferencia presentada a la XVI Reunión Brasileña de Antropología. Campinhas, 1988. Cuadernos de Antropología Social 2 (2). Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires

Said, E.
1978 Orientalism New York, Basic Books

Said, E.
1986 "Antagonistas, públicos, seguidores y comunidad". En" H. Foster (comp.), La Posmodernidad. Barcelona, Kairós

Saillant, F.
1990 Discourse, Knowledge and Experience of Cancer: A Life Story. Culture, Medicine, and Psychiatry 14 (1)

Salgado de Snyder, V.N., R. Cervantes y A. Padilla
1990 "Migraciones y estrés postraumático. El caso de los mexicanos y centroamericanos en los Estados Unidos". Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 36 (3-4)

Sangren, S.
1988 Rethoric and the authority of Ethnography: ´Postmodernism´ and the social production of texts. Current Anthropology 29 (3)

Sapir, E.
1931 Communication. Encyclopedia of the Social Science IV

Sass, L.
1986 Anthropology´s native problems. Revisionism in the field. Harper´s

Scott, D.
1992 Anthropology and Colonial Dicourse: Aspects of the Demonological Construction of Sinhala Cultural Practice. Cultural Anthropology 7 (3)

Schelsky, H.
1967 El hombre en la civilización científica y otros ensayos. Buenos Aires, Sur

Schrödinger, E.
1958 Mind and Matter. Cambridge, Cambridge University Press

Schuster, F.
1992 El método en las ciencias sociales. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina. Los Fundamentos de las Ciencias del Hombre no. 37

Schutz, A.
1974 El problema de la realidad social. Buenos Aires, Amorrortu editores

Shokeid, M.
1992 Exceptional Experiences in Everyday Life. Cultural Anthropology 7 (2)

Singer, M.
1990 Reinventing Medical Anthropolgy: Toward a Critical Realigment. Social Sciences and Medicine 30 (2)

Skultans, V.
1991 Women and affliction in Maharashtra: A hydraulic model of Health and Illness. Culture, Medicine, and Psychiatry 15 (3)

Smith Doody, R.
1992 Sense and Non-sense: Dissemination and Empiricism in Practice. Ethos 20 (2)

Speck, R. y C. Attneave
1973 Redes familiares. Buenos Aires, Amorrortu Editores

Spencer, J.
1989 Anthropology as a kind of wrinting. MAN (NS) 24

Spiguel, R.D., J.C. Stagnaro y D. Wintrebert
1991 Editorial. "Institucionalización / Desinstitucionalización / Postinstitucionalización". Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría 3

Strathern, M.
1992 The Decomposition of an Event. Cultural Anthropology 7 (2)

Stromberg, P.
1981 Variation and consensus in the interpretation of Religious: A Swedish Example. American Ethnologist 8

Subsecretaría de Salud. Ministerio de Bienestar Social
1986 "Informe sobre la Provincia del Neuquén"

Sugar J.A.,A. Kleinman y K. Heggehougen
1991 Development 'downside': social and psychological pathology in countries undergoing social change. Health Transition Review 1 (2)

Sugar, J.A., A. Kleinman y K. Heggenhougen
ms. Social and Behavioural Pathologies

Swedenburg, T.
1992 Occupational Hazards Revisited: Reply to Moshe Shokeid. Cultural Anthropology 7 (4)

Swerdlow, M.
1992 "Chronicity", "Nervios", and community care: a case study of Puerto Rican Psychiatryc patients in New York City. Culture, Medicine, and Psychiatry 16 (2)

Swidler, A.
1986 Culture in action: Symbols and Strategies. American Sociological Review vol. 51

Taussig, M.
1987 Shamanism. Colonialism and the Wild Man.Chicago, University of Chicago Press

Taylor, C.
1989 Sources of Self: The making of modern identity. Cambridge, MA, Harvard University Press

Tedlock, D.
1987 Questions concerning dialogical anthropology. Journal of Anthropological Research 43

Tedlock, B.
1992 The Role of Dreams and Visionary Narrative in Mayan Cultural Survival. Ethos 20 (4)

Turner, V.
1986 The anthropology of performance. New York, PAJ Publications

Turton, D.
1988 Anthropology and Development. En: P.L. Leeson y M.M. Minogue (eds.) Perspectives on Development. Cross-disciplinary Themes in Development Studies. Manchester, Manchester University Press

Tyler, S.
1986 Post-modern Ethnography: From document of the occult to occult document. En: J. Clifford y G. Marcus (eds.), Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography.Berkeley, University of California Press

Ugalde, A.
1987 Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud comunitarios. Cuadernos Médico-Sociales 41

Underwood, O. y D. Gray
1990 Barriers to health in North Yemen: what is ´evidence´ and what ´evidence´ is wanted? En: J. Caldwell, S. Findley, P. Caldwell, G. Santow, W. Cosford, J. Braid & D. Broers-Freeman (eds.) What we know about health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health. Health Transition Series no. 2 (vol. I). Health Transition Centre. The Australian National University

Valeri, V.
1987 "Comment on ´Anthropology as interpretive quest´ by R. Keesing". Current Anthropology, 28 (2)

Valeri, V.
n.d. Both nature and culture: Reflections on Hualu gender ideology. En: J. Atkinson y S. Errington (eds.) Power, Politics, and Gender. Standford, Standford University Press

van Der Geest
1991 Marketplace conversation in Camerron: How and Why popular medical knowledge comes into being. Culture, Medicine, and Psychiatry 15 (1)

Varela, F.
1990 "El círculo creativo. Esbozo históricocultural de la reflexividad". En: P. Watzlawick (comp.), La realidad inventada. Cómo sabemos lo que creemos saber?. Barcelona, Gedisa

Varela, F.
1975 "A calculus for self-reference". International Journal of General Systems 2

Varsavsky, O.
1982 Obras escogidas. Buenos Aires, Centro Editor de América Latina

Vattimo, G.
1992 Etica de la interpretación. Argentina, Paidós Studio

Vega, W. y R. Rumbaut
1991 Ethnic minorities and mental health. Annual Review of Sociology 17

Villaça Mendes, E.
1989 El sistema unificado y descentralizado de salud en el actual contexto de la reforma sanitaria brasilera. Cuadernos Médico-Sociales no. 47

Villaça Mendes, E.
1990 Sistemas locales de salud. Una aproximación conceptual. Cuadernos Médico-Sociales no.54

von Glasersfeld, E.
1990 Introducción al constructivismo radical. En: Watzlawick, P. (comp.) La realidad inventada. Cómo sabemos lo que creemos saber? Barcelona, Gedisa

Vovelle, M.
1985 Ideologías y Mentalidades. Barcelona, Ariel

Vygotzky, L.S.
1987 Thinking and Speech, New York, Plenum

Watzlawick, P.
1990 La realidad inventada. Cómo sabemos lo que creemos saber?. Barcelona, Gedisa

Weinberg, S.S.
1988 The world of our mothers: The lives of Jewish inmigrant women. Chapel Hill, University of North Caroline Press

Weinberger, A.S.
1980 Profil de la prévention primaire. Santé Mental aud Canada 28 (4)

Weiss, C.
1992 Controlling Domestic Life and Mental Illness: Spiritual and Aftercare Resources used by Dominican New Yorkers. Culture, Medicine, and Psychiatry 16 (2)

Wen, J-K.
1990 The Hall of Dragon Metamorphoses: A Unique, Indigenous Asylum for Chronic Mental Patients in Taiwan. Culture, Medicine, and Psychiatry 14 (1)

Werbin, A. y L. Zieher
1993 Trastorno obsesivo compulsivo. Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría 10

Whittaker, E.
1992 The Birth of Anthropological Self and Its Career. Ethos 20 (2)

Wiley, A.S.
1992 Adaptation and the Biocultural Paradigm in Medical Anthropology: A Critical Review. Medical Anthropology Quarterly 6 (3)

Winch, P.
1970 Understanding a Primitive Society. En: Wilson, B.R. (ed.) Rationality, Oxford

Wolkmer, A.C.
1991 Pluralismo jurídico, movimientos sociales y prácticas alternativas. El Otro Derecho no.7, Bogotá, ILSA

Yoder, P.S.
1991 Cultural conceptions of Illness and the measurement of changes in Morbidity. En: J. Cleland & A.G. Hill(eds.) The Health Transition. Methods and Measures . Health Transition Series no. 3. The Australian National University Printing Service

Young Chung Pang, K
1990 'Hwabyung': The Construction of a Korean Popular Illness Among Korean Elderly Immigrant Women in the United States. Culture, Medicine, and Psychiatry 14 (4)

Zaffaroni, R.E.
1989 En busca de las penas perdidas. Deslegitimación y dogmática jurídico penal. Buenos Aires, EDIAR

Zola, I.
1972 Medicine as institution of social control. Sociological Review 20

Zola, I.
1985 "Structural constraints in the doctor-patient relationship: the case of non-compliance". En: L. Eisenberg and A. Kleinman (ed.), The relevance of Social Science for Medicine, Dordrecht, D. Reidel

...ENOS AIRES
...FIA Y LETRAS
...TECAS