

XV Corredor de las Ideas del Cono Sur-X Coloquio Internacional de Filosofía Política

Nuestra América ante el centenario de la reforma universitaria: Visiones críticas
Bahía Blanca, 28, 29 y 30 noviembre 2018
Departamento de Humanidades, UNS



EJE TEMÁTICO II: PROBLEMAS COMUNES DE NUESTRA AMERICA

Vanessa A. Stefanazzi

Entre Salud/es y Saberes. SALUD COLECTIVA

La tarea del equipo de salud se trata de la construcción de un compromiso efectivo de los trabajadores de salud con el mundo de las necesidades de los usuarios. Se trata de la construcción de nuevos colectivos de los trabajadores comprometidos con lo individual y lo colectivo de la vida. Se trata de hallar un ordenamiento organizacional coherente con una lógica centrada en el usuario, que permita construir en el cotidiano vínculos y compromisos estrechos entre los trabajadores y los usuarios y en la producción de las intervenciones tecnológicas en salud conforme, otra vez, a las necesidades individuales y colectivas.

Podemos conectar la idea del poder oculto de las organizaciones con la Teoría de Bohm⁴, en el sentido de que el poder oculto refleja una realidad básica u “orden implícito” (o envuelto) en el cual existen las potencialidades que se expresan en el “orden explícito” (o revelado) manifestado en todo el orden que nos rodea.

En la organización también existe un orden oculto o implícito dado por la sumatoria de los órdenes ocultos o implícitos de los trabajadores y que se manifiesta en el orden explícito o revelado de la organización; así, la apariencia de estabilidad aparente, de que todo sigue igual no es tal, ya que el mismo está sostenido por el continuo fluir, pues cada momento de existencia tiene similitud con el anterior, dando así una apariencia de continuidad en pleno cambio. Cambio que está en íntima relación con su entorno, con el contexto en el cual está inmersa la organización (y cuando digo organización digo la

suma de todos y cada uno de los trabajadores que la conforman ya que ellos son los que le dan vida a la misma, sin ellos no existe organización posible), entendiéndola como campos de relaciones entre los trabajadores entre sí y entre ellos y el contexto económico, político y social de la época, siendo a la vez determinantes y determinados, instituidos e instituyentes, ya que no puede entenderse a la organización como una red de partes separadas pues la relación de la organización con el entorno está internamente determinada.

Y es en ese continuo fluir, en el que cada instante tiene similitud con su precedente, pero nunca es igual, que se producen las variaciones al azar dentro del sistema, entendiendo por dentro el sistema total, organización más entorno, pudiendo derivar en modificaciones aleatorias que en su conjunto hagan surgir nuevos sistemas de relaciones y modos de organizarse, los cuales al adquirir un nivel crítico de soporte son incorporados a la organización corriente del sistema, pudiendo transformar el sistema entero de actividades, evolucionando así hacia identidades más fluidas y abiertas al sistema al cual pertenecen. Y es también, en ese continuo fluir que se expresa la creatividad permanente del trabajo en acción, en la dimensión pública y colectiva, que puede ser explotada para inventar nuevos procesos de trabajo y hasta extenderlo a dimensiones no pensadas.

La organización debe aprender a cambiar con el cambio. Es un reto para las organizaciones tratar con el mundo y poder llegar a desarrollar la capacidad de reconocer de qué manera forman parte del entorno, es decir, comprenderse a sí mismas y su relación con el mundo. Dicho de otra manera, deben dejar de mirarse hacia adentro, debiendo abandonar el egocentrismo y considerar que el camino a seguir está en el conformar “lo que pasa” y no en ver “que pasa”³.

En el trabajo en salud, lo relacional tiene un papel central ya que en la interacción trabajador de la salud-paciente existe una conjunción de saber hacer, como dice Merhy³, de tecnologías blandas-duras relacionadas con el saber técnico, con el acto de curar propiamente dicho, o como también él dice el trabajo vivo en acto; pero también nos encontramos en el acto de curar, en esta interacción relacional con lo que denomina tecnologías blandas como es el caso de la producción de vínculo, el acogimiento y la gestión como una forma de gobernar los procesos de trabajo del “arte de curar”. Por último éste autor menciona las tecnologías duras, también implicadas en el trabajo en

salud y que cumplen un papel de soporte de las tecnologías blandas y blandas-duras. Se entiende que el trabajo vivo en acto no existe sin el momento de la relación con el otro.

En el campo de la salud, la práctica, la formación y la investigación aparece saturada de procesos sociales; la desigualdad social emerge en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional, desigualdad que recae negativamente sobre los estratos sociales subalternos.

Según Eduardo Menéndez, se reconocen tres modelos diferentes de atención: el Modelo Médico Hegemónico (MMH), el Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) y el Modelo de Autoatención, identificando características estructurales para cada uno de estos modelos.

Cabe destacar que éstos modelos de atención no están aislados unos de otros, pues están en íntima relación, tal vez más interaccionados por los conjuntos sociales que por los curadores que se ubicarían en cada uno de los modelos mencionados ya que son las actividades impulsadas por los sujetos y grupos sociales las que generan la mayoría de las articulaciones entre las diversas formas y saberes a través de sus usos, secundarizando las incompatibilidades y diferencias por la búsqueda de una solución pragmática a sus problemas.

Los curadores, por su parte, expresan la articulación con otros modelos de atención a través de una apropiación de técnicas pero tratando de mantener la diferencia a través de seguir proponiendo su forma de curar como la más idónea.

El rasgo estructural dominante del MMH es el biologicismo, dejando así explícita la cientificidad del modelo y con ello la diferenciación y jerarquización respecto de otros modelos existentes.

La búsqueda de un origen biológico y la técnica para la curación, pueden tener como consecuencia evitar hallar la causalidad profunda de un problema, no interviniendo sobre su etiología real. La “profundidad” biológica puede operar exclusivamente sobre lo manifiesto, visto desde la teoría de Bohm⁵, desde el orden explícito o revelado, sin tener en cuenta el orden implícito que subyace por debajo del orden explícito y en el cual se hallan todas las potencialidades que pueden llevar a que el problema se exprese como tal.

Y en parte esa falta de búsqueda puede evidenciarse en el deterioro de la relación médico-paciente a lo largo del tiempo, por múltiples causas que interaccionan unas con otras y conllevan a esa situación. El MMH no trata a los sujetos en su contexto social. El médico no trata de ahondar en su vida diaria, de ayudarlo a dar un mayor significado a su existencia. No se debe olvidar que más allá de que el origen inmediato sea biológico, lo que se le cuestiona a éste modelo es su pretendida exclusividad en la interpretación del proceso salud/enfermedad. Lo que se plantea es la necesidad de construir un enfoque unificado donde lo biológico sea parte de una perspectiva general que lo incluya, refiriendo al hecho de que las enfermedades producen sentidos y significaciones subjetivas y colectivas, no reparando en lo que Good Byron³ refiere como lo “soteriológico” de la enfermedad, la cual tiene dos componentes, uno referido a la disfunción biológica propiamente dicha y el otro referido a las significaciones y representaciones que para los sujetos tienen esas enfermedades catalogadas sólo desde lo biológico; el primer componente tiene que ver con la dolencia corporal y el otro con el sufrimiento humano. Así, siguiendo a éste autor, el conocimiento médico debería ser un medio de experiencia, un modo de compromiso con el mundo; es un medio dialógico, de confrontación, de interpretación, de conflicto y, a veces, de transformación.

El proceso de medicalización ha evidenciado la capacidad de la biomedicina para construir síndromes que dan lugar no sólo a la elaboración de criterios diagnósticos y de historias naturales de enfermedades sino también a la propuesta de tratamientos en gran medida basados en medicamentos; en éste sentido la investigación antropológica y sociológica ha documentado cómo la práctica médica transmite pautas de comportamiento consideradas correctas.

En éste aspecto es muy ilustrativo el texto de Edgardo Rodríguez Juliá⁶, en el que menciona el tapiz tejido con los catorce mil distintos medicamentos que los cuatro hombres y las cuatro mujeres, cuyas vidas han sido reseñadas en la instalación, han ingerido a lo largo de su vida, alrededor de unas cuarenta mil pastillas. Ésta pieza lleva por nombre, muy explícito en mi parecer, Cradleto Grave, lo que nos estaría significando que esos medicamentos que han consumido sólo han sido una especie de un soporte o sostén hasta que les llegara el momento de la tumba, de la muerte; entiendo que con esto los autores han querido significar que el consumo de medicamentos por sí sólo no es suficiente para paliar o curar los males de los sujetos, sino que hace falta la

contención de los grupos sociales en los que se hallan inmersos, desde los más pequeños, sea el caso del núcleo familiar, hasta el más amplio que incluye a toda la red de relaciones en la que los sujetos desarrollan su existencia. La muerte indefectiblemente llegará, pero lo que debería tenerse en cuenta en todo momento del proceso salud/enfermedad es el concepto de lo “soteriológico” de Good Byron, disfunción biológica y sufrimiento humano.

Citando a Scheper-Hughes, antropóloga, señala *“La realidad es siempre más compleja, contradictoria y esquiva que lo que dan de sí nuestros limitados y parciales modelos teóricos y métodos”* (Scheper-Hughes, 2000:268).

Para captar la “realidad social” de la mortalidad infantil y los significados que subyacen a ella, la autora desarrolla un estudio en Patacuba, Ceara (noreste brasileño), pues al cruzar las estadísticas oficiales de las muertes de los niños (desde el nacimiento hasta los cinco años) notificadas en ese lugar, Nations y Amaral (1991) hallaron que la oficina del registro civil sólo había hecho constar el 44% de las muertes reales de niños, dejando sin registrar el 56%. Dicho estudio requería cruzar los datos oficiales con la tradición oral, para lo cual se vale de informantes más sensibles en lo que respecta a la detección de muertes de mujeres menos apreciadas y de los recién nacidos de ambos sexos, a los que ella llama relatores de muertes y demógrafos populares, más sensibles que la oficina del registro civil y la inspección a domicilio. Entre los demógrafos populares se encontraban los sacerdotes y las monjas católicas, los farmacéuticos, el personal del hospital, los que hacían los ataúdes con cajas de zapatos, las costureras que cosían las mortajas, los vendedores del mercado que ofrecían otros materiales para el velatorio, los taxistas y los sepultureros. El conocimiento de todos ellos puede completar el contexto social en el seno del cual se da la muerte del niño. Asimismo, saber de las historias individuales de la vida reproductiva de las mujeres pobres resulta necesario no sólo para corregir el incompleto registro oficial, sino también para profundizar en el conocimiento del contexto y del significado de la muerte infantil que, en el noreste rural de Brasil, se consideran de forma alternativa como una “vida de ángel”. A todo esto podemos agregar el conocimiento, las memorias y la experiencia de los niños como informantes potenciales, fuentes que normalmente se han pasado por alto y quienes pueden ser informantes dolorosamente entusiastas sobre la cuestión de la muerte infantil. Para el relevamiento de los datos la autora debía confiar en las memorias de las mujeres de las barriadas de chabolas ya en el papel de madres, sanadoras

tradicionales, figuras religiosas y comadronas. Debía dejar el registro civil para caminar por los bidonvilles y aldeas rurales, asistir a velatorios, procesiones funerarias, examinar tumbas viejas, usadas y reutilizadas, asimismo como hablar con todos aquellos involucrados en la producción, muerte y entierro de los bebés ángeles. Ésta aproximación cualitativa al tema es necesaria para practicar lo que la autora denomina una “antropología con los pies en el suelo”, la cual se refiere tanto a una práctica del trabajo de campo fundamentada existencial, metodológica y políticamente, así como también al sentido de interpretar los principios fundamentales de un orden social dado, las formas en que el pensamiento, las ideas y la praxis interactúan, pudiendo iluminar los significados más profundos de los acontecimientos sociales para capturar lo situacional del conocimiento y la práctica culturales.

La autora da cuenta de que en sus propias investigaciones, se afana en hallar mejores formas de acceder a datos cruciales pero escurridizos que le permitan acceder a un mejor entendimiento de la realidad, ocultos en el saber y en el haber del colectivo de las favelas. Sara Ruddick (1989) el plantea que existen unos “intereses [universales] que parecen regir la práctica maternal en todas las especies” y que hacen que “el amor materno aparezca como algo totalmente natural” (ver Scheper-Hughes, 2000:277-278), pero esa actitud femenina que menciona Ruddick de “sostener”, “sujetar”, debe ser pensado e interpretado en el contexto de una maternidad como el de las barriadas de chabolas brasileñas, donde los riesgos para la supervivencia del niño son legión. Allí las madres deben admitir una cierta humildad, incluso pasividad, ante un mundo que se encuentra en tantos aspectos, más allá de su control. Así las madres de un bidonville brasileño (una barriada de chabolas) responderían a una posición metafísica distinta y bastante opuesta como “dejar ir”, “soltar”, reflejando una actitud de calma y resignación ante los sucesos que no se pueden cambiar. En cuanto a la noción de “madre suficientemente buena” (ver Scheper-Hughes, 2000:278-279) que plantea Winnicott (1987), la misma estaría asociada a la presencia de un bebé “suficientemente bueno”, y éstas mujeres, las de las barriadas de chabolas, no perciben a su bebé como “suficientemente bueno”, sino al contrario, dicen a menudo que están defraudadas o decepcionadas con sus bebés débiles y enfermizos, especialmente según ellas, con aquellos a los que les parece faltar un cierto talento para la vida. El pensamiento de estas mujeres evoluciona de la experiencia y la práctica de la maternidad en un contexto de hambre, penuria y muerte de sus niños.

Podría decirse que los motivos de la crisis de la institución médica se tienen su anclaje en las carencias antropológicas de la práctica y la visión del cuerpo en que se basan.

La medicina científica o la que ejercen los egresados de las facultades, quienes poseen un diploma que los habilita para curar y liberar de las enfermedades al hombre, está legitimada por la fuerza de la ley, algo impuesto, mientras que las medicinas paralelas o alternativas están legitimadas por el reconocimiento del otro, el curandero no sería tal, si no habría hombres que lo legitimaran como poseedor de la capacidad de curar.

La crisis deviene como consecuencia de la imposición de la medicina científica al querer situarse fuera del marco social y cultural, al detentar la palabra verdadera, la única científica y por lo tanto intocable. Esto es, imponerse a los sujetos, como si esta medicina no hubiese también sido considerada como charlatanería en los sectores más populares, ya que la relación terapéutica se construye entre el enfermo y el curador (sea éste un médico diplomado de una facultad, un curandero o algún otro tipo de denominación de los sujetos practicantes de alguna medicina popular, pues cuidar y curar no necesitan sólo de un saber, sino también y especialmente, de un saber-hacer y de un saber-ser, es decir, de la eficacia de los métodos que se usan (según Testa, pensando la eficacia como la probabilidad de que un fenómeno, en este caso el acto de curar, produzca consecuencias hasta el máximo de su capacidad potencial) y también, de cualidades humanas como intuición, tolerancia, comprensión, en suma, ser empático con el otro.

La institución médica al “evolucionar” y hablar de las enfermedades psicosomáticas, al incorporar el “problema social” apunta a una forma de incorporación que mantiene diferenciados a sus componentes, por lo cual es parcial en cuanto a la incorporación, ya que reconoce la existencia de un cuerpo (soma) y una mente (psiquis) con capacidad de generar procesos patológicos. Lo que en ningún caso aparece claro, como lo menciona Testa, es que cuerpo y mente son una sola y única cuestión, indiferenciable en cualquier proceso patológico. Como contrapartida a esto, en una fracción del quehacer psicoanalítico se inicia un movimiento crítico a las concepciones médicas de los procesos de salud enfermedad, basado precisamente en el reconocimiento de las personas como totalidades insertas en un ámbito social amplio.

Asimismo, como lo menciona Taussig, este movimiento aboga por un incremento en el entrenamiento del personal médico para que ellos también se concienticen de la

diferencia entre la enfermedad (entendida sólo como la disfunción orgánica) y el malestar (entendido como lo que la disfunción orgánica le significa a la persona que la está padeciendo) y actúen acorde comprendan la diferencia, pensando así en una “ciencia social de la clínica” y su enfoque será el de la “construcción cultural de la realidad clínica”, lo cual permitirá mejorar la relación médico-paciente así como la eficacia de la terapia, superando la brecha comunicativa que existe entre “el modelo médico de la enfermedad y el “modelo del paciente del malestar”.

La ciencia social hace uso de dos tipos de categorías o conceptos: las categorías analíticas y los conceptos operacionales.

Decimos categoría analítica al hablar de una abstracción realizada en base al examen de una realidad, fundamentada en experiencias concretas. Según Taussig, una paciente aquejada de polimiositis atribuye su padecer como también la comprensión de su enfermedad a su propia historia personal, ya que para ella su vida era una ronda constante de pobreza, esfuerzo, agotamiento y enfermedad.

Decimos concepto operacional al sustrato sobre el cual se asienta el funcionamiento de las categorías analíticas (en este caso la abstracción que la mujer hace de su enfermedad para conectar la degeneración muscular y su experiencia de vida plena de esfuerzo muscular, opresión y sacrificio corporal), tratándose el concepto operativo no de una derivación a partir de la realidad, sino de una imposición sobre la misma: sería el caso de la enfermedad considerada sólo desde el punto de vista físico y biológico de la misma, desde la teoría de la cosificación de la enfermedad.

En estos conceptos operacionales, como en este caso es la interpretación científica tradicional del fenómeno salud-enfermedad, existe un error reduccionista, interpretando el fenómeno en estudio en un nivel que abarca aspectos más limitados, menos abarcativos de la realidad en la cual el mismo se halla inmerso. Este reduccionismo es tal vez la fuente principal de graves errores científicos en la interpretación de los fenómenos sociales, ya que se interpreta a la sociedad como un conjunto de individuos que se comportan según leyes objetivas que se explican desde la óptica de la conformación de esos individuos como seres vivos.

La paciente a la que Taussig hace referencia, realiza un análisis de los distintos factores que, según ella, intervienen en la estructura causal de la enfermedad que padece y además de lo mencionado como su experiencia de vida, también hace alusión a una

etiología bacteriana, la cual se halla entrelazada sistemáticamente dentro del tejido de sus relaciones más cercanas (hijas, nietas, pues ellas también lo padecerán), dice también que su enfermedad es culpa del medio ambiente en el que vive y hasta incluye a Dios en la estructura o cadena causal de la enfermedad.

Siguiendo con estos conceptos operacionales, la práctica médica moderna tiene un enfoque exclusivo sobre el “cómo” de la enfermedad, cosificando la patología. El paciente no tiene un verdadero acercamiento al médico, sí con los otros enfermos, porque el médico no siente el dolor, no puede pensarse en el lugar del paciente y por lo tanto no puede comprenderlo, lo cual se evidencia en el caso traído para el análisis por el autor.

Es así, como en las ciencias sociales, por las características complejas que éstas presentan, no puede establecerse una cadena causal definida, diferencia radical entre las ciencias sociales y las ciencias naturales. Así, la medicina, como ciencia aplicada a la resolución de un problema social no puede escapar a la determinación histórica de la culturalidad de la sociedad, sociedad en la cual están inmersos los individuos, rescatando en este punto los conceptos de estructuralismo y subjetivismo de Bourdieu, donde por un lado el individuo es moldeado por la estructura en la que se encuentra (la sociedad y la cultura que le es propia), y por otro lado son los mismo sujetos los hacedores de las relaciones humanas de la sociedad en la que viven y se desarrollan.

Toda esta trama de relaciones se desarrolla en un Campo (en el sentido de Bourdieu) de relaciones objetivas entre posiciones objetivamente definidas por su situación actual y potencial en la estructura de las distribuciones de especies de capital, cuya posesión impone la obtención de beneficios específicos, es decir, hay una jerarquización entre aquellos que detentan el capital (dominantes, en este caso los profesionales) y aquellos que se hallan en una clase social inferior (los dominados, en este caso los pacientes). Y digo relaciones objetivas, porque no dependen de la voluntad sino de la posición en relación a un capital.

Me parece interesante haber traído estos conceptos de Bourdieu y poder relacionarlos con la crisis del modelo médico, con la cultura propia de los sujetos que conforman las sociedades, como así también poder pensar las categorías analíticas y conceptos operacionales de que hace uso la ciencia social, y que por otra parte también encontramos en Testa, en relación a los textos de Le Breton y Taussig.

El caso al que haré referencia, se trata de una paciente que comienza a los 16 años con trastornos orgánicos funcionales que se le manifiestan afectando diversas partes del cuerpo o diversos órganos, en distintos momentos y con diferentes intervalos de tiempo entre la presentación de unos y otros. Así, podría mencionar que comienza con caída del cabello, por lo cual consulta a un clínico que la deriva a un dermatólogo, el cual la trata con pastillas, cremas e inyecciones tendientes a fortalecer el cabello. El cabello parece que detiene su caída pero recidiva cuando la paciente se “pone nerviosa” por alguna cuestión que le afecta su sistema nervioso. A causa de estos nervios que le “atacan” sufre de descomposturas que le provocan vómitos, le impiden alimentarse e ingerir líquidos lo cual la lleva a un estado de deshidratación extrema e inanición por lo cual es imposible que siga en cama en su domicilio y deba ser internada en un hospital público o en una clínica privada de la ciudad más cercana al pueblo donde la paciente reside y adonde es derivada por el médico de guardia del hospital de su pueblo. Esta situación se repite regularmente 2, 3 o 4 veces al año considerando las veces que la paciente llega al extremo de tener que ser internada para compensarla e hidratarla, pero entre estos casos extremos sufre descomposturas menos intensas que no llegan a la hospitalización pero que de todos modos la privan de alimentarse e hidratarse como debería. Es de imaginar que con una delgadez notoria y casi pelada, con la ropa que le “sobra por todos lados” y no encontrar ropa acorde a su edad, ya que el talle que le va es de “nena”, se retrae a estar “encerrada” en su casa, sin amigos ni vida social, vital para todo individuo y más si pensamos en una persona de 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y casi 23 años...

Pero volviendo a estos episodios que le ocurrían de descomposturas, el médico clínico le indica toda clase de estudios que tienen que ver con el funcionamiento de órganos y glándulas. No se halla razón física que le produzca a esta paciente los trastornos que terminan con la hospitalización, entonces sigue con el dermatólogo por la caída del cabello, con la nutricionista por la delgadez extrema, con el endocrinólogo porque hallan una pequeña alteración en el valor de la Hormona Estimulante de la Glándula Tiroides (TSH) y por último la psiquiatra para ver si le pueden calmar los nervios. Todos le indican algún tipo de medicación, la que aparentemente al ser un “cóctel tan variado” parece que en algunos casos es el causante de otra de las descomposturas que la dejan casi sin sentido. No perdamos de vista lo que ocurre alrededor de esta paciente, ya que se halla inmersa en un núcleo familiar que procura constantemente su bienestar pero con la carga emocional que a los mismos les provoca. También la envían a la

psicóloga 2 veces por semana, para reforzar la terapia psiquiátrica, a la que a veces no pude asistir porque sus fuerzas “no le dan”, aunque la paciente remite sentirse a gusto con la psicóloga, ya que de todos los profesionales que la atienden es la que percibe como “más cercana a ella”.

Así, la paciente sigue con su vida de reclusión y salida para visitar a cada uno de los profesionales que la tratan, sus episodios se repiten una y otra vez, con mayor o menor intensidad, pero no cesan y parece que cuando los nervios le “atacan”, según la intensidad del ataque y según remite su madre, es la intensidad de la “descompostura”.

Todos los profesionales que la tratan nunca se han visto entre ellos ni se han reunido para intentar hacer un abordaje integral de la paciente y su entorno familiar. Tiene varios diagnósticos según cada uno de los profesionales, hipotiroidismo para el endocrinólogo; alopecia (caída del cabello, que podría ser secundaria al Hipotiroidismo) para el dermatólogo; desnutrición extrema para la nutricionista; anorexia asociada a depresión severa para la psiquiatra, mientras que la psicóloga la trata según las indicaciones de la psiquiatra y el clínico no le encuentra nada orgánico razón por la cual la va derivando a uno y otro profesional según los síntomas que se le van presentando.

Todos los tratamientos fueron enfocados desde lo orgánico y la psiquiatra, como en el ejemplo de la polimiositis de Taussig, el médico clínico es el que la deriva a la psiquiatra porque presume un desorden emocional, a semejanza del “síndrome orgánico cerebral” del texto leído; ésta última le da el diagnóstico de “anorexia nerviosa asociada a depresión”. Nadie supo nunca de donde le vino la enfermedad, ya que fue siempre una paciente que se crió llena de atenciones, en una familia bien constituida, sin mayores perturbaciones, con padres cariñosos y dos hermanos sanos y vitales (uno mayor y uno menor). Tampoco ningún profesional le atribuyó la anorexia a una cuestión de imagen y negación a comer por parte de la paciente para tener una “buena figura” acorde a los cánones de nuestra sociedad, ya que siempre fue una paciente delgada sin problemas de obesidad. En su núcleo familiar no hay obesos. La madre piensa que este problema de su hija comenzó cuando se enteró que uno de sus primos robaba y siempre estaba en problemas con la policía, lo cual a ella le “afectó” mucho y ahí fue cuando se le “estropearon” los nervios. También la madre piensa que su autoreclusión hogareña y el reclamo de compañía casi permanente que requiere de su madre, podría deberse a que cuando nació era muy débil y chiquita y debió permanecer unos 15 días en la incubadora en el hospital, lo cual originó que su madre la tuviera que dejar “sola” por

las noches ya que ella se tenía que ir a su casa porque tenía a su esposo que trabajaba y la otra hija mayor que atender y además no tenía medios económicos para permanecer en la ciudad ya que ellos residían en la zona rural. A semejanza con el texto de Taussig, la paciente y su entorno buscan una cadena causal del padecimiento.

El cuadro de la paciente se fue agravando a medida que el tiempo transcurría hasta que la extrema desnutrición termina con su vida, unos días antes de cumplir 23 años, luego de una “descompostura” de varios días de evolución en su domicilio que la lleva a la última hospitalización que termina con un paro cardiorespiratorio y falla multiorgánica. Faltó un enfoque integral de la enfermedad? Los profesionales deberían haberse reunido a conversar su caso? Justo todos los profesionales que la vieron eran gente que no les interesaba demasiado el tema, querían atender, facturar y pasar al que sigue? No habrá habido algo que nadie por separado pudo descubrir que llevó a este triste (pero por otro lado esperable) desenlace pero que tal vez todos juntos, profesionales, familia y paciente habrían podido dilucidar y tal vez, hoy la paciente estaría con vida. Este es otro caso que ejemplifica la crisis del modelo médico y la reificación aparente de esta paciente, ya que su vida giraba alrededor de lo que los profesionales pensaban acerca de las “cosas” que se le manifestaban. O, tal vez, de estar la paciente todavía entre nosotros, podría haber contado, cómo un enfoque integral del equipo de profesionales que la trataban habrían posibilitado la mejoría y resolución de la enfermedad. No podemos saberlo.

Para terminar, y retomando los conceptos iniciales de Merhy⁴, acuerdo con en que el desafío que tienen nuestras organizaciones de salud por delante apunta a una revisión de los temas de las tecnologías en salud que en su conjunto conforman el acto de cuidar y el de la gestión de los procesos productivos a nivel de los establecimientos, ya que con nuestro saber y nuestro hacer somos responsables por el mañana. O hacemos diferente, o no lo será.

A lo largo de éstas páginas se puede observar las diferencias y similitudes de los modelos de atención del proceso de s/e/a, pero también las interacciones que van fluyendo entre los modelos; fluir que se da por las interacciones de los sujetos, cada uno en su rol, ya sea de curador, ya sea de paciente, siempre con el acompañamiento de los conjuntos sociales en los que se hallan insertos. Y es ese fluir constante de interacciones el que produce el cambio, ya que la sumatoria de pequeñas variaciones al azar, cuando alcanzan un nivel crítico de soporte, a menudo se incorporan a la organización corriente del sistema y son capaces de transformar el sistema entero de actividades.

En mi opinión personal, creo que el debate y la crítica a los modelos de atención del proceso de s/e/a está abierta y expuesta; creo que las ideas y prácticas de los hombres parecen desarrollarse en éste fluir constante que produce variaciones en sus comportamientos y en sus formas de pensar, y a medida que esas variaciones y comportamientos sean en la línea de cuestionarse el biologicismo absoluto del MMH y se pueda comenzar a pensar en los sujetos de manera más integral, no considerándolos como una sumatoria de aparatos y sistemas, sino también como un sujeto cargado de historia, de valores culturales, de emociones, de representaciones, será entonces esa acumulación de variaciones en los pensamientos y comportamientos de los médicos clínicos y del personal del sistema de salud, de los catedráticos de las Universidades y también de los Gobiernos, las que conformarán la masa crítica necesaria para que la transformación sea posible y permita el surgir de la evolución de una nueva identidad del sistema.

Bibliografía:

1. Emerson E. M. Salud: cartografía del trabajo vivo. 1 a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.
2. Menéndez E. De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009 Capítulo 1 pp.25-72
3. Menéndez E. El Modelo Médico Hegemónico. Estructura, Función y Crisis. En: Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Ediciones Casa Chata; 1990. pp.83-117
4. GoodByron J. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2003. pp.129-168
5. GonzalezLeandri, R. La profesión médica en Buenos Aires, 1852-1870. En: Lobato MZ, editor. Política, médicos y enfermedades. Lecturas de historia de la salud en Argentina. Buenos Aires: Biblos, Universidad Nacional de Mar del Plata; 1996. Pp. 19-53.
6. Morgan G. La revelación de la lógica del cambio: la organización como cambio y transformación. En: Imágenes de la Organización. México DF: Alfaomega Grupo Editor; 1999. pp.221-260
7. RodriguezJuliá,E. Tu bata blanca. El pastillero mío. Ambos trofeos. pp. 207-214

8. Scheper-Hughes N. Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. En: Viola A, compilador. Antropología del Desarrollo. Teorías y estudios Etnográficos en América Latina. Barcelona: Paidós Studio; 2000. p.265-296.
9. Le Breton D. Medicina y Medicinas: de una Concepción del Cuerpo a Concepciones del Hombre. En: Antropología del Cuerpo y Modernidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 1995. pp. 173-192.
10. Taussig M. La reificación y la conciencia del paciente. En: Un gigante en convulsiones. Barcelona: Gedisa; 1992. pp. 110-143.
11. Testa M. Tendencias en Planificación. En: Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar; 2009. pp. 85-125.
12. Testa M. Ciencias Sociales y Salud en Argentina. En: Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar; 2009. pp. 207-233.
13. Bourdieu P. Estructuras, habitus, prácticas. En: El Sentido Práctico. 1980. Libro I. Capítulo 3.
14. Tovillas P. Bourdieu: Una introducción. Buenos Aires: Quadrata; 2010.