



Revelaciones en Ateneo: efectos de relaciones dentro y fuera de un Servicio de Salud Programa de Antropología y Salud, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación¹

REVELATIONS AT ATHENAEUM: EFFECTS OF RELATIONS INSIDE AND
OUTSIDE A HEALTH PROGRAM. ANTHROPOLOGY AND HEALTH
PROGRAM. COLLEGE OF HUMANITIES AND SCIENCES OF EDUCATION²

Sonnia Romero Gorski

Doctorada en Etnología por la École de Hautes Études
en Sciences Sociales, Paris. Coordinadora del Programa
de Antropología y Salud, Facultad de Humanidades y
Ciencias de la Educación, Universidad de la República,
Montevideo, Uruguay. sromero@fhuce.edu.uy

113

Recibido: 16/05/17 – Aceptado: 20/05/17

RESUMEN

Se exponen testimonios empíricos y razones teóricas de una instancia de investigación y aprendizaje colectivo, en la modalidad de Ateneo, organizado por el Programa de Antropología y Salud, de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, en el segundo semestre del año 2014.

1. Versión revisada y ampliada de la Parte III- Ateneos del Programa de Antropología y Salud- 2014, 157-189. En: Romero Gorski, S. (Coord.). *Dinámica Cultural en la producción de salud y de riesgos*. Publicación del Programa de Antropología y Salud-Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación- Ed. Nordan Comunidad, Montevideo, 2014.

2. Revised and expanded versión of Part III – Athenaeums of the Anthropology and Health Program 2014: 157:189. At Romero Gorski, S. (Coord.) *Cultural Dynamics in the production of health and risks*. Publication of the Anthropology and Health Program – College of Humanities and Sciences of Education- Ed. Nordan Comunidad, Montevideo, 2014.

Desde la perspectiva antropológica nos pareció de interés experimentar con un formato innovador para analizar un caso complejo, que vinculamos con el campo de la salud. El hecho ocurrió en Montevideo en el primer semestre de ese año, con dramáticas derivaciones e involucrando diferentes mundos culturales: el de la institución hospitalaria, del equipo de salud, de actores demandantes de asistencia.

A propósito del caso, recogido por la prensa, planteamos la manifestación de una *diversidad cultural*, más bien enraizada en la *producción de sentidos* dentro de sectores sociales y grupos profesionales, bajo determinantes socio-económicos y en vinculación con capitales culturales distribuidos de manera desigual. Capitales que se asocian al conocimiento y al manejo del poder, incluso en áreas restringidas desde las que cada actor se relaciona con una institución asistencial de salud.

Punto de partida de la indagación, procediendo a la reconstrucción y densificación etnográfica en torno a lo sucedido: “*En la madrugada del martes antes de que ocurriera el hecho (muerte del padre), fue llevado al Hospital Maciel, pero nunca llegó un médico psiquiatra para atenderlo, por lo cual volvió a la casa...*” (declaración de la esposa de J.G. al diario El País, 7/3/2014)

Palabras clave: diversidad cultural- servicio de emergencias- salud mental- descompensación- parricidio

SUMMARY

Empiric testimonies and theoretical reasons from an investigation and collective learning are exposed in the form of an Athenaeum, organized by the Anthropology and Health Program of the College of Humanities and Sciences of Education, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, during the second semester of 2014.

From the anthropologic perspective we understood it was interesting to experiment with an innovative format to analyze a complex case linked to the field of human health. It happened in Montevideo on the first semester of that year, with dramatic consequences and involving different cultural worlds: those of a hospital, its health team and actors demanding assistance.

Concerning this case, picked up from the media, we suggested the manifestation of a *cultural diversity*, mostly rooted to the *production of meanings* within social sectors and professional groups, under socio-economic determinants and linked to cultural capitals unequally distributed. Cultural capitals associated to knowledge and management of power, even in restricted areas from where each actor is related to one health assistance institution.

The starting point of the investigation was the ethnographic reconstruction and densification around the event: “*At dawn on Tuesday, before the event took place (the father's death) he was taken to the Maciel Hospital but a psychiatrist doctor never came to take care of him, so he returned home...*” (Statements of J.G.' wife to El País newspaper, March 7, 2014).

Key words: cultural diversity – emergency service – mental health – decompensation - parricide

Introducción

En este texto se exponen testimonios empíricos y razones teóricas de una instancia de investigación y aprendizaje colectivo, en la modalidad de Ateneo, organizado por el Programa de Antropología y Salud, de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, en el segundo semestre del año 2014. Tomamos el modelo de los ateneos -de los que he participado en varias ocasiones -organizados por la Cátedra de Psicología Médica, de la Facultad de Medicina. En esa modalidad, se plantea un caso, en general un caso clínico, sobre el que se concentran un grupo de especialistas; se intercambian datos y pareceres hasta llegar

a un diagnóstico ajustado, desplegando y evaluando posibles medidas o tratamientos que se considere necesario aplicar, incluso revisar, si ya fueron aplicados. Los estudiantes presentes toman nota de la secuencia, los catedráticos-médicos y especialistas de disciplinas afines, a su vez procesan diagnósticos y visiones renovadas en, y por, el intercambio con pares.

Sin desconocer diferencias de abordajes disciplinarios, desde la perspectiva antropológica nos pareció de interés experimentar con el formato de los Ateneos para analizar un caso complejo, vinculado con el campo de la salud, ocurrido en Montevideo en el primer semestre del 2014, con dramáticas derivaciones e involucrando diferentes mundos culturales: el de la institución hospitalaria, del equipo de salud, de actores sociales demandantes de asistencia.

Una cierta diversidad cultural

En el caso estudiado la *diversidad cultural* no se presenta, recortada en repertorios culturales tradicionales o de alguna tradición étnico-cultural; se trata de un escenario de *etnografía doméstica*, en un medio urbano sin parcialidades étnicas, aunque objetivamente construido con diferencias culturales ancladas en variadas pertenencias socio-económicas, culturales, profesionales. En este punto sigo enseñanzas de Gérard Althabe (1932-2004)³ quien “reconocía en las instituciones francesas, principalmente, dos tendencias teóricas y empíricas que alimentaban opciones y reunían equipos con urgencias definidas de forma casi opuesta, la exploración de ámbitos domésticos (y a priori conocidos) o lejanos (y a priori desconocidos).” (Romero, S. 2005: 70). Y así “la toma de posición althabiana llama a una ‘descomposición radical del exotismo’, lo que supone salir definitivamente del esquema en el cual el antropólogo construye su saber a partir de una distancia máxima (alteridad etnocultural)...” (Hernández, V. 2005: 65). He trabajado en diferentes investigaciones con esta idea, convirtiéndola en herramienta metodológica, algo que guía diferentes indagaciones etnográficas en Uruguay y sobre todo en la ciudad de Montevideo, haciendo etnografía y/o antropología doméstica, es decir lo más próximo posible de lo que podría reconocer como “mi” ciudad, como universo de relaciones dentro de “mi” sociedad”. En ese contexto sigo considerando válida la observación y/o testimonio que hacía G. Althabe cuando advertía sobre “sentirse extranjero de sí mismo, recorriendo mundos ‘otros’ dentro de la propia ciudad, de la propia sociedad” (según Augé, M. 2005:71), postura que me permite aprehender niveles de complejización dentro de lo cotidiano y lo microsocioal.

A todos los efectos consideramos que la institución médica, regida por un conjunto de normas específicas, es activa creadora de *cultura institucional*, - la que no necesariamente es conocida, ni mucho menos compartida por usuarios del Sistema de Salud -. Entre personal técnico de salud y población que demanda asistencia, suele instalarse una distancia decididamente de *tipo cultural* ya que unos y otros manejan diferentes códigos, diferentes prioridades y tiempos.

Recurrimos en este análisis a nuestros propios antecedentes, de inspiración gramsciana, colocando al personal de salud, en particular el personal médico, de tecnología médica y nurses, bajo influencia de la *cultura hegemónica* y a los demandantes de atención gratuita en el Sistema de Salud Pública, dentro del ámbito de la *cultura subal-*

terna (Romero, S. 2003). Dicha diferencia no puede ser atribuida a la identificación con enclaves de minorías étnicas u otro. Hablamos de una *diversidad cultural* de otro tipo, más bien enraizada en la *producción de sentidos* dentro de sectores sociales y grupos profesionales, bajo determinantes socio-económicas y en vinculación con capitales culturales distribuidos de manera desigual. Capitales que se asocian al conocimiento y al manejo del poder, incluso en áreas restringidas desde las que cada actor se relaciona con una institución asistencial o de salud.

Diremos entonces que dentro de una sociedad como la uruguaya, en superficie y en apariencia, bastante homogénea e integrada, es posible reconocer una gran diversidad cultural según los campos empíricos por los que se transite. Hemos ya planteado en numerosos trabajos la complejidad estructural del campo de la salud: hemos analizado, hecho analogías etnográficas en busca de modelos, de reglas de composición de sentido a escala de lo local en grupos o situaciones que se revelan ante la observación etnográfica. (Romero, S., 2003; Romero, S. Emeric, B. Davyt, F. Cheroni, S., Rial, V., Rodriguez, A. C., Buti, A. Vomero, F., 2005, 111-163; Romero, S. 2013, 197-209; Romero, S. coord. 2014).

Los antecedentes y opciones teóricas de referencia nos llevan ahora a prestar atención al juego de factores culturales que mueven o motivan acciones individuales, profesionales, institucionales. En su objetivación, en su manifestación, hay factores que sin ser del orden de lo biológico afectan igualmente a la salud o la existencia, produciendo efectos a veces de gravedad vital, atrapando a personas e instituciones en cadenas de hechos poco favorables, cuando no fatales.

116

En una búsqueda actualizada de *factores de riesgo de tipo cultural* (como “factores de riesgo que se relacionan con las condiciones socioculturales, del sistema de relaciones sociales, grupales y/o intrafamiliares”, en Romero, S. 2003: 62), nos encontramos en el año 2014 con hechos de la crónica policial, en la prensa escrita de circulación diaria, que nos proporcionaron material para nutrir el primer Ateneo del Programa de Antropología y Salud (FHCE) para hacer un ejercicio de análisis y reconstrucción etnográfica. Participaron en dicho Ateneo integrantes del programa, invitados y estudiantes de nivel de Grado y Posgrado.

Prestar atención a la prensa como fuente de información sobre hechos con interés antropológico, no implica desconocer el rol de los medios en tanto “constructores” de hechos o acontecimientos. Ya tuve ocasión de referirme a la estrategia discursiva de la prensa oral y escrita, en investigación sobre efectos del tratamiento por parte de la prensa en jóvenes de barrios reputados como socialmente problemáticos; allí la prensa se hace presente y releva información para producir opinión, actuando como agentes de una práctica de “etiquetaje social” (ver Romero, S. 1995, Productores de etiquetas. El barrio y la prensa). Más actualizadas son las puntualizaciones que hace Marc Augé en torno a la ineludible referencia a los medios de comunicación.

”El espacio público es el espacio en el cual se forma la opinión pública. (...) se comprende que en los Estados modernos el espacio público no puede estar limitado a unas cuantas plazas o centros de la ciudad. La prensa, la radio han tomado el relevo y en principio crean columnas de opinión (“espacios”) en que los lectores u oyentes pueden expresarse. (...) Los medios, que de momento constituyen una instancia de sustitución de ese espacio público planetario inexistente, están perpetuamente sometidos a la tentación de confundir espacio público y espacio *del* público, en el sentido teatral del término“.(Augé, 2015: 42).

Debo recurrir nuevamente al modelo de Gérard Althabe quien optaba por la “observación total del campo”... y estando en una investigación en Buenos Aires, “desglosa

cada día los diarios principales (de Argentina) y toma de ellos la sustancia antropológica “(Hernández, V. 2005: 63).

De eso se trata: de extraer sustancia antropológica entre líneas, hechos, situaciones, testimonios que nos remiten a temas de investigación.⁴ En este caso tomamos un hecho de la Crónica policial, que extrajimos y llevamos *hacia* el campo de la salud para examinarlo, en profundidad, desde el punto de vista antropológico, por entender que tenía implicancias en temas de salud, instituciones, relaciones, modelos de atención, entre otros.

Agradezco intervenciones en el Ateneo de Fabricio Vomero, Eloisa Rodríguez, Virginia Rial (docentes honorarios del Programa) así como de Fabrizio Martínez, Víctor Sánchez Petrone, Selene Cheroni y Samuel Rodríguez.

Objetivos del Ateneo

Introducir mayores elementos de interpretación de hechos ocurridos -en vinculación con instituciones del Sistema de Salud e informados por la prensa -, a partir de teoría antropológica y abordaje puntual, planteando ejes de observación innovadores abiertos al debate interdisciplinario.

Nuestra meta disciplinaria se generó explícitamente en el interés de encontrar eventual relación causal de factores culturales diversos en la producción del hecho, en relación con la puesta en discusión del tema de la accesibilidad a la atención hospitalaria, que va más allá de las condiciones espaciales o de gratuidad de la atención.

Datos del caso

Hecho fatal (referido en páginas de la llamada “crónica roja” o policiales).

-El diario el País, del 6/3/2014 relató que “J. G. golpeó a su padre y le causó la muerte, tras una fuerte discusión familiar” Según el periódico esta situación dramática se generó en la mañana del miércoles 5 de marzo, refiriendo también a episodios anteriores que confirman que J.G. pasaba por un momento de alteración de su estado psico/emocional. El martes 4 de marzo por la noche había sido conducido por su esposa y su padre al Servicio de Emergencias del Hospital Maciel, desde el barrio Borro, literalmente en el otro extremo de la ciudad.

“En la madrugada del martes antes de que ocurriera el hecho (muerte del padre), fue llevado al Hospital Maciel, pero nunca llegó un médico psiquiatra para atenderlo, por lo cual volvió a la casa...” (declaración de la esposa de J.G. al diario El País, 7/3/2014)

Procedimiento para análisis del caso

“Rodeamos” el caso (anunciado más arriba) y sus secuencias, aplicando previamente marcos teóricos socio-antropológicos, evocando aportes de distintos autores, de antecedentes trabajados en el propio Programa de Antropología y Salud, escuchando visiones de colegas que aclararon aspectos subyacentes, o no percibidos en primera instancia.

4. Ver, por ejemplo, *Tensiones en servicios de salud, protestas, ataques a médicos*, en *El País*, 6/3/2017

Un antecedente ya trabajado por el equipo del Programa de Antropología y Salud (a pedido de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, 2008) se vincula con el caso que nos ocupó en 2014, en el Ateneo de referencia.

En el año 2009 realizamos una misión de investigación a la ciudad de Salto, norte de Uruguay, donde un médico había muerto, baleado en episodio confuso en la puerta del domicilio del viudo de una paciente fallecida un mes atrás. La comunidad médica había iniciado una campaña de denuncia sobre supuesta “violencia contra los médicos”. La densificación etnográfica del caso permitió aclarar otros factores, otras causalidades, hecho que llevó a reorientar actitudes corporativas, introduciendo necesidad de auto-reflexividad (Bourdieu, P. 2001) en la profesión médica. (Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, 2009, 52-55; Cuadernos del CES, 2009: 31-87)

Con años de intervalo y en diferentes escenarios encontramos nuevamente similares actuaciones dentro de un drama: una Institución médica u hospitalaria, técnicos del servicio, personas que demandan asistencia, que no son objeto de escucha eficaz, y como desenlace, - pero fuera de la institución hospitalaria y aparentemente en otra complejidad de relaciones interpersonales -, la producción de un heho de sangre que resulta fatal para una persona que no estuvo en la *posición* de paciente, pero sí en la *posición* de acompañante en el proceso de atención o demanda de asistencia.

La coincidencia de esos elementos en juego (en ambos casos) y luego la necesidad de aclarar la dimensión de un nuevo caso pero en el marco de descompensaciones de salud mental, en el que figura como elemento clave la institución médica u hospitalaria, nos llevó a determinar el interés antropológico del presente caso en el que un joven mató a su padre en la casa, en un hecho sin conexión aparente con las horas que esperó para ser asistido en un Servicio de Emergencias, de un hospital de Salud Pública (y de donde volvió sin una solución médica), Montevideo marzo 2014.

118

Coordenadas teóricas para ubicar la mirada antropológica en el caso del Ateneo del 2014

A los efectos de enmarcar teóricamente nuestro abordaje destaco tres aspectos que reiteradamente evocamos al enfrentar análisis e interpretación de datos empíricos en el campo de la salud:

1.- El primero es la importancia de la Palabra, contextualizada en ambiente asistencial, institucional.

Sobre el tema tomo palabras de Fabricio Vomero quien sostuvo que “como acto humano, todo acto médico debe ser abierto y cerrado en términos simbólicos. La palabra abre y posibilita las condiciones de simbolización, su ausencia puede en tanto mediadora fundamental de la experiencia humana con lo real, impulsar al acto impensado, al *acting out* según el término psicoanalítico, es decir violencia directa precipitada. Pero también esas palabras requieren de un contexto preciso, la palabra misma requiere un marco que la signifique, y por esa razón requiere que antes se produzca el encuentro con la *presencia* del otro. Afirmamos entonces que todo acto médico requiere de la presencia en su valor de reconocimiento subjetivo, estableciendo un marco de seguridad simbólica que alienta comportamientos contenidos y aceptados, reasegurando al paciente en una situación de contención simbólica. Decir y escuchar introducen, al que padece un sufrimiento, en una situación dialógica que en un doble movimiento propone

un sistema de interpretación al paciente, sea institucional, comprensión de situaciones, tiempos, lógicas, y personal introduciendo la vivencia propia en un lenguaje, volviendo al que habla en sujeto de enunciación.” (Vomero, F. 2014: 162)

Se reafirma entonces que “la palabra que se expresa o las que se nos dirija en cualquier situación humana es de una alta significación, y el silencio o la palabra inadecuada tiene muchas veces consecuencias insospechadas por quienes transitan diversos espacios hospitalarios o de salud.” (Vomero, F. idem). A partir de estos fundamentos observamos de forma crítica prácticas institucionales que tienden a “cosificar”, a los pacientes a través de secuencias de silencios, de largas esperas, u otras formas de falta de atención personalizada.

2.- El segundo aspecto que consideramos es la Complejidad de las Relaciones, de las interacciones entre las personas y las instituciones, aspecto que rara vez es contemplado dentro de los riesgos posibles, en términos de factores que dificulten accesibilidad o interfieran en la comprensión entre pacientes y formas de operar de las instituciones.

Sobre el punto Eloisa Rodríguez sostuvo que “el concepto de alteridad es central para la Antropología, el individuo siempre se construye en relación con los otros y en espacios simbólicamente instituidos que se establecen en conjuntos de relaciones posibles y necesarias que por otra parte dan lugar a desacuerdos, divisiones y recomposiciones. Cuando en una institución hospitalaria la atención a los usuarios se vuelve rutina institucionalizada, ese tipo de interacción se ejerce desde una elección racionalizada, es decir, dentro de una trama de relaciones y normas que se encuentran dentro de esa cultura institucional” (Rodríguez, E. 2014: 164).

La subordinación a las normas hospitalarias hace que se establezca un determinado orden en el sistema, pero a su vez el paciente queda sometido a la hegemonía médica desprovisto de autonomía en el sentido que: o se somete o se tiene que retirar de la escena, con los posibles riesgos que eso acarrea. En esta asimetría que se establece entre ambos, hay una relación de poder por parte de la institución que siempre va a existir por su propia condición de ente colectivo, poseedor de conocimiento técnico; lo que se objeta aquí es que en esa situación estructuralmente asimétrica no se encuentra una mediación, en el sentido de algo que pueda modificar esta relación y producir intercambios - palabras, gestos, actitudes, que intervengan para que no se llegue al extremo que sucede cuando los consultantes se retiran del centro de salud por cansancio, decepción u otro, y sin haber resuelto el motivo de su demanda.

No podemos olvidar que “la relación entre las personas y las instituciones jamás es estática, la interacción que se crea va de las personas que hacen las instituciones para las instituciones que crean las clasificaciones, para las clasificaciones que derivan en acciones, para las acciones que se concretizan en nombres y para las personas que reaccionan a esa nominación de modo positivo o negativo” (Latour, B. 2005: 98 en Rodríguez, E. 2014: 166).

“La visión moderna de la causa del error médico considera la atención a la salud como un sistema altamente complejo, donde interactúan muchos elementos y factores, y donde la responsabilidad no está en uno sólo de ellos. Así, la mayoría de los acontecimientos adversos suele generarse en una cadena causal que involucra recursos, procesos, pacientes y prestadores de servicios. El resultado de fallos hay que buscarlo en el sistema en el que trabajan los profesionales, más que en una mala práctica individual.(...) Esta perspectiva nos parece acertada, ya que no se puede pensar la atención de la salud en general, y en particular en un centro hospitalario, sin un mínimo de coordinación institucional que la haga gestionable (...), pero llega un momento en que la norma rígida

se vuelve poco adaptada para tratar de elegir prioridades entre personas y sus condiciones objetivas, comportamientos y situaciones. En un sistema de emergencia donde se priorizan procedimientos estandarizados, se debería asumir también la adaptación de la forma organizacional de un deber ser profesional, frente a la circunstancia de personas particulares, ordenadas dentro de contextos culturales, colectivos, familiares, personales.” (Rodríguez, E. 2014: 167)

3.- El tercer concepto sobre el que reflexionamos, fue el Acontecimiento, buscando problematizar su manifestación y reconocimiento.

La idea fue poner en debate si las demandas que llegan al Servicio de Emergencias de los Centros hospitalarios son valoradas en su potencial como causales en la producción de *Acontecimientos*, es decir en su potencial para generar algo que desborde la función o acción asistencial puntual. Hablamos de la posible emergencia de actos, hechos, gestos, que impacten en la vida de personas en un círculo de relaciones que incluyan al paciente y sus vínculos. En otras palabras, ¿cómo hacer para reconocer que irrumpe en un servicio asistencial de emergencias un hecho que puede devenir o generar *acontecimientos*?, pregunta que parecería paradójica porque los servicios de emergencias están, por definición, preparados para recibir situaciones complejas, que implican riesgos de diferente tipo.

De hecho el área de intervención de un servicio de Emergencias, se encuentra comprendida dentro de pre-definiciones que consideran en un primer nivel urgencias de tipo anátomo patológicas y lesiones traumáticas.

120 En ese alcance restringido pueden permanecer sin ser atendidas de forma inmediata descompensaciones de otro orden, sin evaluar impactos y/o causales de tipo socio-cultural. Estas últimas, en general, inciden de forma “natural”, al no ser consideradas como causales o indicadores de riesgo; simplemente las personas imponen lógicas que de forma inadvertida pero firme, van produciendo hechos o dinámicas imprevistas, fuera de los protocolos de funcionamiento médico-asistencial. El caso seleccionado nos proporcionó pruebas de riesgos de este otro orden, más alejados del plano de lo biológico stricto sensu.

En esta línea de interpretación tomamos como guía a Norbert Elías⁵, quien en su obra *Compromiso y distanciamiento*, (2002, 1ª ed. 1983), definió muy claramente la posición que nos propusimos alcanzar. Es decir ¿por qué pensar, analizar, problematizar, desde las ciencias sociales y humanas, cuestiones que se encuentran más bien en el campo de la salud y asociadas con acciones judiciales? En respuesta y siguiendo a N. Elías procuramos darle a los hechos empíricos una interpretación desde otro plano,

“La tarea del científico social es comprender y hacer que los demás comprendan cambiantes conjuntos de interrelaciones formadas por los seres humanos, la naturaleza de esos lazos y la estructura de los cambios. Los investigadores mismos forman parte de estos conjuntos de interrelaciones” (Elías, N. 2002: 39).

“¿Pueden los científicos sociales contribuir a resolver problemas de importancia?, así sean problemas específicos de su propio grupo, de su propia nación, clase social, profesión, etcétera, si utilizan artículos de fe canonizados o normas de uno u otro de estos grupos como fundamentos evidentes de sus teorías, de manera que los resultados de la investigación ya están determinados de antemano y destinados a confirmar ese

5. La relevancia del pensamiento de Norbert Elías fue destacada por Didier Fassin, antropólogo de la EHESS, de París, especializado en temas que refieren al campo de la salud, a los traumatismos. (Fassin, D.; Rechtman, R., 2011)

conjunto de creencias y valoraciones del grupo, o cuando menos a no ir en su contra?” (Elías N. ídem: 44).

Esa es la pregunta clave porque nos propone la necesidad de vigilancia epistemológica; es decir si nosotros tenemos una hipótesis y una respuesta sobre lo que queremos obtener, de alguna manera vamos a dificultar el camino para entender un hecho complejo con múltiples componentes que no son a priori todos visibles. Por el contrario debemos abrir un espacio para colocar supuestos que nos permitan desentrañar lógicas internas, micrológicas, que subyacen y componen los hechos empíricos.

La propuesta en el Ateneo (FHCE, 2014) fue entonces debatir en torno a determinantes internas y externas, ver ángulos posibles desde ese distanciamiento que plantea N. Elías. No debemos plantear de inmediato la hipótesis y la demostración a la que queremos llegar. “Sin un gran distanciamiento y sin autonomía de pensamiento, ¿acaso pueden esperar poner en manos de sus congéneres herramientas de pensamiento más adecuadas y modelos más acordes con la realidad?” (íbid)

Aquí tenemos que hacer mención al antecedente canónico de Marshall Sahlins quien deconstruyó magistralmente, en sus razones simbólicas, la secuencia de la muerte del capitán Cook en Hawai en el siglo XVIII; el núcleo de su demostración se puede encontrar en la consideración del *acontecimiento* cuando afirma que el mismo “se inserta en una categoría pre-existente y la historia está presente en la acción corriente. (...) Las categorías culturales por las cuales se constituye la experiencia no se deducen directamente del mundo, sino de sus relaciones diferenciales dentro de un esquema simbólico” (Sahlins, M. 1988: 137).

Otro punto importante que tomamos en consideración es en relación a lo que plantean Alban Bensa y Eric Fassin (2002) autores que nos alertaron sobre la necesidad de trabajar la cuestión del *acontecimiento* aplicándola al caso que llevamos al Ateneo. Los autores mencionados advierten que para la antropología y la etnología es difícil trabajar con un acontecimiento que nos llegue a través de los medios de comunicación, ¿En qué sentido?, porque para la antropología siempre es una dificultad trabajar sobre hechos narrados en las noticias del día; hay una inmediatez, hay demasiada proximidad y el hecho, o los hechos, están contruidos por los propios medios de comunicación.

A. Bensa y E. Fassin dicen que en cierto sentido la historia tiene más herramientas para tratar con acontecimientos, pero la historia estudia acontecimientos lejanos, con documentos, archivos. Tomando muy en cuenta esa dificultad, A. Bensa y E. Fassin sostienen que para trabajar con un acontecimiento próximo, la posibilidad que le queda al abordaje antropológico es la de *etnografiar*, *densificar*, ese hecho/ acontecimiento.

Seguimos entonces la oportuna recomendación de A. Bensa y E. Fassin, ya que se encuentra al alcance de nuestras posibilidades teórico-metodológicas.

De forma rápida vamos, entonces, en la línea de densificar el acontecimiento (que involucró a J.G), para determinar qué elementos hay adentro, para ver qué nexos podemos encontrar y trabajar en su posible vinculación. En coincidencia también con la cita de M. Sahlins referida más arriba, trataremos de ver “las relaciones diferenciales dentro de un esquema simbólico”.

Los apuntalamientos teóricos ya señalados, contribuyeron en la construcción de nuestro punto de vista desde un punto, desde un punto apto para la observación, diremos parafraseando recomendaciones de P. Bourdieu en tantas lecciones aprendidas.

Volvamos al hecho, a los hechos.

Secuencias del caso

El caso o hecho que tomamos fue muy comentado por los medios de comunicación, señalando que el protagonista era un joven que había actuado con cierto reconocimiento en el fútbol profesional, se trataba pues de un ex futbolista relativamente conocido, (nos dedicamos solamente a extraer los datos, sin detenernos en la composición discursiva del medio de prensa).

A.- El 4 de marzo del 2014 el padre y la esposa llevan a J.G. al Servicio de Emergencias del Hospital Maciel; se trasladan desde un barrio alejado hasta ese centro asistencial de referencia. Según consta, el joven presentaba un estado de aguda alteración en su comportamiento, en sus dichos. Luego se dirá que se encontraba en un estado depresivo desde hacía un tiempo, que en esos días se cumplía un año de la muerte de su madre, ultimada en el vecindario, en situación no aclarada.

B.- Se sumaban otros factores que aumentaban la fragilidad del estado de ánimo de J.G, se encontraba prácticamente desocupado, alejado del fútbol en el que había tenido un lugar como profesional. Tenemos referencia de un historial de droga, alcohol y desacato frente a la policía.

C.- J. G. concurría a una Iglesia Pentecostal en busca de apoyo y contención y tenía como una práctica habitual subir a Facebook las fotografías de eventos y ceremonias de su iglesia.

Luego se supo que J.G. respetaba al pastor de su iglesia, escuchaba sus palabras. (¿Podemos suponer que se sentía a su vez escuchado?)

D.- Por su parte, el padre de J. G. tenía en la casa un templo de la religión de Umbanda, (de origen afro-brasileño); según los policías el lugar estaba “lleno de santos y demonios”. En este punto podemos inferir que entre padre e hijo había un posible tema de fricción, por actuar dentro de dos sistemas de creencias diferentes, Iglesia Pentecostal y Culto de Umbanda, que manifiestan desacuerdos públicamente.

E.- La noche en que fue llevado al hospital, el estado emocional de J.G. había empeorado. Todos los elementos se configuraron en una situación que requería, según su familia, una intervención médica, por eso lo llevaron al Hospital Maciel (que no está próximo a su domicilio; el dato merece ser tenido en cuenta, porque hay policlínicas y servicios barriales más próximos, pero es posible que la familia los haya considerado como no apropiados para *ESE* tipo de emergencia).

F.- Según el relato de la esposa de J.G. todo transcurrió entre pocos días; la noche del día 4 fue al hospital y el día 7 ya estaba procesado por la muerte del padre. El hecho no fue caracterizado como homicidio culposo, sino que J.G. fue declarado “inimputable por delirio agudo”, entonces en lugar de ir a la cárcel fue internado en el Hospital Vilardebó, centro hospitalario de referencia para enfermos mentales. (Paradoja: los familiares habían evitado llevarlo a dicho Hospital, paradigma de institución manicomial)

Más aportes para la deconstrucción

Volviendo atrás tenemos que preguntarnos cuál fue el trasfondo y la lógica del desarrollo de los hechos. Fueron al hospital Maciel, ¿fueron asistidos?, ¿le dieron a J.G. pase a psiquiatra? ¿se produjo un diagnóstico médico? Etcétera.

Partimos de la certeza de que efectivamente fueron al Hospital Maciel, pero allí tuvieron que esperar que viniera un médico psiquiatra, porque así lo establece el protocolo cuando se trata de descompensaciones identificadas como de la esfera de la salud

mental. La espera se prolongó por horas, hasta que la familia (el padre y la esposa de J.G.) decide retirarse. Y de hecho regresan a la casa, donde luego ocurre una discusión entre padre e hijo.

Según la prensa la discusión se relacionó con reclamos, atribución de responsabilidades por la muerte de la madre, ya que también estaba bajo sospecha la situación del padre, agregando el dato de que la vivienda del padre era una “boca”, un punto de venta de drogas, de pasta base. Estamos ante un entorno muy complejo, que precede y envuelve las circunstancias de la descompensación de J. G. Luego de la demanda de asistencia, las decisiones que se tomaron al considerar como una opción volver a la casa sin haber recibido atención médica, ponen en lugar protagónico al padre, aspecto que tiene que ver con el inicio y desenlace trágico de la discusión entre el padre y el hijo. El lanzamiento hacia la cabeza del padre de un pesado cenicero por parte del hijo, en quien suponemos fuerza de deportista, fue un punto final de encadenamientos disfuncionales.

En el Servicio de Emergencias, no hubo condiciones para expresar ni para captar la complejidad de relaciones e historias ordinarias que precedían al emergente, que fue el estado alterado de J.G. La consigna o protocolo indicó esperar al médico especialista. Ante la espera del acto médico que demoraba en concretarse, la familia quiere retirarse, pero en el servicio le proponen derivarlo, o sea trasladarlo a otro servicio asistencial. Aquí se abre un nuevo conjunto de complejidades, institucionales y personales, subjetivas.⁶

Para avanzar en el análisis mantenemos los tres ejes ya señalados –importancia de la palabra, las interacciones interpersonales, la producción de acontecimientos. En el camino de la densificación etnográfica del hecho hay que hacer un ejercicio a la vez de deconstrucción y de reconstrucción, ensamblando piezas, pasando por el escenario de la Institución de salud, lugar que apareció lateralmente planteado en la noticia como tal, pero que en nuestro ejercicio de análisis toma protagonismo como escenario y lugar de producción de causalidades asociadas.

Consideremos otros factores o componentes de la complejidad fáctica: retomando la escena del caso en cuestión, y según versiones, hubo un pase médico general e intento de traslado del paciente en ambulancia al Hospital Vilardebó pero eso no fue posible porque no se ubicó al chofer de la misma. Faltando una pieza no se pudo concretar acto de asistencia alternativa. El motivo de esa ausencia ¿tuvo vinculación con lo institucional o con lo personal? el hecho resultante es que la intervención cae por ese imprevisto (o realidad no prevista en un esquema funcional).

Como señalábamos antes, un elemento que ya hemos observado (ver caso en Salto, 2009) es el riesgo específico que generan las derivaciones, circulación de pacientes entre espacios institucionales sin lograr respuestas.

Aquí se ubica la interpretación nuestra de todo el hecho como conjunto, conformando un *acontecimiento* que comenzó a gestarse dentro de la institución hospitalaria, y que comenzó por omisión. Corresponde retomar a Norbert Elías cuando dice: “no pueden evitar experimentar esas interrelaciones -también ustedes pueden ver-, directamente o por identificación, como participantes inmediatos en estas, cuando mayores son las tensiones y presiones a que están expuestos los investigadores y los grupos a que pertenecen, más difícil es para ellos realizar la operación mental de apartarse de

6. En nuestros antecedentes de investigación (Salto, 2009) ya habíamos observado recurrencia de efectos graves cuando intervienen sucesivos traslados de pacientes, de una institución a otra, cambiando responsables en cada ocasión y/o servicio. En el caso ocurrido en el 2014, el traslado propuesto como paliativo de una espera que se volvía insostenible, no llegó a concretarse.

su papel de participante inmediato, operación que se encuentra en la base de toda labor científica”, (ibid). Ésta es casi una pregunta de Norbert Elías, con la aspiración, que compartimos, de obtener algo con ese gran distanciamiento.

Es decir que para nosotros es imprescindible aclarar que los propios médicos y demás integrantes del equipo de salud, por estar inmersos en la escena institucional de los hechos, no visualizan de forma inmediata un conjunto de factores que están interactuando y que nosotros vemos ahora destacados con cierta claridad por el hecho de estar *distanciados*; nosotros mismos lo estamos construyendo, lo colocamos sobre la mesa como un objeto de análisis, “desnaturalizando” componentes y secuencias.

Nuestra formación antropológica nos advierte que la capacidad de actuar de los individuos está condicionada o dominada por las estructuras sociales y a su vez esas estructuras sociales también van a condicionar, a dominar, y en cierta medida, a modificar la capacidad de actuación de los sujetos. Entendemos que en un hospital, como en el caso que estamos viendo, la tensión del paciente tiene que estar contenida en un orden para hacerla gestionable, o sea dentro de un protocolo con normas que se tienen que acatar, entonces en esa rutina, el paciente queda sometido a las reglas de la institucionalización, en primer lugar sometido al *triage* o clasificación

En esa circunstancia tenemos a estos actores sociales, el padre y el hijo que van al Servicio de Emergencia del Hospital, evidentemente con un cuadro que debe de haber sido evaluado “de urgencia” porque por algo van hasta el Hospital Maciel y justamente al servicio de emergencia, pero allí se encuentran atrapados en un proceso de rutina y les dicen que tienen que esperar al especialista, al médico psiquiatra para que atienda su situación puntual (no se los ubica en primera línea de la emergencia, es decir que pueden esperar). Empieza la demora y no hay certeza del tiempo, aunque se pueda saber que en algunas instituciones, según la normativa, tres horas es el máximo de demora en la llegada del especialista, pero lo que no tiene el paciente es la certeza de cuánto tendrá que esperar dentro de ese margen de tres horas. Es entonces cuando el paciente, o los acompañantes, pueden cuestionarse hasta dónde, y en este caso posiblemente haya pasado, hasta dónde su problema se encuentra dentro de lo que se considera una urgencia de atención médica. En la situación que estudiamos lo que sucede es que ante una espera prolongada y de duración incierta, el paciente y sus familiares plantean retirarse del centro.

Retomando nuevamente la vía de “etnografiar” y “densificar” al caso, debemos agregar secuencias:

- a.- Consta un pase al Hospital Vilardebó (centro de referencia para la salud mental).
- b.- La orden la habría expedido un médico general; podemos imaginar la escena con el padre, y la esposa, insistiendo que se lo llevan porque no venía el especialista. En esa situación le proponen el pase para otro servicio, como un paliativo a una espera que se había vuelto insostenible.
- c.- el traslado no pudo concretarse de forma oficial, en la ambulancia, porque no se ubicó al chofer.
- d.- se retiraron igual, por sus propios medios, expresando intención de cumplir con lo indicado en el pase, es decir de llevarlo al hospital indicado.
- e.- en los hechos no fueron hacia el Hospital Vilardebó, porque no consideraron como una solución aceptable llevarlo a ese hospital, que el conocimiento popular asocia inequívocamente con la locura.
- f.- el padre tomó la decisión de llevarlo de vuelta a la casa, pero su hijo, J. G. no había sido ni diagnosticado, ni medicado. Se trató de un recorrido y un esfuerzo personal, de los familiares, que no logró respuesta eficaz desde lo institucional.

Finalmente, hay que señalar un factor muy importante: el propio equipo médico actúa trabado en relaciones y jerarquías. Si una descompensación es a simple vista de origen “mental” la competencia es del especialista, del psiquiatra. El sistema no lo clasifica como emergencia médica, el *triage* define entonces quienes son los actores autorizados.

Dentro de lo ya secuenciado, la derivación al Hospital Vilardebó, aparece como una solución “natural” dentro de la *cultura institucional* del Servicio de Emergencias del Hospital Maciel, pero el gesto que pretendía lograr una solución, una respuesta institucional al fin, despertó desconfianza y rechazo en el paciente y familiares.

Si la familia de J.G. hubiera pensado desde el principio que el problema estaba en la esfera de la locura, lo habrían llevado a Emergencias del Vilardebó, hospital bastante más próximo al domicilio, pero la familia de J.G. con los elementos de juicio de los que disponía, visualizó un hospital que es la mayor referencia popular en términos de Medicina en general, es decir el Hospital Maciel. Y allá fueron, a pesar de la distancia a recorrer.

Hay que saber también que el personal de salud no valora el peso de la estigmatización social de la locura, que en el país permanece fuertemente asociada al Hospital Vilardebó (institución manicomial); al ser internado allí los pacientes pasan a una categoría temida, informal y firmemente considerada fuera del orden social.

Aquí aplica la cita que habíamos tomado de Bruno Latour, quien habla de las clasificaciones y la relación entre las personas y las instituciones, que esta relación entre las personas y las instituciones jamás es estática, la interacción que se crea va de las personas que hacen las instituciones, para las instituciones que crean las clasificaciones, para las clasificaciones que derivan en acciones, para las acciones que se concretizan en nombres, y para las personas que reaccionan a esa nominación de modo positivo o negativo. O sea hay todo un encadenamiento y una interrelación entre las clasificaciones, las personas, que siempre va a terminar en una reacción de parte de los sujetos, o sea la relación nunca va a ser unívoca a pesar de rutinas y del orden que la institución quiere aplicar. La estandarización en la que el paciente se ve envuelto produce respuestas, reacciones. Dicho de otro modo: siempre puede irrumpir un *acontecimiento*, algo inesperado que se escape del guión previsto. Y ese algo, en este caso, estuvo repartido entre valoraciones objetivas y subjetivas, posiciones de la cultura popular que vienen a cuestionar o a no plegarse a los protocolos institucionales, a la recomendación médica. Convicción del sistema asistencial de que su palabra, o la orden bajo forma de papel que certifica un pase, tiene valor de mandato.

Reordenamiento y aún más elementos

A la complejidad ya evocada debemos agregar que la derivación a otro Servicio significó en definitiva una innovación, alguien intentó darle una solución y le extendió un pase al Hospital Vilardebó suponiendo que allí sí vería a un médico psiquiatra. Pero el paciente y su familia se fueron por sus propios medios, no fue un traslado en ambulancia. Entonces de parte de la primera institución (Hospital Maciel) se esperaba que se cumpliera lo recomendado: que fueran al Hospital Vilardebó, pero interviene después, fuera de la institución, la voluntad de las personas diciendo ‘no vamos nada, nos vamos para casa’, o sea, enfrentan el problema o la solución de otra manera. Interviene la subjetividad como factor constituyente, que determina el encadenamiento fatal que pocas horas después derivó en un hecho de sangre.

La institución al hacer el *triage* no captó evidentemente que se estaba ante un caso de perturbación mental de cierta gravedad, por lo menos que requería atención inmediata. Entonces aquí paradójicamente estaríamos reclamando la intervención de un enfoque más pragmático, biologicista, que hubiera optado por sedar al paciente. Al colocar muy aparte “lo mental”, la institución no ve al paciente de una manera integral, factible de ser tratado sencillamente como una urgencia médica. La espera por el psiquiatra, no definida en el tiempo ni hecha explícita la necesidad de esa consulta, resulta motivo suficiente para irse del centro de salud. Seguimos aquí afirmaciones de un reconocido profesor de la Universidad Paris V, que reclama un lugar, el primer lugar, para el médico generalista en una nueva cadena sanitaria, (ver Guy Vallencien, 2011, *Le médecin du XXI s.*)

Hay elementos faltantes de orden simbólico, en el sentido de comportamiento, de palabra, de gesto, algo que significara que era importante que se quedaran en el servicio.

Más tarde, y ya fuera del servicio de salud, hay fallas también en los intercambios entre el padre y el hijo, con episodio de violencia. Tenemos relaciones de identidad y de alteridad; este joven sufría alteraciones y alteridades vinculadas con el duelo por la madre asesinada, por consumo de drogas, de alcohol, por haberse apartado de su actividad deportiva. Fue cortando vínculos, se va quedando aislado, el mundo exterior se aleja, mientras él queda fijado en esa crisis que está pasando, entonces se acorta su área de intercambios simbólicos, luego surgirá el gesto violento que deriva, en este caso, en la muerte del padre.

Es importante de destacar que los intercambios sólo en apariencia son relaciones interpersonales, están insertos en una trama social y cultural, en espacios sociales y culturales históricos, creados.

126

El problema de J. G. tiene un desenlace fuera de la institución médica, un intercambio violento de palabras entre el padre y el hijo, quien debió haber ingresado en *posición de paciente* pero al volver a la casa retomó la *posición de hijo de*.

El motivo de la discusión puede haber tenido vinculación con la situación de pertenencia a dos diferentes agrupaciones religiosas, con cierta rivalidad instalada localmente, como son hoy por hoy “los pentecostales” y “los umbandistas”; el hecho es que la discusión derivó en un gesto que causó la muerte del padre. Un pesado cenicero arrojado a la cabeza causa de traumatismo fatal.

O sea hay un hecho de sangre que no es la culpa directa del hospital, pero se inicia en la trama complicada de falta de vínculo satisfactorio en el centro de atención. Elementos todos que nos llevaron a tratar este caso en un Ateneo, procediendo a *etnografiarlo, densificarlo*.

Hay factores que requerirían una profundización específica, como ser el tema de la religiosidad diferenciada entre padre e hijo, la religión del padre, simbólicamente muy presente en el domicilio. El hijo que es asiduo a centros pentecostales, no tiene en la casa su lugar de culto, asiste a un local de la iglesia Pentecostal. En términos de vínculos y representaciones de estas religiosidades diferentes podemos decir que estamos frente a rivalidades y valoraciones excluyentes.

En la representación de los Pentecostales, también la droga trae lo demoníaco, es una fuerza de lo demoníaco, no es una sustancia inocua. Si el padre vende o permite la venta de droga en su casa, es un aspecto “demonizante” para el sujeto padre desde la perspectiva del hijo.

Este apunte final sobre la cuestión de adhesiones religiosas enfrentadas, muestra un elemento que en principio no habíamos tenido en cuenta pero que surgió con firmeza en

las intervenciones y observaciones realizadas durante el Ateneo; al final del ejercicio de análisis contamos con una sumatoria de factores de campos diversos, que implican la atención, o no atención a la salud mental, consumo de drogas, la religiosidad, patología psiquiátrica que no es admitida como tal por las personas, tratamiento demandado en emergencias, ordenamiento institucional, entre otros.

Discusión final

El caso nos demostró tener varios ángulos que van más allá de lo institucional-hospitalario; hay cuestiones que van del delirio como irrupción de lo inesperado a temas cotidianos vinculados al narcotráfico, al mundo del deporte; también la imagen y esa identidad deportiva, necesariamente sana pero tal vez demandante de ciertos fármacos pudo haber incidido en adicciones y en la fragilidad de J.G. (aspecto sobre el que no profundizamos).

A modo de cierre del Ateneo debimos señalar que reafirmamos la convicción de que nuestro enfoque antropológico que procede a etnografiar y a densificar hechos ya juzgados (en este caso por las instituciones, por la Justicia), aporta elementos nuevos, o que no fueron visibles en una primera lectura fáctica. Se confirmó la importancia estructurante de la *Palabra*, de la complejidad de las *Interacciones* y se amplió la densidad del propio hecho devenido *Acontecimiento*.

En cuanto a la accesibilidad de los servicios de salud en general y de las emergencias en particular podemos señalar que la lógica administrativa se impone sobre la necesidad de asistencia del paciente. El hecho de que este tipo de pacientes y situaciones “correspondan” a psiquiatría y en lo institucional al Hospital Vilardebó y no al Hospital Maciel, no permitió evaluar que se estaba en primer lugar ante una verdadera emergencia médica y luego, psiquiátrica. ¿Se hubiese podido evitar el desenlace trágico con una intervención más contemplativa? es una incógnita que no podrá revelarse, pero podemos considerar razonable al menos plantearla.

Este hecho permitió también resaltar un elemento altamente significativo: los pacientes no tienen solo necesidades médicas cuando están en un centro de salud, sino que requieren atención a necesidades humanas básicas entre ellas que se establezcan en su marco relaciones humanas aceptables que propicien elementos de satisfacción social y condiciones de simbolización, que estén situadas en todo el recorrido institucional, desde su ingreso hasta su salida, desde que es recibido en un lugar hasta que efectivamente se produce la consulta médica adecuada. Esto notoriamente faltó en el caso en cuestión y formaba parte del cuadro de atención que debió dársele. Este caso expresa que las lógicas institucionales no siempre están en sintonía con las necesidades humanas, y pueden en muchos casos generar desprotección, habilitar una representación que se elabora con elementos de la experiencia empírica de “no ser atendidos”.

Con esto se quiere decir, que las personas en crisis no toman solos sus decisiones relativas a la resolución de problemas, existe un pensamiento institucionalizado, en este caso por parte del personal de salud que se encuentra predefinido antes que ellos procuren llegar a una decisión. Hablamos de la *cultura institucional*.

También existe una carga de connotaciones y tramas culturales, afectivas, comportamentales de parte del usuario de salud que hace que se tomen determinadas acciones informadas por el contexto de pertenencia. Hablamos de la necesidad de considerar la *diversidad cultural* de unos y otros, incluso cuando no lleguen a identificarse como particularidades de tipo étnico.

Referencias bibliográficas

- Althabe Gérard, Daniel Fabre, Gérard Lenclud (sous la direction de), 1992. Vers une Ethnologie du Présent. Éditions de la Maison des Sciences de l'Homme, Paris.
- Augé, Marc, 2005, Simposio III, “Renovación, adaptación y transformaciones de la antropología. Homenaje a la obra de Gérard Althabe. Conferencias y Relatorias. 71-72. VI Reunión de Antropología del Mercosur, Montevideo 16, 17 y 18 de noviembre 2005.
- _____. 2015- *¿Qué pasó con la confianza en el futuro?* [2011, capítulo 3. Globalización, urbanización, comunicación, instantaneidad, 39-51. Éditions du Seuil]-Editorial Siglo XXI, Buenos Aires.
- Bensa, Albán y Fassin, Eric, 2002. “Les sciences sociales face à l'événement”. Terrain, 38, 5-20. Citados en De la Calle Valverde, 2010.
- Bourdieu, P. 2001. *Science de la science et réflexivité*. Editions Raisons D'Agir, Paris.
- De la Calle Valverde, J. 2010. “Para una Teoría Social del Acontecimiento”. En: *Athenea Digital*, núm. 18; 65-81, julio 2010.
- Elias, Norbert, 2002 (1ª. Ed. en alemán 1983). *Compromiso y distanciamiento*, Ed. Península, Bs. Aires.
- Fassin, Didier y Rechtman, Richard, 2011. *L'empire du traumatisme*. Ed. Champs Essais, Paris.
- Hernández, Valeria, 2005. En: Simposio III, “Renovación, adaptación y transformaciones de la antropología. Homenaje a la obra de Gérard Althabe. Conferencias y Relatorias. 61-68. VI Reunión de Antropología del Mercosur, Montevideo 16, 17 y 18 de noviembre 2005.
- Latour, B. 2005. *Reensamblar lo social*. Ed. Manatíal, Buenos Aires.
- Rodríguez, Eloisa, 2014. La complejidad de las interacciones humanas como riesgo. 164-168. En: *Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos*,
- 128 Publicación del Programa de Antropología y Salud.FHCE, Sonnia Romero Gorski (coord.), Ed. Nordan Comunidad, Montevideo, 2014.
- Romero Gorski, S., 2013- Integración de paradigmas médicos, innovaciones en la atención de la salud. Proyección al siglo XXI. 197-209. En: *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, Romero Gorski, S. Editora. FHCE- Nordan-Comunidad, Montevideo.
- _____. 2010- Descompensación y riesgo en sistema de atención. 153-164. En: *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, Romero Gorski, S. Editora. FHCE- Nordan-Comunidad, Montevideo.
- _____. 2005- En: Simposio III, “Renovación, adaptación y transformaciones de la antropología. Homenaje a la obra de Gérard Althabe. Conferencias y Relatorias. 68-71. VI Reunión de Antropología del Mercosur, Montevideo 16, 17 y 18 de noviembre 2005.
- _____. 2003- *Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Apuntes etnográficos de asistencia materno infantil*. CSIC-UNiversidad de la República, Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo.
- _____. 1995- Productores de etiquetas. El barrio y la prensa. 215-244. En: Joaquín Rodríguez Nebot y José Portillo (compiladores) *Medios de comunicación y vida cotidiana*. Instituto Goethe, Montevideo. Editorial Multiplicidades.
- Autores varios, 2004-2005- Dossier Medicinas y/o terapias alternativas en Uruguay-111-163. *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*, Romero Gorski, S. Editora. FHCE- Nordan-Comunidad, Montevideo.
- Autores varios, Dossier veinte años de estudios en antropología de la salud en Uruguay, 31-87. En: Cuadernos del CES, Centro de Estudios de la Salud, SMU, Montevideo, Diciembre 2009.
- Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, Volumen XXVI, 2009. Romero, S. 46-51. Conclusiones del estudio antropológico puntual efectuado en el departamento

de Salto (a pedido del grupo multidisciplinario de estudio de la violencia en la salud que integra la Academia Nacional de Medicina.

Sahlins, Marshall, 1988. *Islas de Historia. La muerte del capitán Cook. Metáfora, antropología e historia*. Editorial Gedisa, Barcelona.

Vallencien, Guy, 2011, Le médecin du XXIe siècle, 80-99. En: Le Débat, número 167, noviembre-diciembre 2011. Ed. Gallimard, Paris.

Vomero, Fabricio, 2014, La importancia de la palabra, 161-163. En: *Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos*. Publicación del Programa de Antropología y Salud. FHCE, Sonia Romero Gorski (coord.).

Libro de Conferencia y Relatorías-VI Reunión de Antropología del MERCOSUR. Identidad, Fragmentación y Diversidad- 16, 17 y 18 de noviembre 2005, Montevideo.

Departamento de Antropología Social-Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República-Montevideo.