

Conocimiento, prácticas y tecnologías médicas. Un abordaje etnográfico de la biomedicina.

Laura Ferrero.

Cita:

Laura Ferrero (2004). *Conocimiento, prácticas y tecnologías médicas. Un abordaje etnográfico de la biomedicina. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-045/702>

Conocimiento, prácticas y tecnologías médicas. Un abordaje etnográfico de la biomedicina.

Laura Ferrero. Lic. en Cs. Antropológicas (UBA). Jefa de Trabajos Prácticos.

Departamento de Cs. Antropológicas. FFyL-UBA.

Liferrero@yahoo.com.ar

Introducción

Este trabajo plantea desde una perspectiva antropológica, la potencialidad que presentan los estudios etnográficos para analizar la relación entre la producción de conocimiento médico y algunos aspectos de la organización social de la biomedicina. Estas reflexiones se ubican en la intersección entre campos disciplinares que remiten a tradiciones separadas, como el de la Antropología Médica y los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología –espacio conformado a partir de los años 70' y constituido por distintas disciplinas como la historia, la filosofía, la sociología de la ciencia y la tecnología, la antropología y los estudios culturales- pero cuyos intereses tienden a converger con el objetivo de analizar los discursos, las representaciones y las prácticas de la biomedicina en relación con lo que se ha dado en llamar tecnociencia (Lock et al, 2000)

A tal fin, presentaré tres casos etnográficos que permiten ilustrar diversas modalidades de construcción de objetos de la biomedicina. En primer lugar analizaré cómo en una escuela de Medicina, durante el curso del aprendizaje se produce la construcción del objeto de conocimiento y de la mirada médica. En segundo lugar, el foco del análisis serán las prácticas de atención médica

en una institución de salud a través del análisis del tiempo como categoría central de la biomedicina. Finalmente, exploraré la emergencia de representaciones y prácticas sociales asociadas a la aplicación de técnicas de diagnóstico prenatal. Estos casos ponen en evidencia las múltiples formas en las que la biomedicina construye a la persona como paciente, como cuerpo, como objeto de estudio y como objeto de intervención institucional.

Conocimiento, prácticas y tecnologías médicas

Una primera cuestión a señalar es la especificidad de la biomedicina en el contexto más amplio de las “formas de curación” que podemos encontrar en numerosas sociedades (Kleinman, 1995). No hay una medicina esencial, única, e inmutable ya que, ninguna práctica ni sistema médico es independiente del contexto histórico más amplio en el que está inserto. No obstante, aún a pesar del hecho empírico de la variabilidad –incluidos procesos de adaptación locales- posee características que la distinguen de otros sistemas de curación, fundamentalmente aquellas vinculadas con su postulada universalidad y objetividad y, por ende, con su reclamo de legitimidad científica.

El término biomedicina, en lugar del de medicina occidental que alude a las raíces históricas de su emergencia, sugiere para Kleinman (1995: 25) un énfasis en la estructura institucional establecida en gran medida a través de la profesión médica dominante en el occidente y extendida a otros países y regiones del mundo no occidental. La biomedicina se ha consolidado como una institución global, con características precisas en cuanto a la modalidad de sus

prácticas y en cuanto al *locus* de la producción de conocimiento y a la innovación tecnológica, que representa cada vez más el más alto estatus en la profesión. Kleinman (1995) resalta cómo el paradigma científico domina la producción de conocimiento médico –incluyendo compromisos epistemológicos y ontológicos particulares- y el sistema de formación médica.

En tal sentido, el énfasis en la base material de la enfermedad –patología-, en el encadenamiento causal para explicar su aparición y desarrollo en el individuo, son ideas que remiten en gran medida a la noción de naturaleza tal como es concebida por la ciencia moderna a partir de lo que se ha dado en llamar la revolución científica del siglo XVII en Europa Occidental. En la perspectiva biomédica, heredera de esta concepción, la naturaleza tiene un carácter “físico”. Es una entidad que puede ser “vista”, como una “cosa”. Del mismo modo, la enfermedad como entidad, participa de las mismas cualidades observables atribuidas al mundo físico por el conocimiento científico.

Ciertamente, una característica específica y central de la biomedicina, es cómo esta construye la noción de enfermedad –objeto de estudio y tratamiento- como un desorden en el proceso biológico “normal” del individuo. Todo aquello que remite a la experiencia humana, tanto del individuo que ‘padece’ como a su entorno familiar, se considera subjetivo y, por lo tanto, deberá ser sometido a una operación de traducción –la construcción del diagnóstico como el “hecho” objetivo (Bonet, 1999: 141) - que reemplaza dicha versión por una que contenga datos objetivos, los únicos que pueden ser sometidos a la verificación y cuantificación científica.¹ En última instancia, la enfermedad en tanto objeto construido por la biomedicina², resulta de esta operación de traducción que sitúa en un lugar del discurso médico aquello que se origina en la experiencia

del sujeto³, se trata del pasaje de un “tipo de experiencia individual” a un “tipo de entidad” que trasciende al sujeto que sufre. La legitimidad de la práctica médica deriva de esta operación y esta es una característica particular de la biomedicina. En este marco, sostiene Kleinman (1995), el sufrimiento como experiencia del individuo tiende a convertirse en un problema técnico y no tanto humano. No obstante, lo que revelan los estudios etnográficos es, cómo en situaciones concretas de interacción, los valores y representaciones que guían la práctica médica, no conforman una estructura homogénea y coherente. Por otro lado, la creciente aplicación de nuevas tecnologías médicas, torna borrosa la frontera entre naturaleza y cultura y, por ende, impulsa el replanteo de los significados y símbolos asociados con cada uno de estos dominios, así como la forma particular en que cada sociedad y cada época se ha representado sus relaciones. (Lock, 2000). En la práctica y en la dinámica del análisis etnográfico, se relevan una y otra vez, situaciones de interacción social en las que los valores asociados a las prácticas médicas entran en tensión con aquellos que están asociadas con la experiencia personal, en gran medida esta tensión se traduce en conflictos que tienen la forma de “dilemas morales”, los que de alguna forma expresan el modo en que el modelo médico, aún en su versión más bio-técnica, está estructurado por valores morales y no sólo técnicos o cognitivos.

Los sujetos de la práctica científica y de las tecnologías médicas, se sitúan ellos mismos en intersecciones entre el mundo médico, las obligaciones familiares, los sentimientos, los valores e intereses y las determinaciones globales de la política y del mercado (Bonet, 1999; Rapp, 1993 y 1997; Haraway, 1993; Layne, 1992 y Lock, 2000). La perspectiva etnográfica permite

entonces poner en evidencia la pluralidad de representaciones inherentes al proceso de salud-enfermedad-atención, así como los efectos de la creciente centralización y expansión de la ciencia, la tecnología y sus productos en el individuo, tanto como a los aspectos referidos a la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento. Asimismo, tomando como foco del análisis la perspectiva de los actores involucrados, la etnografía pone en evidencia cómo los valores que estructuran la producción de conocimiento y orientan las prácticas médicas, se manifiestan y resignifican en la dinámica propia de la interacción y en situaciones sociales determinadas.

El libro de Byron Good (1994) es una etnografía de la educación médica en la Universidad de Harvard, pero su contribución se extiende al análisis de la medicina, la ciencia y la racionalidad occidental. Uno de los capítulos del libro se titula “Cómo la medicina construye sus objetos”. La medicina construye una noción del cuerpo y de la enfermedad –*disease*– que se postula como ‘natural’ en oposición a ‘cultural’. Lo que intenta mostrar la etnografía es cómo se configura el “mundo” de la medicina que subyace a la estructura del conocimiento médico. El proceso de construcción se enmarca en contextos institucionales, en los que se produce tanto la competencia entre diferentes visiones, como la reproducción de las perspectivas dominantes. Good se refiere aquí a cómo la institución de enseñanza médica es uno de los *locus* de la producción del conocimiento científico, por lo que resulta insoslayable un análisis que de cuenta de la particular organización social de dicha empresa. Los estudiantes de medicina aprenden a construir la realidad médica a través de las prácticas de “ver”, “escribir” y “hablar” en el contexto de la Escuela Médica. La educación comienza con la anatomía, histología y fisiología,

ciencias que pautan y organizan la “entrada al cuerpo humano”. En el laboratorio los estudiantes toman contacto con el cuerpo en tanto objeto médico. La etnografía muestra como los estudiantes experimentan dicho contacto como un ‘choque’, sorpresa o extrañamiento ante un cuerpo ‘desmembrado’ diferente al cuerpo tal como es experimentado en la vida cotidiana. Aprender medicina es de alguna manera aprender a reconstruir y a resituar dicha imagen como una entidad en cierto sentido “nueva”. Para “ver” es necesario acondicionar la mirada, entrenar los sentidos, utilizar instrumentos y técnicas que, según Good (1994), le otorgan autoridad y legitimidad a la realidad biológica. En este contexto, el cuerpo se constituye como “cuerpo de la medicina” distinto de los cuerpos en la interacción de la vida cotidiana, aunque asociado también con las experiencias y respuestas emocionales emergentes en el proceso de construcción del conocimiento médico (Lyon y Barbelet, 1994:51-52).

A través de este aprendizaje para “ver” estos objetos de la medicina, los estudiantes toman contacto con otro aprendizaje, el de la estructura jerárquica de la realidad biológica. La versión microscópica del ‘cuerpo’ revela el nivel molecular de la materia, último reducto de la realidad biológica, “*locus* concreto de la enfermedad o de la aflicción”. La operación estratégica del proceso de enseñanza de la medicina es deconstruir –traducir- el problema de salud, el padecimiento del paciente, a través de la proyección de una jerarquía de imágenes, hasta llegar al nivel mínimo del orden biológico de la patología. El proceso de objetivación que aprenden los estudiantes, dice Kleinman (1995: 243-244), no se explica solamente como un compromiso epistemológico con la verdad, sino ontológico, una suerte de génesis de los objetos de la medicina,

separados de sus referentes humanos. La “reconstrucción de la persona” como objeto de la mirada médica es parte del proceso de formación de los estudiantes. El cuerpo humano es redefinido a partir de nuevos modos de interacción y de percepción. El ‘interior’ del cuerpo se revela de modo diferente, se trata de un espacio que se organiza y divide en compartimientos. Los estudiantes aprenden a “pensar anatómicamente” y esto es parte de la “mirada médica”. Como se verá más adelante, las tecnologías utilizadas en los diagnósticos por imágenes, revelan ese interior y lo proyectan creando un orden de realidad de trascendencia particular para la vida social (Rapp, 1993 y 1997, Layne, 1993; Haraway, 1993)

A través de las operaciones de ver/observar, escribir sobre los casos –historias clínicas- y hablar “médicamente” –presentación, exposición pública de los casos- en el contexto de la formación, el estudiante es “autorizado” a participar en lo que Wittgenstein llamó “juegos del lenguaje” que asimismo configuran “modos de vida”. Estas experiencias constituyen para los estudiantes, verdaderos procesos de “socialización” en una jerarquía cuyo control es ejercido a través de las instituciones que transforman lo arbitrario en lógico lo simbólico en real, pero también les enseña a postular como “natural” lo que es cultural. ⁴

En el contexto de la etnografía surgieron dos valores centrales, de algún modo complementarios y opuestos: competencia -*competence*- y cuidado –*caring*- característicos del discurso dual de la biomedicina contemporánea. Estos valores expresan para Good y DelVecchio una “tensión cultural” (1993: 91), pero también podría pensarse como una “tensión estructurante” inherente a la biomedicina (Bonet, 1999: 135). El énfasis en los hechos científicos del “saber

sin sujeto” ocasiona para Bonet una tensión entre el “saber”, adquirido en el aprendizaje de la medicina y el “sentir”, expresado en las prácticas cotidianas de los médicos en interacción con los pacientes. Mientras que la palabra competencia se asocia con el lenguaje de las ciencias básicas, de los hechos y del conocimiento de los hechos -libres de valores- y de las habilidades técnicas, la noción de cuidado involucra y se expresa en el lenguaje de los valores morales, de las relaciones, las actitudes, la compasión, la empatía, lo que los estudiantes comienzan a percibir como aspectos ‘personales’ de la medicina en oposición a los aspectos ‘técnicos’. Competencia es la cualidad básica del conocimiento y de las habilidades técnicas, mientras que el cuidado se asocia directamente con la persona. Los estudiantes expresan crecientemente el temor de que en el proceso de adquisición de las habilidades técnicas y del conocimiento científico, ellos puedan “perder” las cualidades asociadas con el cuidado, aquellas que para la mayoría constituyeron la motivación para estudiar medicina. Estas cualidades no pueden ser adquiridas por medio del aprendizaje porque son “inherentes” a la persona, por tanto, pueden ser “cultivadas” pero no “reflexionadas” (Good y DeVecchio, 1993: 93). La medicina occidental modela esta “tensión estructurante” en el contexto de la práctica médica, incorporando las cualidades y valores de ambos dominios como requisitos necesarios para el desempeño del rol del médico en nuestra sociedad. No obstante, la dicotomía que subyace a estos valores no desaparece nunca, sino que se reproduce en formas a veces contradictorias, negociadas y complementarias de acuerdo con el contexto. Para comprender la “tensión estructurante” de la medicina el análisis no puede remitirse sólo a la estructura cognoscitiva del saber médico. El proceso de aprender medicina es

también el proceso de aprender a ser médico, esto es, a ejercer un rol determinado en la sociedad.

Como dije anteriormente, el saber médico no puede ser analizado fuera de los contextos institucionales en los que se inserta. El proceso de estructuración del saber médico no se completa en la formación académica de los profesionales – proceso de adquisición del saber médico-, sino que en gran medida es el resultado de su inserción en las instituciones de salud. Las instituciones de salud –centros de atención primaria, hospitales de alta complejidad, consultorios, etc.- esquematizan y normatizan las intervenciones médicas estableciendo un patrón similar de acciones que se reflejan en intervenciones relativamente homogéneas. El entrenamiento médico en los lugares de trabajo es la fase final del proceso de formación y se lleva a cabo en instituciones de salud (Ferrero: 2003 y Bonet, 1999).

A continuación presento algunas consideraciones surgidas a partir de mi propia investigación de campo. En ella me propuse analizar desde una perspectiva etnográfica, la organización social del cuidado médico en una institución del primer nivel de atención, un Centro de Salud Comunitaria perteneciente al área de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí me centré en el análisis de la interacción social entre profesionales, trabajadores del Centro y la población que acudía en búsqueda de atención médica.

Mi hipótesis es que tales “encuentros” constituyen una arena privilegiada para el análisis dinámico de las representaciones del cuidado médico en nuestra sociedad. Una característica central de las instituciones de cuidado médico es la estructura repetitiva que asume la atención médica, que para Menéndez y Di Pardo (1996) toma la forma de un “trabajo rutinizado”. Esta estructura se

manifiesta en gran medida a través de un conjunto de dispositivos sociales destinados a regular el curso de la atención médica en función del control del tiempo, fundamentalmente de la agenda médica y de la espera de los pacientes. La actividad más visible en la organización social del proceso de atención, es el procedimiento de asignación de turnos –expresión dominante de dicho proceso- el cual adopta una “forma ritualizada” (Gluckman: 1962) en tanto presenta un carácter formal, convencional y simbólicamente expresivo de las relaciones sociales en la institución (Ferrero, 2003:167). Bonet (1999: 142) en su etnografía de la formación médica de los residentes de un hospital público de la provincia de Buenos Aires, enfatiza la importancia de los “protocolos y algoritmos” como “formas de homogeneizar formas de tratamientos” con fines académicos y científicos, pero también con fines prácticos, como maximizar el tiempo de la intervención médica en el hospital. Asimismo, Bonet analiza los “pasajes de sala” o “visitas” en las que se transmite la información médica –los diagnósticos a los que arribaron y los cursos de acción seguidos en consecuencia- entre los residentes y los médicos mayores (op. cit.: 144) como “formas o momentos ritualizados” en la medida que el ritual constituye “comportamientos estereotipados...que sirven para comunicar información acerca de los valores culturales más apreciados...el ritual como puesta en acto, y no primariamente como reglas o rúbricas” (Turner, 1989: 155). En estos rituales se transmite no sólo un saber –la construcción del diagnóstico a la que me referí anteriormente- sino también una práctica asociada con él.

Lo que me interesa resaltar aquí es que el tiempo es una categoría central para la biomedicina, como modelo y como práctica social. La enfermedad tiene un

desarrollo temporal además de espacial en el cuerpo del sujeto, la intervención médica se organiza en agendas, la mayoría de las situaciones conflictivas observadas en la interacción remiten a formas distintas de percibir el tiempo ya que, desde la experiencia del paciente, el tiempo de la enfermedad y de la atención médica, se percibe como un cambio en el curso normal de sus vidas, una interrupción del flujo de eventos de la vida cotidiana. La “percepción del tiempo es una experiencia cultural socialmente modelada y no un fenómeno natural”. (Ferrero, 2003: 170). Por otro lado, la forma en que la práctica biomédica organiza el tiempo, opera bajo la imposición de la rutina y del reloj. Esta imposición adopta ritmos y formas variables según el tipo de atención: las actividades de enfermería se desarrollan sin segmentar el tiempo de atención ni organizar una agenda de turnos, a diferencia de las actividades médicas, que se regulan según una estructura fija. A estas formas de organizar el tiempo se le asocian modalidades de atención que remiten a formas de interacción específicas, abiertas y flexibles, en la atención de enfermería, acotadas y más o menos fijas, para la atención médica propiamente dicha. Estas diferencias en la organización del proceso de atención dan cuenta de la superioridad jerárquica del trabajo médico en comparación con otras actividades denominadas paramédicas.

El procedimiento de asignación y registro de turnos es un dispositivo institucional que regula y ordena la interacción, en particular la circulación de los pacientes, según las pautas de la institución. Legitima el ‘orden de llegada’, transforma el tiempo de espera de los pacientes en un tiempo reconocido por la institución. Es un pasaje del ‘tiempo de los sujetos al tiempo de la institución’. Asegura el orden social y, por ende tiene un carácter normativo. Cualquier

ruptura de ese orden –en el trabajo de campo pude observar situaciones conflictivas- se considera como “incumplimiento”, fundamentalmente por parte de los pacientes, que no se ajustan a las reglas o bien que intentan adaptarlas a sus intereses (Ferrero, 2003).

Los estudios etnográficos de Rapp (1993 y 1997) y Layne (1992) revelan con fuerza y claridad cómo el creciente uso de tecnologías médicas en el control del embarazo -en particular las de monitoreo fetal destinadas a detectar anomalías, genéticas principalmente- están produciendo cambios en las representaciones del feto como una “entidad independiente” de la madre. El diagnóstico prenatal es hoy parte integral del control de la embarazada. A las ecografías clásicas, se han sumado en estos últimos años versiones en tres y cuatro dimensiones que permiten detectar posibles anomalías en el feto. La más avanzada es la técnica de cuatro dimensiones que permite evaluar en “tiempo real” y detalladamente, corazón, cerebro, pulmones y todo el cuerpo, además de proveer a las familias, la “foto soñada del bebé”.

Para Rapp (1997) la concepción del feto como una “persona” agudizó la polarización de posiciones en el debate sobre el aborto en los Estados Unidos. Las imágenes obtenidas a través de estas técnicas movilizan un conjunto de experiencias ambiguas que de algún modo trastocan y ponen en discusión el trazado de límites entre las especialidades médicas, incluyen nuevas subespecialidades como las de los “consejeros genetistas”, requieren de un trabajo especial por parte de los laboratorios, la intervención de especialistas no médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, así como otros actores “no médicos” además de las propias mujeres y sus familias

directamente involucradas, grupos religiosos, asociaciones familiares, juristas, feministas, etc. Todos ellos confrontando discursos científicos y políticos y negociando un “sistema de interpretación” (Rapp, 1993). Rapp indaga particularmente las narrativas de las mujeres embarazadas y sus familias, producidas en torno al contacto con las imágenes en tiempo real de sus “bebés”. Estas imágenes tornan real y visible un espacio interior de la mujer, antes inaccesible, generando una aceleración de la experiencia física, social y emocional del embarazo previa al parto. Las imágenes exteriorizan lo interior, configuran nuevas representaciones en torno de la maternidad, de modo que se revierten los límites entre el adentro y el afuera, al mismo tiempo que se construye un nuevo objeto de conocimiento médico en torno de la “salud del feto como paciente” el que se transforma en una entidad separada. Resulta interesante aquí señalar como a partir de esta representación visual que provee la imagen del feto se despliegan representaciones morales que le atribuyen al mismo el carácter de persona física, moral y subjetiva al feto (Rapp, 1997:39). El estudio etnográfico de la interacción entre los profesionales médicos y las mujeres embarazadas y sus familias, muestra como se produce la intersección entre el “lenguaje neutral” de la ciencia y la adjudicación de cualidades, atributos propios de lo que se concibe como la “actividad” del feto tal como aparece en las imágenes: un feto que es difícil de ver se está “escondiendo” o es “tímido”; un feto activo es descrito como “nadando”, “jugando” o aún de “fiesta”. Por otra parte, para las mujeres embarazadas, estas imágenes movilizan “estados internos”, a través de las operaciones tecnológicas transcripción y traducción.

Layne (1992) en coincidencia con Rapp, señala los cambios producidos a partir de la amplia difusión y aplicación rutinaria de estas tecnologías en los servicios de obstetricia en los Estados Unidos: aumento de las expectativas de las pacientes y sus familias respecto de los avances de la biomedicina en la solución de los problemas del embarazo y las enfermedades genéticas, centralidad del rol del médico y de la biomedicina en el desarrollo de este evento y cambios en la forma de experimentar y resignificar el embarazo y la maternidad. Estas técnicas diagnósticas provocan la emergencia de sentimientos y representaciones que consolidan tempranamente vínculos parentales que antes de la aparición de estas tecnologías se conformaban a medida que el embarazo y posterior alumbramiento se desarrollaban. En forma contrastante a este incremento de la medicalización del embarazo – evidenciada en gran medida a través de la creciente difusión en los medios masivos, tanto como en las publicaciones científicas-, Layne (1992) encuentra una suerte de “silencio médico” respecto de los embarazos que no llegan a término. La temprana consolidación del vínculo con el feto como una entidad separada de la madre, provocada en gran parte por la aplicación de estas tecnologías, contribuye según esta autora, a aumentar las expectativas de las mujeres y sus familias respecto del desarrollo “saludable del embarazo”. Cuando estas expectativas no se cumplen, los padres y sus familias, experimentan una profunda desazón. El fuerte contraste entre el optimismo que despierta la aplicación de esas técnicas y la ausencia de técnicas terapéuticas para tratar la mayor parte de las patologías “detectadas”, es un problema que la propia biomedicina no contempla como parte de su práctica clínica. La etnografía explora entonces la emergencia de nuevas narrativas en las mujeres

y familias afectadas por esta experiencia de pérdida, las que de alguna manera ponen en evidencia las formas de darle significado propias de cada dominio, tales como las metáforas empleadas por las mujeres y sus familias, que remiten a los fetos como *ángeles*, las que constituyen una interesante resignificación producida a partir de las imágenes obtenidas con estas técnicas. Para Layne (1992: 31) es imposible alcanzar una comprensión plena de los significados asumidos por las nuevas tecnologías reproductivas sin “situar el sistema biomédico de significados en el contexto de otros sistemas interpretativos”, como los que están utilizando los parientes para darle sentido a estas pérdidas. Las imágenes de fetos tecnológicamente producidas, y las imágenes de ángeles en el paraíso imaginativamente producidas, forman parte de la “imaginación moral” de los hombres y mujeres, presentes en las narrativas analizadas. Layne define (Beidelman, 1986, en Layne, 1992: 31 y 42) “imaginación moral” como una imagen del mundo culturalmente fundada que le da forma a la visión que las personas tienen de sí mismas y de su entorno, presentando una imagen a partir de la cual las personas miden, evalúan y reflejan la realidad de su experiencia, asimismo esta imagen provee significados que permiten extender esta visión a un “mundo deseable” más allá de la experiencia real. En este sentido es que pueden interpretarse las imágenes de los *‘bebés en el cielo’* que aparecen en muchas de las narraciones que la autora analiza. Para Layne (1992: 43) estas imágenes constituyen “símbolos centrales o metáforas raíces”, porque condensan sentimientos e ideas, tanto como múltiples significados, haciendo comprensible y comunicables a los otros la experiencia de la pérdida.

Conclusiones

La tendencia de los estudios de la ciencia y la tecnología, así como los de la antropología médica, ha sido la de concentrar su atención en la producción de ciencia, tecnología y medicina aislando los sistemas discursivos, representaciones y valores propios del ámbito de la tecnociencia. Es así como se pierden de vista la forma en que estos son coproducidos en contextos de interacción social. La perspectiva etnográfica que se propuso a lo largo de este trabajo, permite dar cuenta de algunas de las formas en las que la biomedicina construye sus objetos, fundamentalmente el cuerpo, en tanto mediador de los procesos biológicos y sociales. Hemos visto aquí, como la concepción científica del cuerpo fue y es moldeada en gran medida por la tecnociencia, en particular en el ámbito de las prácticas médicas, y cómo las representaciones y discursos sobre el cuerpo se producen y reproducen –incluyendo resignificaciones– en las situaciones particulares de interacción y confrontación de posiciones de los actores involucrados. En esta ponencia he explorado principalmente las raíces epistemológicas de la construcción científica del cuerpo como un objeto externo de conocimiento y de control médico del paciente. Aquí las habilidades técnicas del modelo biomédico se traducen en la identificación de la patología como entidad separada de la persona que experimenta el sufrimiento. Las operaciones de traducción de las experiencias individuales del sufrimiento en términos del discurso médico, forman parte del modo en que el modelo biomédico estructura el proceso salud-enfermedad-atención, dándole un ordenamiento particular a dicha experiencia. Este proceso se reveló complejo y contradictorio en el contexto del aprendizaje de la medicina. La relación de

oposición y complementariedad entre competencia y cuidado, asociada a la tensión entre los valores cognitivos y los valores morales vinculados con la persona humana, se revelaron centrales para la formación del médico en nuestra sociedad. La modalidad en la que se presentan estos valores es a menudo conflictiva cuando toma la forma de “dilemas morales” porque resultan de la confrontación contradictoria entre las exigencias e imposiciones del modelo en el contexto de las prácticas.

La etnografía del Centro de Salud Comunitaria reveló que la forma en que la biomedicina estructura la atención no remite a la persona en su dimensión individual, pero tampoco puramente biológica, sino a un cruce entre ambas. En tal caso, el ‘paciente’ es una construcción de la medicina. De modo análogo a cómo se estructura el saber de la medicina a partir de una ruptura con la experiencia y el conocimiento de sentido común del cuerpo en la interacción de la vida cotidiana, la atención médica también se estructura a través de dispositivos y rutinas que delimitan un interior y un exterior a la institución, a través de normas y valores propios de cada ámbito.

La “forma ritualizada” que adopta el procedimiento de asignación de turnos y de la agenda médica, cumple la función de organizar el “cruce de fronteras”, esto es, el pasaje entre el exterior y el interior de la institución de salud, a través de su doble dimensión, material y simbólica. Estos procedimientos organizan y pautan normativamente la interminable espera de los pacientes en el Centro, ratifican el orden de llegada, construyendo un “paciente” para la institución, apelando a normas y valores morales asociados con el comportamiento esperado. La *performance cultural* de la enfermedad y del cuidado médico (Frankenberg, 1992) se conecta centralmente con la dimensión temporal y

expresa las contradicciones que surgen de las formas diferentes de experimentar la enfermedad y la atención médica. La biomedicina, como forma dominante de nuestra sociedad, transforma a la persona que sufre en paciente, y no sólo en un cuerpo enfermo, pero ambos son el resultado de la construcción que ésta realiza. En términos de Fabian (1983), es la forma en que la medicina crea un “otro” y lo transforma en objeto a través de los dispositivos aquí analizados.

Finalmente, el análisis de la producción de nuevas narrativas asociadas con el uso de las tecnologías reproductivas, en particular con aquellas que conducen al diagnóstico prenatal, reveló la emergencia de nuevas representaciones respecto del cuerpo, en este caso del feto, como una entidad separada del cuerpo de la mujer. A raíz de la intervención de estas tecnologías, el cuerpo como ‘objeto de la medicina’ adquiere las cualidades de la ‘persona’. Se ve aquí, como paradójicamente la fragmentación del cuerpo asociada con la intervención de la tecnología, opera de modo inverso al proceso de objetivación propio de la construcción del objeto de conocimiento de la medicina. La formación de nuevos vínculos parentales a partir de la separación del feto – proyectado visualmente a un espacio independiente del seno materno con el que conformaba una unidad- es una de las consecuencias de la aplicación rutinaria y relativamente extendida de estas tecnologías. El embarazo medicalizado es la resultante de una nueva forma de construir el cuerpo femenino a partir de la proyección de imágenes que son ahora la fuente de emergencia de otras formas de significar disposiciones espaciales, como el adentro y el afuera y sus conexiones con la conciencia y la subjetividad – estados emocionales de la madre- que adquieren mayor visibilidad. Esto se

hace posible porque se produce una suerte de “pasaje” que implica la traducción de los “signos internos” –el feto en el vientre de la mujer- en “signos externos” a través del recurso tecnológico provisto por las imágenes sonográficas (Rapp, 1997: 39). Este nuevo objeto también moviliza debates y confrontaciones morales centrales para nuestra sociedad: derechos jurídicos, ideas religiosas asociadas a la vida como un valor social y a la enfermedad y a la muerte. Una vez más, el cuerpo como frontera se ubica en un espacio de múltiples direcciones.

Bibliografía Citada

- Bonet, O. 1992. “Los ‘protocolos’ y las ‘prácticas’ en el cotidiano de la Biomedicina”. En: *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales, Revista del Colegio de Graduados en Antropología*, Año VII N° VIII, noviembre de 1999. Pags. 135-148.
- Clavreul, J. 1983. *El orden médico*. Barcelona, Argot.
- Csordas, T. 1994. “Introduction: the body as representation and being-in-the-world”. En: *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Csordas, T. (Editor), Cambridge University Press, Cambridge, Pags. 1-24.
- Fabian, J. 1983. *Time and the other. How Anthropology makes its object*. New York, Columbia, University Press.
- Frankenberg, R. 1992. “‘Your time or mine’: temporal contradictions of biomedical practice”. En: Frankenberg, R. *Time, Health and Medicine*, Sage Publications, London. Pags. 1-30
- Frankenberg, R. 2003. “Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y

antropología”, En: *Antropología, poder y salud. Cuadernos de Antropología Social*, Instituto de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras, N° 17, Buenos Aires. Pags. 11-27.

Gluckman, M. 1962. “Les rites de passage”. En: Max Gluckman (ed.), *Essays on the ritual of social relations*, Manchester University Press, Oxford, pags. 1-52

Good, B., y DeVecchio Good, M., 1993. “‘Learning Medicine’: The constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical School”, En: *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday life*. Edited by Shirley Lindenbaum and Margaret Lock, University of California Press, Pags. 81-107.

Good, B. 1994. *Medicine, rationality, and experience*. Cambridge: Cambridge University Press.

Haraway, D.1993. “The biopolitics of postmoder bodies. Determinations of self immune systema discourse”. En: *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday life*. Edited by Shirley Lindenbaum and Margaret Lock, University of California Press, Pags. 364-410.

Kleinman, A. 1995. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press, California

Layne, L.1992. “Of fetuses and Angels. Fragmentation and integration in narratives of pregnancy loss”. En: *Knowledge and Society: The anthropology of Science and Technology*, Edited by David Hess and Linda Layne, Vol.9, Jay press, United Satate of America, Pags. 29-58.

Lock, M., Young, A., Cambrosio, A. 2000. “Introduction”. En: *Living and working with the ne w medical technologies, Intersections of inquiry*. Cambridge University Press, Cambridge. Pags. 1-15

Lyon, M. y Barbalet, J., 1994. "Society's body: emotion and the 'somatization' of social theory". En: *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self.* Csordas, T. (Editor), Cambridge University Press, Cambridge, Pags. 1-24.

Menéndez, Eduardo y R. Di Pardo (1996). *De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención Primaria y procesos de alcoholización*, Ciesas, Ediciones de la Casa Chata, México.

Rapp, R. 1993. "Accounting for Amniocentesis". En: *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday life.* Edited by Shirley Lindenbaum and Margaret Lock, University of California Press, Pags. 55-76.

Rapp, R. 1997. "Real-Time Fetus. The role of the Sonogram in the Age of Monitored Reproduction". En: *Cyborgs and Citadels. Anthropological Interventions in Emerging Sciences and Technologies.* Edited by Gary Lee Downey and Joseph Dumit, School of American Research, 1997. Pags. 31-48.

Turner, V. 1980. "Social drama and stories about them". En: Mitchel, W. (ed.) *On narrative.* The University of Chicago Press.

¹ En inglés existen palabras diferentes para aludir a estas dos dimensiones. Por un lado, la palabra que se emplea para significar la experiencia personal, individual y subjetiva de la enfermedad –*illness*- y, por el otro, aquella que se refiere concretamente a la verdad impersonal formulada en lenguaje científico objetivo –*disease*-, que remite a la patología biológica. (Kleinman, 1995: 32). Para Frankenberg (2003: 12), ambos deben ser vinculados para su análisis, a los marcos socioculturales en los que se producen.

² Latour, B. y Woolgar, S. 1988. *La vie de Laboratoire. La production des faits Scientifiques.* Paris: La Découverte. Se aplica aquí la idea central de estos autores que sostienen que los hechos científicos son socialmente construídos en el marco de prácticas determinadas que se despliegan en espacios específicos, como el laboratorio en el que sitúan la investigación etnográfica, o como el hospital, en el que según estos autores, cabe encontrar similitudes.

³ Clavreul, J. 1983. *El orden médico.* Barcelona, Argot.

⁴ Douglas, M. 1996. *Cómo piensan las instituciones.* Alianza, Madrid.