



DOI: 10.29112/RUAE.v5.n2.4
Avances de Investigación

Influencia del imaginario social en período de pandemia, Uruguay, 2020

INFLUENCE OF THE SOCIAL IMAGINARY IN A PANDEMIC PERIOD,
URUGUAY, 2020

INFLUÊNCIA DO IMAGINÁRIO SOCIAL EM UM PERÍODO PANDÊMICO,
URUGUAI, 2020

***Sonnia Romero Gorski¹, Fabrizio Martínez²,
Fabricio Vomero³, Virginia Rial⁴,
Selene Cheroni⁵, Samuel Rodríguez⁶,
Gregorio Tabakián⁷, Cristian Dibot⁸,
Rodrigo Abaira⁹, Joaquín Martínez¹⁰***

71

¹ ORCID 0000-0003-3394-4879

² ORCID 0000-0002-0000-2810

³ ORCID 0000-0001-7245-5854

⁴ ORCID 0000-0003-3605-1056

⁵ ORCID 0000-0002-6714-6050

⁶ ORCID 0000-0002-1190-2478

⁷ ORCID 0000-0002-9579-6069

⁸ ORCID 0000-0002-4411-0266

⁹ ORCID 0000-0001-7212-7535

¹⁰ ORCID 0000-0001-6899-8047

^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10} Programa Antropología y Salud, FHCE,
Montevideo. <http://www.antropologiasalud-uy>

RESUMEN

Resultados de estudio que refiere a la aún vigente emergencia sanitaria por Covid-19 en Uruguay, país de América del Sur ubicado entre Argentina y Brasil. En territorio y en población es el país más chico de la región, que históricamente se ha acercado a estándares europeos, tendencia que se mantuvo de forma selectiva en el contexto de pandemia.

Estrategia de investigación: estudio de tipo etnográfico se programó en tiempo acotado, entre abril y junio, apenas iniciada la crisis sanitaria. Se distribuyeron diez “antenas” de observación, en situaciones de vida cotidiana, en instituciones de salud y otros.

Los recursos bibliográficos utilizados responden a una búsqueda de bases disciplinarias con reconocida solvencia, rescatando autores y marcos teóricos, integrando nuevas propuestas teórico-metodológicas y antecedentes afines a esta investigación.

Motivación del peritaje antropológico: destacar diferencias (culturales) de comportamientos durante la crisis sanitaria, plantear el interés de conocer sobre objetivación de factores socio culturales que incidieron en la contención del avance epidemiológico y luego, en significativa presencia de contagios dentro del propio personal de salud.

Resultados: encontramos modelos que ordenan la comprensión de hechos sociales, de datos reales. El abordaje realizado aporta conocimiento sobre representaciones, contenidos de imaginario social, que determinan actitudes y afectan condiciones objetivas en el ámbito social, institucional y personal.

-Notas, registros de campo en: <http://www.antropologiaysalud-uy.org>

Palabras clave: pandemia 2020; Uruguay; antropología y salud peritaje antropológico; hecho social total

SUMMARY

Study results that refer to the still current health emergency due to Covid-19 in Uruguay, a South American country located between Argentina and Brazil. In terms of territory and population, it is the smallest country in the region, which has historically approached European standards, a trend that was selectively maintained in the context of the pandemic.

Research strategy: an ethnographic study was scheduled in a limited time, between April and June, as soon as the health crisis began. Ten observation “antennas” were distributed, in everyday life situations, in health institutions and others.

The bibliographic resources used respond to a search for disciplinary bases with recognized solvency, rescuing authors and theoretical frameworks, integrating new theoretical-methodological proposals and antecedents related to this research.

Motivation of the anthropological expertise: highlighting (cultural) differences in behavior during the health crisis, raising the interest in knowing about the objectification of socio-cultural factors that influenced the containment of epidemiological progress and then, in the significant presence of contagions within the health personnel.

Results: we found models that order the understanding of social facts, of real data. The approach carried out contributes knowledge about representations, contents of social imaginary, which determine attitudes and affect objective conditions in the social, institutional and personal sphere.

-Notes, field records in: <http://www.antropologiaysalud-uy.org>

Keywords: Pandemic 2020; Uruguay; anthropology and health anthropological expertise; total social fact

RESUMO

Resultados do estudo que se referem à ainda atual emergência de saúde devido à Covid-19 no Uruguai, país sul-americano localizado entre a Argentina e o Brasil. Em termos de território e população, é o menor país da região, que historicamente se aproximou dos padrões europeus, tendência que se manteve seletivamente no contexto de uma pandemia.

Estratégia de pesquisa: um estudo etnográfico foi agendado em tempo limitado, entre abril e junho, assim que começou a crise de saúde. Foram distribuídas dez “antenas” de observação, em situações da vida cotidiana, em instituições de saúde e outras.

Os recursos bibliográficos utilizados respondem a uma busca por bases disciplinares de reconhecida solvência, resgatando autores e referenciais teóricos, integrando novas propostas teórico-metodológicas e antecedentes relacionados a esta pesquisa.

Motivação da perícia antropológica: evidenciar diferenças (culturais) de comportamento durante a crise de saúde, despertar o interesse em saber sobre a objetificação de fatores socio-culturais que influenciaram na contenção do progresso epidemiológico e, então, na presença significativa de contágios dentro dos próprios profissionais de saúde .

Resultados: encontramos modelos que ordenam a compreensão dos fatos sociais, dos dados reais. A abordagem realizada proporciona conhecimentos sobre representações, conteúdos do imaginário social, que determinam atitudes e afetam condições objetivas na esfera social, institucional e pessoal.

-Notas, registros de campo em: <http://www.antropologiaysalud-uy.org>

Palavras chave: Pandemia 2020; Uruguai; antropologia e perícia antropológica em saúde; fato social total

Enviado: 28/08/2020

Aceptado: 30/10/2020

Introducción

La noticia sobre llegada e instalación del Covid-19 en el país (preanunciada desde el contexto mundial en diciembre 2019, confirmada en Uruguay en marzo del 2020) nos movilizó en el sentido de poner al servicio de la situación nuestro conocimiento, apropiado para realizar un relevamiento de tipo pericial. El objetivo es colocar una mirada especializada sobre instituciones, personas, situaciones, causalidades, como forma de generar enfoque cualitativo sobre el *contexto situacional*, revelando el interés antropológico de un cambio inédito en las condiciones sociales y sanitarias.

Nos centramos en el lado socio cultural de la expansión y contagio del virus covid19, - sin desconocer su naturaleza biológica, que amenaza la salud de las personas- abordando la producción de conductas de riesgo y otras.

A partir del procedimiento de registro y de lecturas del material etnográfico, reconocimos modelos persistentes en el imaginario social, así como dinámica de cambios. El conjunto, - observaciones, interpretación, análisis- permite una caracterización ajustada, con identificación de factores culturales propios del contexto socio histórico local. En tanto producto etnográfico, habilita estudios comparativos en diferentes contextos, en diferentes poblaciones.

En este procedimiento seguimos líneas y metodología ya probadas; tal como expresamos en comunicación previa a la situación de pandemia, “los antecedentes y opciones teóricas de referencia nos llevan cada vez más 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 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”, (Romero, S. 2019)

Pese a la certeza de la incidencia objetiva de factores culturales, hay que recordar que la atención -de autoridades, servicios de salud, medios de prensa, sociedad y personas -, se vuelca preferentemente al lado biomédico de la cuestión. Sin embargo, la campaña de lucha y prevención contra el covid-19 apela a la importancia de cambiar

comportamientos. Trataremos de mostrar, en el desarrollo del texto, la tensión entre razones bio-médicas y razones socio culturales.

Viene al caso evocar categorías canónicas (en debates antropológicos), como *Naturaleza* y *Cultura* enmarcando la amplitud y los límites de lo que se observa y el riesgo para la salud que está en consideración. “Es natural lo que se produce independientemente de la acción humana (...) Es cultural todo lo producido por la acción humana, ya sean objetos, ideas o incluso cosas que están a medio camino entre los objetos y las ideas, a las que llamamos instituciones: una lengua, la constitución o el sistema escolar [o el sistema de salud], por ejemplo” (Descola, Ph. 2010:9); más adelante Descola aclara la ambigüedad irrenunciable que nos contiene “La mayoría de los elementos de nuestro entorno, nosotros incluidos, se encuentran en esta situación intermedia en la que son a la vez naturales y culturales”. (Descola, idem)

En el mismo sentido Viveiros De Castro advertía sobre la complejidad observada por la antropología, empezando con los mitos como paradigma de las obras humanas “...Y de hecho las *Mitológicas*, lejos de describir un pasaje claro y unívoco entre Naturaleza y Cultura, obligan al autor [C. Levi-Strauss] a cartografiar un laberinto de caminos tortuosos y equívocos (...) de ríos que corren en los dos sentidos al mismo tiempo...” De Castro, V., 2010: 234.

Pasajes y obras citadas colocan el marco necesario para advertir que cuando nos referimos al plano de lo socio cultural [La Cultura] en tiempos de pandemia estamos contemplando asimismo relaciones e impactos en condiciones de existencia del virus [la Naturaleza] a nivel local. Planos trabados, que debemos separar solo a los efectos de la observación y estudio.

74

Condiciones locales

Ficha técnica: población 3 millones y medio aprox. Ubicación geográfica, A. del Sur, frontera fluvial noroeste y suroeste con Argentina (varios puentes) y 1068 km de frontera seca con Brasil al norte, noreste y sureste. Comparte con Brasil varias ciudades binacionales. Capital: Montevideo, 1.351162 habitantes, puerto y aeropuerto principal. Sistema de salud pública (gratuita) y asistencia mutua (paga). Sistema Nacional Integrado de Salud da cobertura a más de dos millones y medio de personas (según OPS), mientras Salud Pública asume el resto de la cobertura, con hospitales y policlínicas en todo el país. Datos del Covid19: oficialmente ingresó al país el 13/03/2020. Total de casos al concluir el período de trabajo de campo, fin de junio 2020: 952 positivos. Recuperados: 837. Fallecidos 20. Se registraron brotes: en Rivera, frontera norte con Brasil (controlado), en Treinta y Tres, frontera noreste con Brasil, donde pasó de 0 a 18 casos positivos en un día, la mayoría personal de la salud, proporción que fue en aumento.

Hasta la ocurrencia del brote en la ciudad de Treinta y Tres, se había considerado exitosa la campaña de lucha contra el Covid19.

Nota: En los primeros días de julio, terminando la escritura de este informe y ya fuera del período acotado de investigación propiamente dicho, importante brote epidémico en Montevideo, en la sociedad Médica Uruguaya, una de las grandes instituciones del sistema mutua. Con más de 300.000 afiliados.

Al considerar en este estudio el momento inicial de crisis sanitaria, desde mediados de marzo a junio del mismo año, asumimos como válido el conocimiento existente:

el virus se expande desde las ciudades. En medio urbano ataca a los humanos sin demostrar comportamiento selectivo en cuanto a sexos/géneros (aunque la mortalidad masculina ha sido mayor), condición socio económica, pertenencia étnica, aunque se constata mayor virulencia o peligrosidad del virus en personas en edades avanzadas, con afecciones previas asociadas.

También tomamos en cuenta que no se tienen pruebas de que haya factores biológicos de protección asociados a las condiciones señaladas, aunque son determinantes los aspectos materiales, los estilos y medios de vida asociados a las diferentes situaciones objetivas - La protección que significaría la aplicación universal y obligatoria por varias generaciones en Uruguay de la vacuna BCG (contra la tuberculosis), no es un dato científicamente confirmado. - Es decir que la lógica de los llamados “brotos” y de la expansión en lugares específicos, se debe a la intervención, o interferencia, de factores propios del comportamiento humano, de actividades de los humanos, que llevan de un lado a otro el virus, y lo depositan, por así decir, en víctimas que actuarán a su vez como portadores involuntarios de la epidemia.

Supuestos básicos

Al comenzar a recoger material de observación retomamos el valor heurístico de *modelos* abstractos que tienen plena vigencia en el imaginario social y que se objetivan en comportamientos observables, tanto en la sociedad como en el sistema médico o de salud (tomando en cuenta prevalencia netamente urbana, ya señalada). Dichos *modelos* constituyen matrices de pensamiento que se transmiten de una generación a otra, se encuentran disponibles para ser “usados” sin necesidad de verificar su veracidad o actualización. Es algo que se enuncia o se pone en juego porque todo el mundo sabe que es o que puede ser así. como un recurso cultural que se encuentra ya almacenado en un repertorio (podríamos decir, en el *stock* del imaginario). Dichos modelos permanecen hasta que se procesa un cuestionamiento, un movimiento que impone un nuevo modelo que identificaríamos como tendencia más actualizada y que con el tiempo podría quedar asentado en el *stock*, completando un ciclo.

En términos más tradicionales y según lo estableció claramente Dan Sperber en consagrados trabajos sobre procesos cognitivos, representaciones, procesos de identificación simbólica, entre otros, “Las representaciones son más identificadas por su contenido más que por sus propiedades materiales, ya sean representaciones mentales (individuales) o públicas (en la sociedad)”, (Sperber, D. 2000).

En el actual contexto de pandemia/epidemia consideramos que es importante tener en cuenta elementos del pensamiento, que desde lo cultural instruyen comportamientos individuales y sociales dándoles impronta codificada que puede ser observada, clasificada en un sistema que se asocie a una sociedad, en un momento determinado. El supuesto teórico que manejamos es que esos procesos se integran como micro fenómenos, micro acontecimientos, que articulan con otros tantos factores (de orden biológico y material) conformando el *contexto situacional* de patología individual y de transmisiones interindividuales.

Para acercarnos a relaciones de causa a efecto, como desde un punto de vista naturalista según Sperber (2000), presentamos *modelos* de pensamiento que vimos expresarse, así como evidencias de su manifestación. Tratamos material empírico producido por los registros de campo, como estrategia para generar conocimiento denso en corto período de tiempo, cuando el fenómeno de la pandemia entró en escena y los actores,

las instituciones, no tenían aún instrucciones muy predefinidas. Captamos situaciones que se produjeron casi “al natural”. Pasados varios meses ya nadie puede decir que desconoce la presencia del riesgo epidémico o que no sabe qué medidas tomar para evitar contagio.

Estrategia de investigación

Se trata de una etnografía rápida, multiplicando registros desplegados en “antenas” de observación (sin aplicar entrevistas) en escenas de vida cotidiana en Montevideo, en instituciones hospitalarias, atendiendo contenidos de informativos de televisión nacional, en el horario central de 19h.

El tiempo de registro se limitó deliberadamente a dos meses, asegurando la densificación sincrónica de pruebas empíricas, de acuerdo con lo establecido para estudios periciales, según lo establece especialista en el tema peritajes: “se toma en cuenta que el tiempo disponible para realizar el peritaje y escribir el informe pericial es mucho más corto del tiempo que los antropólogos y las antropólogas usualmente disponen para hacer sus investigaciones etnográficas” (Rodríguez Soto, L. 2017, 112).

Usamos la modalidad de “ejercicios de observación” cercanos a una definición adaptada, “Más que etnografía, se hacen ejercicios de observación estructurada en los que se ve el comportamiento de algunas variables”, manejando “la tensión entre el tiempo y el logro de conocimientos suficientes (...) referencia a un límite de sentido según el cual el investigador/a considera que la información recogida es apta” (González Vélez y García González, 2019: 80).

76

En cuatro sesiones de puesta en común, revisión, discusión sobre el material acumulado, además de intercambios en plataforma digital, definimos las bases y alcance del informe final. Los resultados obtenidos corresponden a un trabajo colectivo, si bien me hago cargo de la escritura, (Romero Gorski, S.)

Fuimos también procesando lecturas para obtener actualización documental, así como revisión de fundamentos disciplinarios de base, y posibles, a nivel nacional e internacional.

La mayoría de los textos que llegaron via internet, de carácter ensayístico, no se referencian aquí, aunque esas lecturas nos agregaron interrogantes, reflexiones, (textos de G. Agamben, G., S Zizek, J. Butler, A. Badiou, D. Harvey, Byung-Chul Han, M. Maffesoli, entre otros).

En avances publicados en junio del presente año V. Rial ya había presentado la línea que estamos exponiendo ahora, “Ante la amplitud del fenómeno a estudiar retomamos la categoría teórica del Hecho Social Total de Marcel Mauss (1991, 1a1925) que en su época (principios del siglo XX) y en su inspiración etnográfica muy localizada, ya planteaba la prevalencia histórica generalizada de ciertos fenómenos “totales” porque comprenden y comprometen a la vez varias esferas de lo social, lo político, lo religioso, lo público y lo privado, entre otras dimensiones, pero a su vez encierran y explican condiciones bio-psico-sociales de cada individualidad en particular. Es decir que un Hecho Social Total marca a todos y cada uno, define implicancias socialmente obligatorias, objetivamente vinculantes, subjetivamente impostergables y biológicamente urgentes”.

“La salud como fenómeno de compleja composición, siempre ha correspondido bien a esta categoría teórica. Dadas las circunstancias, ahora tenemos que agregarle una nueva dimensión; lo global, lo planetario.” (Rial, V. 2020: 85)

Desde este punto podemos sostener que la epidemia del Covid-19, aún en un país demográficamente tan acotado como Uruguay, es inabarcable en la totalidad de sus implicancias sociales, institucionales, personales. La propuesta no podría ser estudiar semejante fenómeno en su carácter total, sino trabajar sabiendo el orden relacional de ángulos, buscar reglas de composición, ubicar situaciones, lugares, protagonistas, y que el conjunto produzca sentido al vincularlos con instrumentos teóricos.

Finalmente, recordamos que la antropología tiene vocación de contemplar totalidades reuniendo aspectos materiales y simbólicos, sociales, grupales, personales, institucionales, y para eso toma en cuenta, paradójicamente, detalles, micro universos. Con los elementos que así logra ensamblar, la antropología arroja resultados concretos: tipologías, modelos mecánicos a escala de la composición interna de fenómenos socio-culturales, complementarios de modelos estadísticos (descriptivos). Se persigue así la búsqueda de paradigmas, en el sentido que plantea G. Agamben “el paradigma es una tercera y paradójica especie de movimiento [diferente de la inducción y deducción], que va de lo particular a lo particular”, (Agamben 2009).

Primeros días de emergencia sanitaria

Se supo muy pronto que el virus se transmitía, a través de la aspersion que se produce al hablar, toser o estornudar. Se difundió asimismo que una persona contagiada debía guardar aislamiento, no entrar en contacto con otras personas o ambientes. Desde ese conocimiento básico ya quedaba planteada la composición bio-social del riesgo.

Los aspectos socio culturales de medidas preventivas, oficialmente recomendadas, fueron/son, el aislamiento, distancia social, uso de mascarillas o barbijos, lavado de manos, desinfección de superficies, de objetos de uso frecuente.

Las medidas preventivas estuvieron oficialmente vigentes a nivel nacional desde el 13 de marzo, desde el primer día se exhortó a que las personas hicieran “uso responsable” de su libertad, insistiendo en la ventaja de protegerse adhiriendo a la consigna del *auto confinamiento*.

Dos meses después, de forma gradual y por sectores se fueron retomando actividades

77

Registro en instituciones

Centros carcelarios

Enseguida de iniciada la emergencia sanitaria la situación de los centros carcelarios fue motivo de preocupación, de debates, se temía que no hubiera antecedentes de procedimientos. Aunque dentro del sistema carcelario hay experiencia de trabajo con contagios de enfermedades transmisibles, Bacilo de Koch entre otros. Según informe de la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes, la tasa de incidencia es 30 veces mayor en el sistema carcelario que en la población. (Levcovitz E. y otros, 2016).

Miércoles 8/04, comienza presión para liberar o mejor dicho excarcelar a presos “por protección”; en noticieros en la TV se ven protestas y reclamos en prisiones en Italia, en Buenos Aires. Debates y problemas en Argentina por la medida de liberar presos para hacer cuarentena en domicilios. También se movilizan en Montevideo. Se

dice que excarcelaron, con prisión domiciliaria, a un hombre de 70 años que estaba desde hacía poco tiempo. No está claro qué medidas corresponde tomar; sobre todo con aquellos presos culpables de violaciones o violencia doméstica. Notas, Romero, S.

Luego de consultar informes del Comisionado parlamentario penitenciario (Petit, J.M. 2019, pp18) supimos que es alta la tasa de *prisionización* (328 c/100.000 habitantes) (más de 11.000 hombres), la cantidad de mujeres privadas de libertad es mucho menor (700 aprox.) pero con el agravante de que algunas tienen hijos chicos o están cursando embarazos. El problema y el cuidado necesario merecería un apartado en este estudio, pero la propia instancia de observación, en el campo, fue detenida por aplicación de medidas para contención y aislamiento, se suspendieron todas las visitas, todo permiso de visitas.

Si algún interno presentase síntomas claros de Covid-19 se encuentran preparados protocolos de aislamiento. Los nuevos ingresos pasan por el protocolo ya establecido para otras enfermedades, “al detectarse la presencia de enfermedad activa en una persona recién ingresada al sistema, se procede a aplicar un régimen de aislamiento” (Petit, J.M. 2019).

“Se han entregado a determinadas personas referentes en cada centro, insumos para desinfección y se han creado instancias de comunicación y concientización sobre pandemia acaecida para su tratamiento, prevención, detección”, (Petit, J.M. 2020). Notas. Abraira, R.

Hospitales

78 Las instituciones sanitarias, ya sean del sistema mutual (prepago), privado (seguros) o de salud pública (gratuitos), coordinados o registrados dentro del Sistema de Salud que abarca todo el país pusieron en marcha lo que se llamó “protocolos”, bajo la autoridad del Ministerio de Salud Pública y del SINAE (Sistema Nacional de Emergencia). Se activaron redes de vigilancia epidemiológica, con aplicación de testeos sistemáticos y en número creciente en todo el país. (ref. art. Científicos, julio 2020)

La observación etnográfica en instituciones se llevó adelante según el supuesto cultural-metodológico de base: en primera instancia se encuentran las directivas, es el plano normativo o discursivo, luego se encuentran las actitudes, acciones, lo que realmente se hace (según la *cultura institucional*) y se puede observar.

Un conjunto importante y mínimamente predecible de factores puede actuar sobre las personas, los/las profesionales. El cambio/los cambios en la operativa de hospitales y de equipos de salud, tiene mucho de *cambio cultural*, todo debe pensarse de otra manera, hay que tratar de ser “otros/as”, aprender sobre la marcha.

El miércoles 25 de marzo, ingresó a Sala de Observación de Emergencia del Vilardebó un paciente ‘conocido del servicio’, asintomático (es decir sin fiebre y sin dificultades respiratorias). A las pocas horas es ingresado al sector de Internación de Hombres. El jueves 2 de abril esta persona comienza a mostrar síntomas y es trasladado al hospital Saint Bois. El domingo 5 de abril se confirma que es portador de Covid-19, como así también otros pacientes que estaban internados con él en el mismo sector.

(...) (...)

En esos días de importante estrés laboral, pudo verse a una funcionaria irse (hacia la calle) de mameluco, con su cartera colgada al hombro. Hospital Vilardebó, Notas de campo, Martínez, F.

23/03/20, hora 23. Llego al servicio (sector cirugía), encuentro todo muy extraño. No había sido informado de los cambios que se iban a realizar para dar alojamiento a pacientes con Covid-19. Me pregunté, ¿qué está pasando aquí? Paulatinamente el hospital se iría transformando, dando prioridad a la situación pandémica. Con reducción de pacientes internados, liberando ocupación, dejando camas libres.

Nueva experiencia práctica: el uso del equipo de bioseguridad, tanto en la colocación como en su retiro. El riesgo de contagio del personal de salud es alto, se produce al retiro del equipo, por lo que las medidas deben ser adquiridas según protocolo institucional.

Fuera de la habitación existe una mesa con material de bioseguridad, (guantes, sobre túnicas de BQ y sobre túnica impermeable, alcohol al 70%, alcohol en gel, máscara con pantalla, antiparras, tapabocas de BQ y N° 95. Tacho de residuo común y tacho de residuos contaminados. Hospital Policial, Notas de campo, Rodríguez, S.

Observaciones en hospital designado como Centro Covid-19, en Montevideo:

Todas las habitaciones equipadas con oxígeno central que es provisto a través de un tubo en Y para alimentar las dos camas de una misma habitación, en caso de ser necesario.

Se asigna uno o dos pacientes como máximo por cada auxiliar de enfermería. (De cualquier modo, durante mis días de visita el hospital estaba francamente tranquilo, con la mayor parte de las habitaciones vacías).

El primer día de funcionamiento se contagiaron (¿?) todos los de la cúpula médica, por contagio de una de las doctoras, 10/04/20, Notas de campo, Martínez, J.

En Servicio de Psicología médica, Hospital de Clínicas

Inmediatamente se empezó con los cuidados sanitarios necesarios para evitar posibles contagios. Exhortación al uso de tapa bocas, alcohol en gel, lavado de manos frecuente y no compartir el mate. También se resolvió no llevar a piso instrumentos como lapiceras o cuadernos de apuntes, para evitar mayor cantidad de superficies que puedan transportar el virus.

De forma general estas medidas fueron correspondidas por el personal de salud y los usuarios del hospital. Algunos casos puntuales que se pudieron registrar como el no uso de tapa boca o usuarios compartiendo mate y aglomeramiento en el ascensor. 10/04/2020 Notas de campo, Cristian Dibot

11/4/2020, “Médica de guardia llama por teléfono a médica internista del sector para definir el aislamiento de paciente. No contesta. ‘No soy yo quien tiene que decidir’. Se llama al jefe de médicos internistas. No contesta. Se llamó a médica infectóloga del Comité de infecciones. Atiende. Contesta que ya no es más integrante del Comité de infecciones. ‘No me pegan de retén’ ¿Por qué me llamas?

“Yo soy la médica de guardia y te planteo esto ¿quién lo resuelve”? Notas, Rodríguez, S.

Pudimos registrar que hay problemas logísticos, de jerarquías, de competencias, de multi empleo de un conjunto grande de técnicos y funcionarios de la salud quienes en un día pueden cumplir funciones en dos o más centros. Desde médicos en diferentes especialidades a acompañantes contratados, es amplia la gama de agentes que intervienen y pueden generar situaciones de riesgo por el simple hecho del trasiego involuntario de elementos contaminantes o de comportamientos diferenciados entre uno y otro servicio (cada uno con sus reglas).

Un aspecto llamativo es la dicotomía entre servicios y personal de salud en general versus servicios y personal de salud mental. En términos teóricos se maneja fácilmente, de manera retórica tal vez, la inexistencia de separación entre *mente* y *cuerpo*, aunque en términos de práctica profesional especializada la diferencia es notoria y hasta plantea disfunciones, debates no resueltos, que en momentos de la crisis sanitaria se pusieron claramente de manifiesto.

De pronto hay mucho paciente derivado del Hospital Vilardebó (por brote localizado, 22 casos positivos)- eso causa malestar entre el personal debido a la dificultad en el manejo de los mismos; se negocia de modo permanente y con insistencia la “devolución” de los pacientes asintomáticos al Hospital Vilardebó. Allí se niegan a recibirlos.

Hay opiniones amplias en el marco del Hospital Español sobre que las infecciones cruzadas en el Vilardebó se debieron a la irresponsabilidad de los médicos psiquiatras, quienes se habrían negado a utilizar barbijos en el interior del hospital, yendo de la pabellón a otro sin medidas de protección. Esto claramente generaba molestia entre el equipo de salud, produciendo opiniones, rumores, como “los psiquiatras se olvidan que son médicos...” Notas, Martínez, J.

El universo de las instituciones de salud contiene una densa complejidad, de funciones, y procedimientos según ramas de actividad. En esta aproximación de peritaje antropológico producido en período corto de observaciones, optamos por mostrar a través de una selección de registros, aspectos que fueron tomados en cuenta y puestos en valor en las interpretaciones, en el trabajo de abstracción para formulación de *modelos teóricos*.

80

Imaginario social, modelos observados

En el período considerado aparecieron con suficiente claridad matrices de prácticas discursivas y de comportamiento, modelos abstractos existentes en el mundo social, que contienen interés antropológico porque provienen de un *stock* ideacional, “Aún las representaciones colectivas más elevadas no existen, no son verdaderamente tales sino en la medida en que ellas gobiernan los actos” (Mauss citado en Chartier, J. 2005:56).

1. Modelo geográfico, cerca/lejos

La posición geográfica de este país del Cono Sur está dominada en gran parte por la amplitud del océano Atlántico, que objetivamente lo aleja de otros continentes y de la mayor parte de las catástrofes que sacuden al mundo. Las pestes y epidemias históricas, así como las guerras mundiales han ocurrido efectivamente en otros escenarios. Podemos decir que esa situación genera una representación colectiva: el país “se piensa” a salvo, lejos, en situaciones de riesgo mundial. En esta representación pierde peso la realidad material de fronteras que lo acercan objetivamente a los dos países vecinos.

Con relación a la proximidad o lejanía de riesgos sanitarios nos resulta ilustrativo que las autoridades del Gobierno saliente, tanto como las del Gobierno entrante (que asumió funciones el 1 de marzo del 2020) no expresaron, ni unos ni otros, inquietud sobre condiciones del país ante eventual llegada del virus.

Nuestra interpretación es que la representación sobre el riesgo seguía, antes del 13 de marzo, el patrón de la lejanía.

Poco después y al primer indicio de alarma, se constató, ya en el marco de la emergencia sanitaria, la necesidad de mejorar equipamiento y capacidad hospitalaria, así como material y operativa de laboratorio para detección de contagios.

Puede decirse que a nivel de las autoridades habría actuado, involuntariamente, una persistente representación sobre la lejanía como protección; dicha convicción tiene lógica en términos de imaginario local, con recurso frecuente al modelo *cerca/lejos*, con el cual se reafirmó tradicionalmente la ventaja de “estar lejos”.

Parte de esa representación de referencia permaneció, y hasta opacó la existencia de los más de mil kilómetros de frontera seca con Brasil, también la proximidad de la frontera fluvial con Argentina. Ambas líneas fronterizas vistas como rutina natural, o naturalizada, de pasajes cotidianos con preocupación de vigilancia sobre documentación de las personas y sobre posible tránsito ilegal de mercaderías. El peligro biológico que pueda “entrar” por las fronteras a través de la vida normal de las personas, con sus idas y venidas (sobre todo en las llamadas ciudades binacionales) no fue integrado de inmediato en la consideración de las medidas en la emergencia sanitaria.

Actualización del modelo: La cercanía geográfica, el país encajado en la región, adquirió otro estatuto de realidad en la representación colectiva en el actual proceso de transmisión de la pandemia.

El país se “descubrió” cerca de los países vecinos, las fronteras materialmente próximas fueron corrigiendo día a día el mensaje simbólico del *modelo cerca/lejos*, cuestionando la convicción de lejanía, evocada al principio.

2. Modelo global/local: alcance al modelo cerca/lejos

El modelo anterior se reveló poco actualizado por otras razones, ya que rigen en el mundo conexiones globales independientemente de cercanía o lejanía física. Las personas, los proyectos o las economías se vinculan e interactúan a través de múltiples medios, causalidades y condiciones objetivas.

Según el relato más repetido y oficialmente aceptado sobre la llegada del virus dice que “en este país fue determinante el regreso de una persona que había estado en Milán y en España, en vinculación con actividades del mundo de la moda, y que una vez en Montevideo a pesar de tener síntomas, concurrió a una fiesta en la que hubo unas 500 personas invitadas”. Este acto y sus circunstancias, en principio individuales, habrían bastado para que el virus en su modalidad importada se expandiera rápidamente, registrándose 4 casos positivos el 13 de marzo.

En la secuencia de lo que se considera el “caso cero” del contagio en el país los aspectos socio culturales fueron determinantes y evidentes, aunque imprevisibles desde la posición de las autoridades que no habían aún dispuesto controles en arribos de pasajeros, en la realización de eventos, etc. Desde la esfera privada, el comportamiento social de la persona (paciente “cero”) priorizó lo que consideró obligaciones sociales, y socializó a pesar de la fiebre u otros síntomas.

“Por favor difundir: el sábado 7 de marzo fue Casamiento F&F. C. H. recién llegada de Milán asistió y hoy en día es el primer caso de coronavirus del Hospital Británico. Ya hay más de 20 con síntomas (...) Si fuiste al casamiento notifica a tu trabajo, universidad y solicita cuarentena (...) Piensen en sus padres, tíos, abuelos. Ya sé que no podemos evitar ir a casamientos pero si asististe al casamiento mencionado arriba, por favor en tu casa por 14 días!!!! No te cuesta nada” mensaje en redes. 13/03/20, Notas, vida cotidiana, Cheroni, S.

En los medios y en plataformas se va a empezar a mencionar que los sucesivos casos positivos pertenecían/pertenecen a sectores acomodados. En ciertos casos es claro que la condición socio económica facilitó condiciones para viajar, alternar en Europa (ya en plena pandemia), regresar y a su vez generar ocasiones de expansión local. A partir de estas evidencias se generalizó lo que llamaríamos una versión de *sociología espontánea*, que maneja como dato (para Uruguay) que el virus se expande entre personas de buen nivel económico, que a través de viajes están conectadas con el mundo global. Parece evidente que en sus interacciones *pudieran haber sido* agentes primarios del virus, pero el ciclo de contagios no tiene ese límite social.

Se desprende de aquí otro modelo que acomoda los datos, según una representación recurrente en la que se opone la situación de privilegiados de unos y de víctimas de otros, es el recurso al conocido modelo *ricos/pobres* que, se supone también permitiría ordenar el combate a la pandemia; se sabe que el ciclo de los contagios y transmisión no admite tal simplificación.

En otro orden de argumentación debemos atender al conocimiento más actualizado que dice que los traslados, los viajes aéreos, son un fenómeno poli clasista, y deberíamos descartar la representación del párrafo anterior, aún tan prevalente en el país. De hecho, con el correr de los días fueron llegando, volviendo, muchas más personas, grupos de viaje, estudiantes, becarios y trabajadores de empresas internacionales que se encontraban en países ya bajo prevalencia de la epidemia. También habría que considerar los pasos de fronteras regionales, los trabajadores zafrales que vienen de Brasil a las cosechas de arroz y de caña de azúcar, los esquiladores uruguayos, trabajadores rurales, que fueron a España para la zafra lanera. Ni que decir los riesgos que traen y llevan los transportes de carga regional por vía terrestre. Son referencias concretas, imágenes de conexiones globales de sectores sociales muy diversos.

82

Un caso paradigmático fue todo el episodio del crucero australiano Greg Mortimer en sus casi 60 días en aguas uruguayas (partió el 24/05/20). Se realizaron controles de detección del covid-19, visitas médicas, internaciones, evacuaciones, traslado de pasajeros, trámites consulares, con personal de Aduanas, de Prefectura Marítima, traslados en ambulancias, transportes de pasajeros, alojamiento en hotel preparado para la emergencia, entre otros. Varias nacionalidades entre tripulantes y pasajeros, varios cientos de personas (de los más diversos sectores sociales) implicadas en las operaciones, en toda la logística de cada movimiento. Demostración viva de imbricaciones globales y locales.

Actualización del modelo: lo local ya no puede pensarse si no es en relación con todo lo circundante y con las actividades variadas que cada persona o emprendimiento pueden generar. No se trata solo de una cuestión de mercado, de intercambios a gran escala, sino que comprende muchos planos llegando a lo micro social, involucrando proyectos y acciones personales; conexiones en las que están comprendidos una pluralidad de actores, no solamente sectores de alto poder económico.

3. Modelo de sociedad medicalizada

Apenas se registraron los primeros 4 casos positivos en Uruguay el gobierno tomó el conjunto de medidas de alcance nacional ya mencionadas. Permanecieron abiertos solo aquellos comercios indispensables como supermercados, farmacias, estaciones de combustible.

Las calles se vaciaron como en las demás ciudades del mundo, aunque la condición diferente fue que en Uruguay no se obligó, ni penalizó, sino que se apeló al ejercicio de la *libertad responsable* de cada uno/a.

Sábado 21/03, “Sobrevuela un helicóptero con un parlante por Pocitos, Parque Rodó y Punta Carretas (barrios de la costa) exhortando a las personas que vuelvan a sus casas y mantengan distancia social”, notas vida cotidiana, Cheroni, S.

Como primera prueba de existencia del *modelo de sociedad medicalizada* (predispuesta a aceptar indicaciones médicas), podemos señalar que el mismo 13 de marzo se canceló el Festival Montevideo Rock (bajo jurisdicción de la Intendencia de Montevideo) que comenzaba al día siguiente con larga lista de invitados, con la expectativa de mucho público. La cancelación afectó a un sector significativo de población joven, con perjuicios económicos; a pesar de todo la medida no fue cuestionada en ningún aspecto. Se acató por completo, plegando protestas ante el argumento médico del *riesgo sanitario*.

Al reparar en el modelo de sociedad medicalizada, cuya manifestación estamos ahora registrando, recurrimos a conocimiento sistematizado localmente hace más de 20 años, en un importante seminario convocado por el Instituto Goethe de Montevideo. El Seminario La Medicalización de la Sociedad – alineado en visión crítica del llamado *poder médico*, conocida por obras recientes de filósofos, sociólogos, antropólogos, historiadores, médicos, psicoanalistas. En Montevideo un conjunto de especialistas uruguayos y un invitado alemán pusieron a punto, en varios encuentros de trabajo, acercamientos cuestionadores del poder médico, de la medicalización como ejercicio de control y dominación sobre la sociedad, sobre las personas. Ver: Barrán, Bayce, Cheroni, de Mattos, Labisch, Moreira, Portillo, Porzecanski, Rodriguez, Romero, Viñar, (1993, 1°ed., 2002, 2°ed.) Dicho Seminario tuvo repercusión académica y difusión de la publicación, así como también motivó un segundo seminario que años después retomó *trabajos*, (Portillo, J. Rodriguez Nebot, J. (comps) Seminario Expropiación de la Salud, Instituto Goethe, Montevideo 2005.

En el seminario de La Medicalización de la Sociedad, el reconocido historiador J.P. Barrán había dejado muy en claro la genealogía de esta predominancia o elemento dominante en el imaginario social uruguayo, “Entre 1900 y 1930, la sociedad uruguaya, con Montevideo a la cabeza, se medicalizó. Esa medicalización sucedió en tres niveles, los cuales no tuvieron la misma profundidad ni ocurrieron con el mismo ritmo histórico: el nivel de la atención, o sea, el rol creciente que tuvo el médico en el tratamiento de la enfermedad; el nivel de la conversión de la salud en uno de los valores supremos de la mentalidad colectiva que en parte antecedió a la medicalización; y el nivel de la asunción por la sociedad de conductas cotidianas, valores colectivos e imágenes, derivados directamente de la propagación del saber médico.

“La sociedad medicalizada, fruto final de este triple proceso, resultó ser aquella en que los aspectos profilácticos del saber médico se popularizaron, aquella en que el médico monopolizó el tratamiento de la enfermedad y buscó la preservación de la salud, ya que ésta se había convertido en la suprema aspiración del grupo. Esas condiciones ya se cumplían a diferentes niveles en el Uruguay de 1930” (Barrán, J. P. 1993: 153)

Con la certeza de este antecedente histórico hoy reconocemos la vigencia de la difusión hegemónica del saber médico, -en una sociedad medicalizada- aunque a la luz de las evidencias hacemos una valoración *ambivalente* de la influencia que tuvo la existencia de ese modelo en la presente coyuntura de pandemia 2020.

Aplica aquí el sentido de *ambivalencia* al que refiere M. Augé, “En todos los casos, el diagnóstico de ambivalencia se aplica a la coexistencia de dos cualidades, incluso si, en el dominio de los juicios de verdad, no hay más ambivalencia que porque se desplazan los puntos de vista o cambian las escalas”, (Augé, M. 1996: 38)

Actualización del modelo: En primera instancia registramos adhesión a propuestas con base en argumentos médicos, mientras actuaba el *modelo medicalizado* como sustrato cultural ya establecido (dentro del *stock*), hecho que favoreció el acatamiento de directivas de cuidado y prevención.

En un segundo momento vemos que el modelo de la *medicalización* mantuvo otras representaciones asociadas, las que ya no resultaron tan funcionales al combate del virus.

Nos referimos en particular a la sobrevaloración del *poder médico* dentro del propio grupo de profesionales en el sistema de salud, como autopercepción de condición aparte frente al riesgo. En el modelo medicalizado, de sobrevaloración del poder médico, no realizamos distinción por géneros, aunque el médico-varón haya sido el paradigma de la profesión, es sabido que la medicina se ha “feminizado” con mayoría de médicas-mujeres en ciertas especialidades pese a lo cual no se registran cambios cualitativos en la cuestión del *poder médico*. Hay aspectos materiales y de estatus social adheridos al problema, mucho más allá de una única determinante “de género”. En trabajo sobre el tema habíamos ya sostenido (y la posición no ha perdido vigencia) que “Nos parece entonces de la mayor relevancia profundizar en el análisis del *habitus asistencial*, sobre sus posibles transformaciones y modos de relacionamiento con el conjunto de las relaciones sociales. Vimos fragmentos de situaciones que ilustran cómo el modelo asistencial autoritario no puede relacionarse exclusiva y mecánicamente con una construcción de género (masculina) de la profesión médica. Tal vez podamos concordar en que sería una construcción de tipo machista, asumida por hombres y mujeres, indistintamente dentro de la profesión.” (Romero, S.1999: 33).

Consideramos que está pendiente una actualización, con datos, sobre presencia de otras variantes de género, el modelo que habla solo en términos de femenino y masculino, (dos sexos biológicamente posibles) es rígido y apegado a determinantes innatas, sin tomar en cuenta opciones personales que construyen mayor diversidad de género, también en la profesión médica.

4. Modelos asociados a la medicalización de la sociedad

A.-Modelo médico hegemónico, asociado a la llamada Medicalización de la sociedad, de gran fuerza en Uruguay, (al que aludimos más arriba) tiene larga tradición de análisis y caracterización por parte de antropólogos/as que han planteado el enfoque bio médico asociado al poder en una gama amplia de expresión, incluyendo dominación asociada al género en su origen, más masculino que femenino. (Autores de referencia del programa Antropología y Salud sobre modelo médico hegemónico, *habitus* asistencial, relación desigual médico-paciente: Menéndez, E. Douglas, Fassin, D. M. Sheper-Hughes, N., Kleiman, A. Romero, S. Portillo, J.)

“La medicalización de nuestra sociedad, entendiéndola como tal la permeación y el dominio del imaginario colectivo por el saber y el poder médicos, no es un hecho irrelevante ni menor. Muy por el contrario, desde nuestro punto de vista, adquiere una importancia enorme. Tan grande es esta relevancia, que la medicalización se transforma en uno de los aspectos más destacados y representativos de nuestra identidad cultural”, (Portillo J. 1993: 17)

Como prueba de existencia de dicho modelo tomamos aquí diferentes hechos registrados cuando la pandemia comenzaba a manifestarse localmente.

En informativos de TV en el horario central, 19h, inmediatamente después del 13 de marzo, se presentaron dos voces que buscaron hacerse oír e imponerse, desde la posición de médico: el presidente del Sindicato Médico del Uruguay fue el primero en pronunciarse enfáticamente, exigiendo que se decretara “cuarentena obligatoria”, luego el ex presidente del país, médico, difundió similar reclamo de “cuarentena obligatoria”.

Dichos mensajes fueron difundidos ampliamente en medios de prensa, con intensidad en plataformas virtuales, (no siempre fuentes confiables).

“Las informaciones producidas y transmitidas desde plataformas virtuales se encuentran enmarcadas en un torbellino, las cuestiones en torno al coronavirus y sus efectos no atraviesan ningún tipo de filtro ni cotejo”, notas de campo, abril 2020, Abaira, R.

Parecía improbable no acatar la autoridad de ambas opiniones médicas - dentro del supuesto que el modelo de la medicalización y del poder médico mantenían su lugar dominante -. Fue una sorpresa que las autoridades de gobierno se ubicaran en otro enfoque, buscando otro modelo: pidió y obtuvo apoyo de expertos científicos, no solo médicos, que conformaron un Grupo Asesor Científico Honorario para ser referente oficial en el tratamiento de la pandemia según resultados de modelos biológicos, estadísticos, con opinión médica, pero no de forma excluyente.

La instalación del Grupo Asesor Científico Honorario debe interpretarse como una novedad significativa para este país donde predominó, prácticamente hasta la presente pandemia del siglo XXI el modelo de *sociedad medicalizada*, bajo hegemonía del pensamiento médico. Se ha producido entonces un cambio cualitativo, y la sociedad se muestra ahora, en el 2020, más abierta haciendo lugar a la experticia científica en sentido amplio.

85

Actualización del modelo: el *modelo científico* sustituyó el modelo del *poder médico hegemónico*, aunque éste permanece sobre todo en las representaciones del propio sistema médico no así en el imaginario social donde ocupa más lugar *la ciencia* en un sentido más amplio y a la vez más riguroso.

Las características del covid19 como virus resistente, letal, aunque con vida útil limitada en gran parte por medidas aplicadas desde lo social, pusieron en escena otros conocimientos. De hecho, el diagnóstico de covid-19 se define en laboratorio, y no por opinión médica, (¿tal vez el hecho pese sobre el ego profesional médico?)

La salud se volvió algo tan objetivamente complejo que no puede ser dejada exclusivamente en la órbita médica.

B.- Modelo médico/a-ante-todo

En este modelo, ya formulado en anteriores estudios en el campo de la salud, vemos que es recurrente que médicos/as (y hasta personal de salud por extensión), tiendan a seguir pensándose o construyendo su personaje civil desde la investidura profesional, con cierta inmunidad que sería inherente al saber médico, sin medir circunstancias que pueden afectar a la persona como tal, (riesgos varios a considerar, especialmente posibilidad de contaminación en el caso del covid19).

Esta especie de “envoltura médica” a la persona, evocada en el modelo, se asemeja a lo que Thomas Csordas desarrolló como concepto de *embodiment* (the body as representation and being-in-the-world) Csordas, Th. 2014).

Insistimos en que este modelo puede derivar en desatención hacia medidas preventivas (en el personal de salud), como figura del exceso de empoderamiento o inmunidad que se produce a nivel representacional, generando actitudes o comportamientos de riesgo.

Reencontramos este aspecto en situaciones bastante recientes, por ello podemos recurrir a anteriores afirmaciones, "según este modelo de sólida composición histórica, los médicos (genérico) actuarían siempre desde una objetividad dictada por el canon profesional, sin poner en juego sus circunstancias como *personas* civiles. Desde el punto de vista antropológico y psicológico, la "desaparición" de la persona dentro del rol médico, no es una realidad sino una construcción imaginaria (...) esta creencia produce efectos de realidad. Se convierte en creencia hacia el interior de la comunidad médica y hacia afuera logra instalarse en la sociedad como una verdad. (...) Como toda construcción de sentido, como proceso de semantización, la duración del modelo depende de su difusión", (Romero, S. 2009: 50, 51).

Evidencias del modelo de referencia como una clave que permite entender o interpretar escenas de probable riesgo en el seno de instituciones médicas.

1° Escenario

En el Hospital Español, en Montevideo, equipado como primer centro de referencia del Covid19 para pacientes de Salud Pública, registramos que: el mismo día de puesta en funcionamiento de dicho centro, el conjunto del personal médico tuvo que ser aislado en su totalidad al detectarse un riesgo de contagio, generado por uno/a de los profesionales que se habían reunido para coordinación de funcionamiento del hospital.

2° Escenario

86

En el país los casos positivos fueron bajando en proporción alentadora, hasta que en los primeros días de junio se generó "un brote" en la capital departamental de Treinta y Tres. En un solo día se pasó de 0 a 18 casos positivos, de los cuales la mayoría fue en el personal de la salud; por lo menos 200 entre todo el personal de salud local fueron colocados en cuarentena para evitar propagación de contagios. Médicos, nurses, enfermeros y auxiliares resultaron positivos o estuvieron impedidos de ejercer sus funciones por haber tenido contacto laboral con infectados.

El hecho se explica si se asume que el personal de salud, todos los cargos comprendidos, tuvo/tiene momentos, tal vez gestos mínimos que se ejecutan por fuera de la idea de riesgo posible

Lunes 8/4/20. "Ese día comienza a llegar una importante cantidad de equipos de protección personal (EPP), como barbijos quirúrgicos, sobre túnicas, zapatones, mamelucos, antiparras, máscaras de protección facial, guantes, para ser utilizados por los funcionarios. Se generaliza el uso de los mamelucos (monos) en los funcionarios, llevando a una saturación de los sitios de descarte de material contaminado", Notas, Martínez, F. abril 2020.

11/4/2020, "Médica de guardia llama por teléfono a médica internista del sector para definir el aislamiento de paciente. No contesta. 'No soy yo quien tiene que decidir'. Se llama al jefe de médicos internistas. No contesta. Se llamó a médica infectóloga del Comité de infecciones. Atiende. Contesta que ya no es más integrante del Comité de infecciones..." "Por qué me llamas?" "Soy la médica de guardia y planteo esto, entonces, quién lo resuelve"? Notas de campo, Rodríguez, S.

Viñeta etnográfica

Día 26/5, ocurrió en una farmacia de barrio, en Montevideo. Según testigos, un hombre conocido, un médico que “siempre viene así, vestido de médico”, entró y no llevaba tapabocas. Un cliente presente lo increpó y le preguntó por qué no usaba la protección recomendada a todo el mundo. Discutieron. El hombre se fue pero volvió armado con un cuchillo y atacó al médico, quien todavía se encontraba en la farmacia. Herido, lo llevaron a un centro de atención. Detuvieron al agresor; vino la policía; fue una noticia de la crónica diaria, se vio en informativos de TV. Notas, Romero, S.

Son varios los elementos que en esta escena nos sugieren una carga simbólica en las actitudes del médico, en las expectativas de las personas, en el enojo por incumplimiento de lo que se interpreta como obligación ejemplar del personal de salud. Está demás decir que no justificamos la agresión, solo le damos un marco en el que surge como un hecho de control social extremo, a priori incomprensible.

Actualización del modelo: si bien en el numeral anterior habíamos concluido que la tendencia más actualizada es sustituir la medicina por la ciencia o mejor, las ciencias como voces autorizadas en un contexto de crisis sanitaria, al mismo tiempo observamos claras manifestaciones de permanencia del modelo del *poder médico*, del modelo *médico/a-ante-todo* en el seno de la propia comunidad médica.

Agregamos que el modelo del poder médico, del médico/a-ante-todo, no solo se mantiene, sino que se transmite entre las generaciones de médicos/as.

Viñeta etnográfica

Hecho público que tomamos en consideración aunque ocurrió fuera del tiempo establecido para la investigación. Se relaciona con el modelo de referencia.

87

El 31 de julio 550 nuevos médicos/as culminaron y aprobaron el requisito del Internado. Nueva generación de doctores en Medicina. Motivos personales y corporativos se unen tradicionalmente para festejar la ocasión, fiesta de fin de carrera conocida por su animación. Este año debido a restricciones sanitarias se realizó en un parque, a cielo abierto contemplando recomendaciones, aunque no se respetó ninguna otra medida: fue una multitud sin guardar la menor distancia social, en su mayoría sin mascarillas de protección. El festejo, el baile, se extendió por varias horas. Notas, Romero, S.

No podemos menos que interpretar este hecho social dentro del modelo del *poder médico* que hemos señalado, y que por cierto se asocia al siguiente modelo, el de la *desobediencia*.

Aunque es posible que no sea vivida como tal (como desobediencia) porque la representación codificada por el grupo sería que con el diploma habilitante los/las médicos/as tienen estatuto aparte, llegando a ser *médico/a-ante-todo*, sin respetar límites que afectan al común de las personas.

Encontramos una explicación que avala nuestra interpretación en palabras de Mary Douglas, antropóloga británica en su obra *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, “Si un grupo de individuos ignora algunos riesgos manifiestos tiene que ser porque su entramado social les estimula a obrar así. Podemos suponer que su interacción social codifica gran parte de los riesgos”. (Douglas, M. 1996:106)

El ministro de Salud Pública, también el decano de la Facultad de Medicina, expresaron públicamente su disgusto, “por la falta de comprensión y empatía”. Es notorio que el desacuerdo intervino “desde afuera”, desde el plano de la autoridad.

La representación de un sí mismo profesional por encima de prohibiciones, ya habría sido asentada en los años de formación en Medicina; el modelo se alimenta con valores, de convicciones, que por lo visto siguen acompañando a la profesión médica.

5. Modelo de la desobediencia

La desobediencia o no acatamiento de directivas puede tener relación con una simple voluntad de reafirmación, de hacer uso del derecho de cada uno/a para actuar libremente (rechazando jerarquías), o con actitudes de rebeldía más próximas de cuestionamientos de orden político-partidario, aspecto sobre el que no abundamos.

Durante el período de observación constatamos que el *modelo de la desobediencia* se manifestaba de diferentes formas, como actitud persistente en la sociedad observable en comportamientos y transmisible como modelo posible de un repertorio que circula en distintos niveles sociales, en diferentes sectores socio económicos, en grupos de edades y de género. Modelo que reapareció con frecuencia y que va en contra de los cuidados necesarios recomendados, que desatiende advertencias de riesgo. Sobre todo el *modelo de la desobediencia* desafía a la autoridad (la que fuere), desafíos observables en micro escenas en espacios públicos.

88 Un dato significativo es que en un primer tiempo toda la información sobre riesgos y sobre cuidados se difundió desde el nivel de las autoridades nacionales, el riesgo sanitario y las medidas a tomar fueron expuestas en los medios de comunicación con la solemnidad de asuntos de interés nacional, con protagonismo explícito del Estado en su conjunto, más que del cuerpo médico stricto sensu.

Evidencias presentes en múltiples escenas:

Escenas en buses en la capital, pacientes positivos/as que “se escapan” y tienen que ser ubicadas con procedimientos policiales (rastreo de celulares y otros). Registros en vivo y en directo: uso despreocupado del tapabocas o mascarillas, arribo de estudiantes uruguayos a la frontera del Chui. Entre otros.

En los diferentes registros aparecen con mayor frecuencia mujeres que desatenden normativas. Esto no corresponde a un sesgo en la observación sino que surge del azar de las circunstancias; los datos no autorizan a que afirmemos que el modelo de la *desobediencia* sea más frecuente en mujeres que en varones. Para llegar a esa certeza deberíamos hacer otro estudio enfocado en ese aspecto, aunque forzosamente el tiempo y las circunstancias etnográficas estarían fuera de la espontaneidad de la época del comienzo de la emergencia sanitaria.

Registros etnográficos

El día 6/04 en informativo TV, se ven escenas de playas con vallados, en Montevideo, Maldonado y Rocha, todos departamentos costeros. En Rocha grupos de surfistas ingresaron al agua a pesar de prohibición de bajar a la playa. La Intendencia de Rocha dispuso el cobro de multas.

10/04/2020

Una situación particular, siendo cuatro personas en el ascensor, una señora en edad de riesgo se dispone a entrar sin reparo alguno, se le avisa amablemente que ya está lleno el ascensor. La respuesta fue una falacia, “nadie respeta el número de personas

en el ascensor; a mí qué me importa”. Una demostración de enojo por señalarle que estaba incumpliendo con lo estipulado.

Otra observación de la misma tonalidad: en el ómnibus un hombre en edad de riesgo sube sin tapa bocas, el chofer le recuerda la necesidad de usarlo y la respuesta fue en el mismo sentido, sin acordar importancia. Notas, Dibot, C.

Día 20/04, informativo de 19h. Una mujer de 27 años fue notificada de resultado positivo del test, pero no se quedó en Montevideo. Viajó al departamento de San José en transporte interdepartamental y estuvo en varios parajes. No respondió el celular; tuvo que ser ubicada por la policía y se le reiteró obligación de cuarentena. Se pusieron unas 100 personas en aislamiento a raíz de este caso de posible contagio (además de familiares, pasajeros del bus, funcionarios del comedor municipal, entre otros).

El día 20/4 en transporte público dos hechos casi idénticos, registrados en cuadernos de campo,

A primera hora de la tarde, rumbo al trabajo al Hospital de Clínicas, el bus con pocos pasajeros, todos sentados a distancia unos de otros, no todos con tapabocas. Sube una mujer de mediana edad, se sienta pegado a mí. Le digo, “pero ¿qué hace? ¿Acaso no sabe que hay que guardar distancia entre las personas?.. Hay otros lugares vacíos..” Respuesta, “me siento donde yo quiero”. Notas, Dibot, C.

Mismo día, otro recorrido de bus,

Pocos pasajeros, sentados distanciados unos de otros. No todos con tapabocas. Sube una mujer de mediana edad sin tapabocas, viene hasta mí y se me sienta pegado. Esperé un momento, luego pedí permiso y me cambié de lugar. Notas, Rial, V.

En estas escenas hay más elementos para analizar, pero solo hacemos énfasis en el *modelo de la desobediencia*, implícita en el no uso de tapabocas y más explícita en la elección de asiento contraria a toda indicación de guardar distancia social.

En abril, informativo 19h: noticia de llegada a la frontera del Chui, entre Brasil y Uruguay, bus con de pasajeros desde San Pablo, jóvenes en viaje de estudiantes “varados” lejos del país y traídos en lo que se llamó operación “Todos en casa”.

Tuvieron que cambiar de bus al llegar a la frontera. Una funcionaria (tal vez de Salud Pública) les indicaba que pasaran de un bus a otro sin pisar el suelo. Tres mujeres jóvenes y luego otros, hicieron caso omiso y dieron varios pasos antes de subir al segundo ómnibus. La funcionaria no reiteró de forma sistemática la recomendación. (Me pregunté ¿habrá visto difícil contrarrestar reiterada desobediencia?) Notas, registro, Romero, S.

24/04, Informativo 19h, imágenes dentro del Parlamento, las cámaras muestran los senadores y senadoras usando tapabocas, salvo un senador de partido opositor, con gesto de contrariedad, lleva el tapabocas colgando de una oreja o sea sin cumplir funciones de protección alguna.

Sábado, 25/04, sobre las 17h, esquina muy calma en el barrio Punta Carretas, de pronto se anima con gritos, música fuerte. Voy a mirar y veo escena sorprendente en plena vigencia de prohibiciones de circular en grupo y recomendación de permanecer en casa. De hecho, un helicóptero sobrevolaba la zona, exhortando por parlante a mantener distancia social. Dos autos parados y con puertas abiertas, de allí salía la música, un grupo de unas nueve mujeres jóvenes en evidente festejo saltaban, se abrazaban, sin mantener distancia alguna y sin llevar mascarillas. El hecho duró por

lo menos media hora hasta que el grupo fue disminuyendo demostraciones efusivas.
Notas, registro, Romero, S.

Otros modelos, el del Estado protector

El modelo estado-céntrico, como modelo de protección universal de tipo parental por parte del estado, caracteriza al país y se manifiesta en cada ocasión que se siente que la salud de la población está en riesgo. En ese marco no es casual que la población ponga en escena acciones y reclamos, como si de menores se tratara, incluyendo el modelo de la desobediencia.

En estudios sobre riesgos de expansión de vector del dengue ya habíamos señalado que, “En Uruguay, (...) nada supera la eficacia del nivel máximo de autoridad a nivel público, es decir el Estado como tal y más concretamente el Poder Ejecutivo. Si hay una emergencia hay que considerar la eficacia del uso del poder coactivo del Estado con un sentido ‘positivo’; en nuestro país hay antecedentes de la percepción sobre el rol del Estado como responsable de cuidar la salud de las personas”. (Romero, S., in Basso, C. 2010: 134)

Actualización del modelo: En la actual circunstancia se agregaron elementos novedosos: a la figura de la protección por el Estado se le asoció el lugar proactivo de la propia población. La responsabilidad debe ser compartida, la población dejó de ser una figura pasiva, *objeto* de cuidados, para ser *sujeto* de los resultados que se espera obtener para un bien común.

Otro elemento inédito es que junto al Estado se ve la autoridad del conocimiento científico, en la figura del Grupo Asesor Científico Honorario (GACH). Aprueban medidas, estudian protocolos.

90

El enemigo biológico requiere algo más que decisiones de carácter político.

Otros modelos, el país laico con creencias

Como ya fue dicho, la estrategia nacional priorizó respetar la libertad de las personas, apelando a un *uso responsable* de la misma. Este aspecto fue expresamente aclarado y colocado dentro de tradiciones del país. Se trata de una opción política en un marco cultural que se reconoció como propio.

En ese procedimiento clasificatorio evocado queda clara la convivencia predominante, entre razones biológicas, que están del lado de la Naturaleza (riesgo sanitario) y razones culturales, (la libertad responsable), del lado de la Cultura. De la cultura local.

Como expresamos al comienzo del informe, el fenómeno de la pandemia produjo acontecimientos en cadena, que abarcan dimensiones sociales e individuales, económicas, de salud integral, éticas, políticas, expresiones discursivas, culturales, simbólicas.

En este último punto encontramos los sistemas religiosos, las creencias mágico-religiosas y tratamientos simbólicos para conjurar riesgos vitales. Al respecto, nos planteamos la pregunta si en la coyuntura de la pandemia se produciría (en el país) una multiplicación de demanda de ayuda y protección a entidades espirituales de religiones y cultos que se practican habitualmente, incluyendo prácticas mágico-religiosas.

La posible atención y seguimiento etnográfico del tema quedó interrumpida al decretarse el cierre de todos los locales de religión, iglesias católicas, sinagogas, iglesias pentecostales, centros islámicos, centros Umbandistas, entre otros.

26/05/2020. Se atribuyó el “brote” en el norte del país, en Rivera, a la realización de una “reunión religiosa” no autorizada. En algunos informativos se dijo con más precisión que se trataba de una “reunión Umbandista.”. Notas, Rial, V.

En el mismo período no registramos alusiones a recursos de medicinas alternativas para combatir efectos del covid-19; tampoco recomendaciones de hierbas, tratamientos que implicaran algún tipo de eficacia simbólica, u otros recursos que reconocieramos como saberes tradicionales o etno medicinales. La recomendación de consumir cítricos cabe en el rubro del saber empírico más común y difundido.

En cuanto a creencias de arraigo local se manifestó, después del mes de julio, la convicción de los habitantes del departamento de Florida de que están bajo la protección del santo local, San Cono, al que se atribuyen recurrentes milagros desde su “llegada” histórica a la capital departamental. La prueba de la eficacia de la protección de San Cono sería que el departamento de Florida no registró (hasta la fecha) ningún caso de covid-19, es el único lugar que queda “limpio” en el mapa nacional.

Es de rigor registrar esta creencia, hecho social que fue conocido en fecha posterior a la finalización del trabajo de campo propiamente dicho. Transcurrió un tiempo lógico en el proceso de clasificación social de la situación como *milagrosa*.

El dato histórico es que la estatua de San Cono fue traída desde Italia a pedido de inmigrantes italianos, a fines del 1800. Desde entonces creció la devoción y los homenajes que se le dedican en su día, el 3 de junio. La veneración a su figura constituye sin duda una base para considerarlo parte del Patrimonio Cultural Inmaterial de la región. Como dijo Renzo Pi “Muchos de los devotos uruguayos de San Cono, ni siquiera saben que éste procede de Teggiano y que es el patrono de esa ciudad. Para la enorme mayoría, es el santo de Florida”. (Pi, R. 2000: 61)

En esta ocasión de pandemia se vuelve funcional la atribución de poderes milagrosos al santo local, como tradición local, casi por fuera de una religiosidad cristiana propiamente dicha.

En otras palabras, si había que esperar en Uruguay manifestaciones o demandas de tipo religiosas, Florida era un punto predecible. Así como era factible que en el norte del país se registraran intentos de reavivar sesiones de culto Umbandista, también de pentecostales, ambos de evidentes conexiones fronterizas con Brasil.

Es el arraigo local, los vínculos históricos en el contexto, lo que determinan las expresiones de religiosidad en un imaginario de país laico, sin religión oficial, poco marcado por espiritualidad o por fe religiosa, pero con creencias que se transmiten informalmente.

Hubo versiones, no verificadas, de eficacia de medicamentos no avalados legalmente. Menciones a fármacos como la hidroxiclороquina, reclamado por el antópologo-médico suizo Jean-Dominique Michel, entre abril y mayo, que se difundieron a través de internet, entrevistas, blogs, y ensayos en francés con traducciones de Anatomie d’une crise (ensayo), Enseignements d’un désastre <(entrevista), en www.youtube.com Dato proporcionado por Arce,D. 2/5/2020.

Resultados del peritaje antropológico

Dentro de la complejidad de los efectos de la llegada del Covid-19 a Uruguay, que englobamos en el concepto de *Hecho Social Total* por su capacidad de capturar de

forma simultánea ámbitos y relaciones de la sociedad y de las personas, detectamos ejes o modelos estratégicos comprendidos en el imaginario social.

En el primer trimestre de prevalencia de la emergencia sanitaria registramos formas y momentos en que se objetivaron esos modelos, como comportamientos, líneas de acción y actitudes. Destacamos que en los modelos analizados se puede reconocer una continuidad, una dinámica cultural de transmisión intergeneracional. Serían formas estables en un *stock* disponible (modelo de la *medicalización*, modelo *médico/a-antedo*). También se observó el cambio, elementos nuevos impuestos por condiciones objetivas (modelo *global/local* en lugar de *cerca/lejos*), por circunstancias de la pandemia (*modelo científico* por *modelo médico*). Observamos comportamientos que no pueden ser solo asociados a la experiencia de pandemia, aunque se expresaron (y se expresan) en esta circunstancia de forma llamativa, (modelo de *la desobediencia*).

Cambios, innovaciones antropológicamente interesantes: a) el lugar de la población como sujeto de prevención en salud pública y no solo objeto de medidas; b) el lugar protagónico de las ciencias en el modelo del Estado protector.

El cambio de elementos quedó bien nombrado en cada uno de los casos como “actualización del modelo”. Captamos un mecanismo de cambio de paradigmas, atendiendo, como recomendaba G. Agamben, a la comparación detalle a detalle.

Se produjeron observaciones documentadas, multi localizadas dentro de una modalidad cualitativa, con técnicas rápidas de investigación etnográfica, considerando la etnografía como conocimiento denso (*insights*) sobre un contexto delimitado.

Quedaron aclarados aspectos culturales, modelos o patrones de pensamiento que (con momentos de mayor o menor intensidad) compusieron condiciones antropológicas para el “caso uruguayo”. El desempeño del país en el manejo y control del covid-19, ha sido más bien acertado y reconocido, (ver informe Bathyany, Carlos et al. Institut Pasteur, Montevideo. The Uruguayan Conundrum: an effective Covid-10 response in South America. Submitted to the New England Journal of Medicine, 21 July 2020.) Aporte de actualización de Abraira, R., julio 2020.

La construcción colectiva de los buenos números del control de la pandemia en el país, con altos y bajos, pero favorable en general nos da argumentos como para destacar el rol de los comportamientos, la incidencia de un imaginario colectivo que se mantuvo activo, creativo. No siempre alineado a la prevención.

“Como ya han mostrado muchas veces los estudios sobre la ciencia, es la *historia colectiva* lo que nos permite juzgar la existencia relativa de un fenómeno. No hay ningún tribunal que esté *por encima* del colectivo ni *fuera del alcance* de la historia, pese a que una gran parte de la filosofía haya sido concebida precisamente para inventar semejante tribunal (...) Este esquemático diagrama de las narrativas se propone simplemente dirigir nuestra atención hacia una alternativa que no abandona los objetivos morales de la diferenciación: cada existencia relativa tiene un envoltorio característico y solo uno”. (Latour, B. 2001: 188, 194).

Discusión

Interés de un peritaje de tipo cultural: valoración científica de lo social y cultural en el proceso de existencia, expansión y contención de epidemias, pandemias.

Se propone la inclusión de este tipo de conocimiento como aporte necesario al manejo conceptual y de ciencia aplicada, de situaciones complejas mayormente trabajadas desde lo material-biológico.

A través de modelos, matrices de pensamiento y acción, reconocidos como operativos en la sociedad uruguaya bajo el rigor de la pandemia de Covid-19, pudimos igualmente captar procesos de transformación de los mismos modelos. Continuidad y dinamismo, movimientos comprendidos en la composición ineludible de lo socio cultural. A partir de estos hallazgos propondríamos componer y validar indicadores.

Un no-epílogo

A varios meses de finalizado el informe y luego de registrar el buen desempeño del país con pocos casos de contagios y fallecidos por covid-19, debemos decir que los resultados vienen indicando un empuje al alza en todos los conteos, así como día a día se denuncian violaciones a las recomendaciones de prevención más obvias. Controles, multas, no son suficientes para desactivar la energía inusual del *modelo de la desobediencia*. Se constata que el aumento de casos viene asociado a comportamientos que se retomaron como si fueran inocuos: fiestas, marchas, paseo de compras, ferias vecinales... en verdad no se evitan más las aglomeraciones, se olvida la distancia social. ¿Acaso llegó el tiempo del hartazgo psicológico? Seguimos dentro de la espiral de los múltiples efectos del *hecho social total*.

Referencias bibliográficas

- Agamben, G. (2009). *Signatura rerum. Sobre el método*. Adriana Hidalgo editora. Buenos Aires.
- Augé, Marc. (1996). *El sentido de los otros. Actualidad de la antropología*. Ed. Paidós Básica. Barcelona.
- Barrán, J.P., Bayce, R., Cheroni, A., de Mattos, T. Labisch, A., Moreira, H., Porzecanski, T., Portillo, J., Romero, S., Rodríguez, J., Viñar, M., (1993, 1ª reed. 2002). *La Medicalización de la Sociedad*. Instituto Goethe, Montevideo. Ed. Nordan Comunidad.
- Cheroni, S. Rial, V., Rodríguez, E. 99-124. Romero, S. 125-146. En Basso, C., editor. (2010). *Abordaje ecosistémico para prevenir y controlar al vector del dengue en Uruguay*. Universidad de la República.
- Bathiany, Carlos et al. (2020). Institut Pasteur de Montevideo. The Uruguayan Conundrum: an effective Covid-19 response in South America. Submitted to the New England Journal of Medicine, the 21 July 2020.
- Csordas, Th. (2015). *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Edited by Th. Csordas, (2014).
- De Castro, Viveiros, (2010 [2009, PUF]), *Metafísicas canibales. Líneas de Antropología postestructural*. Katz editores, Buenos Aires.
- Chartier, R (2005). *El mundo como representación. Estudios sobre historia cultural*. Gedisa : Barcelona.
- Descola, Ph. (2010). *Diversité des natures, diversité des cultures*. Les petites conférences, Bayard, éditions Montrouge, France.
- Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Prólogo Joan Bestard. Editorial Paidós. Barcelona.
- González Vélez, C. A., García González, D. F. (2019) 73-84. In: *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, Año IV, N°2 www.scielo.edu.uy, www.ojs.fhce.edu.uy, <https://es.unesco.org/news/revista-uruguay-antropologia-y-etnografia-enero-junio-2020> Latour, B. 2001 1ª ed. en esp. *La esperanza de Pandora. Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Gedisa editorial, Barcelona.

Levcovitz E. y otros. (2016) *Salud y enfermedad en condiciones de privación de libertad: diagnóstico epidemiológico*. Montevideo: OPP.

Marcel Mauss (1991[1925]) “Ensayo sobre el don” en *Sociología y Antropología*, Tecnos, Madrid.

Petit, J. M. (2019). *Informe 2019*. Montevideo: Parlamento del Uruguay.

Petit, J. M. (2020). «Comisionado carcelario: Covid-19 “obliga a hacer lo que sabíamos que había que hacer y no hacíamos”» Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=4BnXXJ5m0eg&t=2455s> >

Pi Hugarte, R. (2000),” Santos populares del Uruguay llegados desde la Lucania”, 59-75. *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay*- Romero Gorski, S.(comp.), Departamento de Antropología Social, FHCE. Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo.

Portillo, J. y Rodríguez Nebot (comp.), (2005). *Expropiación de la salud*, Instituto Goethe de Montevideo, Ed. Nordan Comunidad.

Rial, V. (2020), Uniformidad y divergencia: Covid 19 pandemia del siglo XXI, 81-88. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*. www.scielo.edu.uy, www.ojs.fhce.edu.uy, <https://es.unesco.org/news/revista-uruguaya-antropologia-y-etnografia-enero-junio-2020>

Rodríguez Soto, L. (2017) El Uso del Peritaje Cultural-Antropológico como Prueba Judicial en América Latina: Reflexiones de un Taller Internacional, 103-112. *Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía*, II (1).

Romero Gorski, S. (1999). *Caracterización del campo de la salud en Uruguay*. *Salud Problema*, 4(6) junio 1999, pp. 25-35. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

Romero Gorski, S., (2009), 46-51. Conclusiones del estudio antropológico puntual efectuado en el departamento de Salto. *Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay*. Volumen XXVI, 2009. Montevideo, ROU. Ministerio de Educación y Cultura. Academia Nacional de Medicina.

Romero Gorski, S. (2019). Pericia cultural: padecimientos y riesgos vinculados a lo institucional en servicios de Salud”. Ponencia en Mesa 32 de la XIII RAM, Reunión de Antropología del MERCOSUR, Porto Alegre, 23 de julio 2019.

Sperber, Dan, (2000) *Quelques outils conceptuels pour une science naturelle de la société et de la culture*, Traducido del inglés por Louis Queré. Publicado en *Raisons Pratiques*, 2000

Notas de campo, registros fotográficos en: <http://www.antropologiaysalud-uy.org>

Los resultados de la investigación corresponden a un trabajo colectivo por partes iguales. Asumí la escritura, SRG.