



Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico

Laura Ferrero*

RESUMEN

En este trabajo presento algunas reflexiones acerca de aspectos que resultan centrales para el abordaje antropológico de la atención médica en un Centro de Salud Comunitaria del primer nivel de atención que integra una de las áreas programáticas de la Ciudad de Buenos Aires. Indago el lugar central que asume el tiempo en la organización social del cuidado médico –organización de la agenda médica y del tiempo de espera de los pacientes en la institución–. Considero que existe una distinción en el plano de la temporalidad entre el exterior y el interior de las instituciones de salud. El pasaje entre estos planos de la temporalidad se opera a través de *formas de comportamiento ritualizadas*. El procedimiento de asignación de turnos que es la actividad dominante en la institución, es analizado aquí como una *forma ritualizada* cuya función es organizar la interacción social de acuerdo con las normas de la institución.

Palabras claves: Atención médica, Institución médica, Comportamiento ritualizado, Tiempo, Etnografía.

ABSTRACT

In this paper, I focus on several issues that are central to the anthropological analysis of the health care developed in an institution of the City of Buenos Aires' primary care level, specifically a Community-based Health Care Center. I examine the central place held by time in the social organization of health care, as it is revealed by the observation of the organization of the institution's work schedule or time table, and the patients' waiting time. I consider that there is a difference in the temporality level between

* Licenciada en Ciencias Antropológicas. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. lagus@arnet.com.ar. Fecha de realización: junio 2003. Fecha de entrega: julio 2003. Aprobado: octubre 2003.

the medical care institutions and the world outside, and that the passage from one time to the other is produced by several *forms of ritualized behaviour*. On the inside, the registration and assignment of turns appears as the institution's main activity, one that is analyzed here as another *ritualized form* that organizes social interaction according to the Health Care Center's norms.

Key words: Health care, Medical institution, Ritualized behaviour, Time, Ethnography.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta una serie de reflexiones derivadas de un estudio etnográfico más amplio realizado en una institución de salud, un Centro de Salud Comunitaria del primer nivel de atención de la Ciudad de Buenos Aires¹. En él me propuse analizar la organización social del cuidado médico tomando como principal objeto de indagación los procesos de trabajo en salud. El análisis en el terreno se orientó a producir la etnografía de una institución, focalizando en el análisis de las situaciones vinculadas con la atención de los problemas de salud y enfermedad, la dimensión social del “encuentro” de los trabajadores de salud con la población que acude al centro. En la atención de la salud tales encuentros constituyen una arena privilegiada para el análisis de las representaciones del cuidado médico ya que en el curso de la interacción social continuamente se crean, negocian y redefinen significados, conocimientos y actividades futuras (Diwan, 1997).

En este trabajo realizo algunas consideraciones acerca de aspectos que resultan centrales para analizar la forma que ha adoptado la práctica médica en los contextos institucionales en los que se inserta. Para ello recorro al concepto de *trabajo rutinizado* (Menéndez y Di Pardo, 1996) a partir del cual indago el lugar central que asume el tiempo –organización de la agenda médica y tiempo de espera principalmente– y las formas sociales de regularlo en función de las imposiciones –normas y reglas– de la propia institución. Considero que –como indica Frankenberg (1992:3 y 4) para el caso de los hospitales– existe una distinción en el plano de la temporalidad entre el exterior y el interior de las instituciones de salud, siendo el pasaje entre ambos tipos de tiempo operado por las “ceremonias de admisión” para los pacientes y por el uso de cierto tipo de vestimenta para el personal².

De manera similar, en lo que respecta particularmente al Centro de Salud, la actividad dominante –y más visible– para la organización social del cuidado

médico es, en mi opinión, el procedimiento de asignación de los turnos. En estas páginas analizaré a este procedimiento como una *forma de actividad ritualizada* en tanto presenta un carácter formal, convencional y simbólicamente expresivo de las relaciones sociales que se producen en el contexto de esa institución. Prestaré particular atención a la identificación de aquellos hechos que los miembros de la institución perciben como fuentes de ruptura del orden ‘normal’ de las actividades del Centro, puesto que el análisis de tales rupturas permite dimensionar la importancia del rito en la medida en que –como veremos– este opera precisamente como un mecanismo de ordenamiento de la interacción social en el tiempo y el espacio de la institución. Finalmente, expondré algunas conclusiones acerca de esta función del ritual en el marco de la organización social del cuidado médico.

TIEMPO, RUTINAS Y SABER MÉDICO EN EL CONTEXTO INSTITUCIONAL

La práctica médica no constituye un conjunto homogéneo y continuo que pudiera sintetizarse en una “biomedicina” idealizada y atemporal. No obstante, se puede afirmar que los rasgos más importantes del conocimiento médico se hacen evidentes si los analizamos en los contextos institucionales en los que se insertan. El *proceso de estructuración del saber médico* no puede atribuirse solamente a la formación universitaria de los profesionales, sino que en gran parte es el resultado de su inserción dentro de organizaciones de salud. Las instituciones de salud esquematizan y normalizan 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.

La expansión del saber médico y su imposición sobre otros saberes contribuyó a estructurar y homogeneizar el funcionamiento de esta profesión. Según Menéndez (1990 y 1996), esto implicó el desarrollo de características que operaron como mecanismos sociales e ideológicos y no sólo técnicos, para asegurar la expansión y legitimación del saber médico. En el saber médico se opera la producción y reproducción diferencial de un saber dominante:

“El saber médico, establece la diferenciación con el saber de los conjuntos sociales; es ahí donde operan los procesos micropolíticos de distanciamiento técnico con el paciente o la normalización y el control de la conducta del mismo, pero como teoría de esos actos técnicos. Es con el saber, que el

profesional opera a nivel teórico, para diferenciar-controlar la representación-práctica de los conjuntos sociales respecto del proceso salud-enfermedad-atención y por supuesto a partir de su intervención técnica” (Menéndez y Di Pardo, 1996:58).

De acuerdo con Freidson (1978), la medicina desarrolló una división del trabajo compleja –análoga a la que se da en la producción industrial–, incorporando especialistas y técnicos alrededor de la tarea central de diagnosticar y tratar las enfermedades; no obstante, el médico ocupa un lugar central en esa forma de organización: por un lado tiene el derecho exclusivo de definir y tratar la salud y la enfermedad y, por el otro, ejerce el control de la división del trabajo. Aquellas profesiones que están “bajo ese control” se agrupan bajo la categoría subordinada de “paramédicas”³.

Como parte de este proceso de estructuración de la profesión médica, se fueron desarrollando ciertas modalidades institucionales que habían de llegar a caracterizar a la organización del cuidado médico. Las instituciones de salud así definidas históricamente son lugares en los que se producen y reproducen saberes, prácticas individuales y colectivas, permanentemente renovadas. La institución constituye entonces la “matriz” en la que se producen y reproducen los encuentros: provee las coordenadas espacio-temporales que organizan socialmente el escenario de la interacción, el acceso, la circulación, los momentos, los lugares, las personas, los comportamientos, las normas y valores que regulan la interacción social (Giddens, 1998; Goffman, 1993; Joseph, 1999). En este sentido, el Centro de Salud constituye un campo social por derecho propio porque, siguiendo a Althabe (1999), se trata de un espacio de interacción específico que posee un modo de comunicación particular y una forma de organizar la interacción.

La observación en el terreno de la reiteración de las rutinas en el espacio institucional, pone en evidencia la dimensión burocrática de la organización del trabajo en salud, a la que Menéndez y Di Pardo (1996:15) se refieren con el concepto de *trabajo rutinizado*, así como el carácter central que asume el tiempo, a través de los dispositivos producidos y reproducidos con el fin de regular la interacción social en el marco de las exigencias de la propia institución. Las áreas de trabajo y las modalidades de intervención médicas (especialidades *médicas*, *no médicas* y *paramédicas*) identificadas en el campo presentan formas particulares y distintivas de organizar las rutinas de trabajo y en ellas, como dije anteriormente, la dimensión temporal resulta central. En el Centro de Salud, los “encuentros” entre los trabajadores y la población están mediatizados por el tiempo, fundamen-

talmente por el tiempo de espera de los pacientes, por el registro de los turnos y por las formas de responder a la demanda de atención de la población. La modalidad principal de asignación de turnos para la atención en el Centro de Salud presenta una *forma ritualizada* (Gluckman, 1962) en tanto se despliega como un “conjunto de actos formalizados, expresivos, portadores de una dimensión simbólica” que actúa sobre la realidad social a través de acciones codificadas (Segalen, 2002:31 y 32). Más allá de la profusa discusión teórica acerca de si la acción ritual pertenece al ámbito de lo sagrado por oposición a lo profano (Durkheim, 1992) o, si como sostiene Leach (1976), toda acción social tiene una dimensión ritual, considero que podemos asumir que no existe una separación absoluta entre el comportamiento ritual propiamente dicho y algunas modalidades del comportamiento cotidiano que presentan un alto grado de estandarización. En tal sentido es que en este análisis, el procedimiento de asignación de los turnos para la atención de los usuarios del Centro es visto como un patrón regular y manifiestamente formalizado, cuya función –más allá de los fines técnicos reconocidos por los propios actores⁴– es organizar la interacción social de acuerdo con las pautas normativas de la institución –como aquellas que le dan forma a las actividades situadas en un tiempo y lugar específicos–, asegurando a quienes participan de la interacción, el acceso a marcos comunes de significado (Giddens, 1998, Gell, 1996 y Joseph, 1999).

El análisis antropológico de la organización social de la atención médica en nuestra sociedad pone de manifiesto que el tiempo es un recurso fundamental en dicho proceso (Zerubavel, 1979 y 1981, Frankenberg, 1992, Pritchard, 1992; Pizzini, 1992; Adam, 1992; Gingrich, 1994): transforma al sujeto que ‘sufre’ en paciente, expresa las jerarquías dentro del equipo de trabajo y entre los profesionales y los usuarios de los servicios y se erige como un tiempo que se percibe como cerrado, cíclico y reversible, en contraste con el tiempo que transcurre fuera de la institución. La *performance cultural* de la enfermedad y del cuidado médico (Frankenberg, 1992) se conecta con la dimensión temporal y expresa las contradicciones que emergen entre las formas en que los sujetos experimentan la enfermedad y la atención médica en cada sociedad. La biomedicina –que es la forma dominante en que la sociedad occidental asume la función de la curación (*healing*)– transforma, a través de sus intervenciones (instituciones y prácticas) a la persona que padece en ‘paciente’. En términos de Fabian (1983) es la forma en la que la medicina crea un “otro” y lo transforma en objeto a través del control del tiempo (Frankenberg, 1992)

Considero que la aproximación antropológica permite abordar procesos constitutivos del saber y la práctica médica que no resultan evidentes, por ello deviene central reconocer cómo en el trabajo médico operan procesos no sólo técnicos sino fundamentalmente sociales que van configurando identidades y jerarquías entre los profesionales de salud. La mayoría de los análisis de los servicios de salud han privilegiado los aspectos técnicos de la organización y la gestión, dejando de lado u ocultando, la dimensión sociocultural, simbólica de los mismos. En este artículo me propongo indagar en ella.

TIEMPO Y RITUAL EN LA ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO MÉDICO

Desde un punto de vista general, el tiempo es esencial en la práctica de la biomedicina. La enfermedad tiene un desarrollo temporal además de espacial en el cuerpo del sujeto; la intervención médica se organiza en torno a un calendario y un reloj; muchos de los conflictos y desencuentros entre los trabajadores de la salud y la población se basan en distintas percepciones y formas de experimentar el tiempo (Frankenberg, 1992). Todos estos tiempos configuran la temporalidad propia de la institución.

Por otro lado y desde la experiencia del paciente, el tiempo se percibe como un cambio en el curso normal de su vida, como la “inserción en un marco diferente de tiempo y espacio” que le plantea la institución. Considero siguiendo a Pritchard (1992:89) que la institución Centro de Salud puede ser analizada como una “*matriz multidimensional de tiempo*”: tiempo objetivo (cronológico) y tiempo subjetivo (experiencia interna), ambos involucrando distintas duraciones. La percepción del tiempo es una experiencia cultural y socialmente modelada y no un fenómeno natural. Tal como lo expresa Gingrich (1994:171), los procesos de socialización ritual y de rutinización de la vida cotidiana, dan forma e influyen en las experiencias individuales y colectivas del tiempo: estos procesos socioculturales constituyen una condición previa a la forma de experimentar el tiempo que cada sujeto tiene.

De modo análogo a la producción fabril⁵, la racionalización biomédica hace del tiempo un recurso escaso (aunque, como veremos, esto no es igualmente cierto para todos los actores ni para todas las áreas del Centro): las instituciones de cuidado médico se basan principalmente en la organización del tiempo y de las rutinas de trabajo. Como ha sido señalado reiteradamente⁶, los comportamientos rutinarios constituyen el sustrato de la vida social cotidiana en el sentido de que

reproducen valores y normas que explican, en gran medida, la continuidad y permanencia de las instituciones: el tejido de relaciones sociales que constituye a las instituciones se caracteriza por su durabilidad puesto que en el empleo de las reglas y los recursos estructurales, los agentes reproducen estas mismas reglas y recursos, que son los que median en los patrones de interacción (Turner, 1999). En este sentido, la esquematización de los eventos en rutinas de duración precisa es parte de un *modus operandi* de la medicina a tal punto que la continua producción y reproducción de las rutinas de trabajo parece confirmar que el tiempo es cíclico y, por tanto, cerrado⁷.

En las instituciones de salud —como en la totalidad de la vida social— los encuentros u ocasiones sociales convergen en localizaciones espacio-temporales en el interior de regiones deslindadas. Se trata de zonas con distintas intensidades de uso delimitadas por fronteras, como por ejemplo el día y la noche, la división entre segmentos y servicios, los turnos, las rotaciones, etc. (Zerubavel, 1979 y 1981). Estas diferencias en la organización del tiempo y el espacio dan lugar a la configuración de zonas y de conductas asociadas de gran variabilidad.

Así, en el Centro de Salud se pueden identificar diferentes modalidades de uso del espacio y del tiempo que no sólo son función de las formas de organizar cada proceso de trabajo sino también de la existencia de una asimetría entre los distintos grupos profesionales a que pertenecen sus miembros. Al respecto, pude registrar situaciones de tensión y de conflicto en ocasión de las disputas producidas entre los profesionales *médicos y no médicos* en relación con la asignación de los consultorios a lo largo de la semana, disputas que pueden sin duda remitirse a la superioridad simbólica que tienen los profesionales médicos respecto del resto de los profesionales de salud. También se observaron diferentes usos del tiempo en los distintos espacios del Centro. Así, en el sector de la recepción la interacción se limita a producir y reproducir los ordenamientos espaciales y temporales de la institución. Entretanto, en los consultorios médicos, la dinámica social se ajusta al ritmo estructurado que marcan el trabajo médico (que supone la atención de los pacientes y el cumplimiento de las tareas docentes de formación de residentes y de alumnos del Internado Rotatorio de la carrera de Medicina de la UBA) y el horario limitado en que los consultorios están abiertos al público ya que a partir de las primeras horas de la tarde el Centro no cuenta con profesionales médicos. En cambio, el tiempo no parece limitar demasiado las actividades desarrolladas en el área de enfermería, en la medida en que esta permanece abierta hasta la noche y en que el personal es el mismo durante toda la jornada: de esta forma, dicha área aparece como una región de mayor “sociabilidad” donde tanto el personal como

los pacientes interactúan bajo modalidades que no resultan directamente de la naturaleza de las actividades de cuidado médico propias del Centro⁸.

Los espacios-tiempos explorados en la institución se caracterizan por ser normativos, nos permiten saber a partir de un conocimiento más o menos compartido por los actores que participan en la situación, si las cosas ocurren en los lugares y tiempos pautados. De ello depende en gran medida la forma que van a tener las actividades, así como el umbral de los desvíos tolerables en las interacciones focalizadas propias de los servicios públicos.

Desde este punto de vista, lo que hace que un área sea “sociológicamente pertinente” son las reglas que permiten controlar el orden de los lugares y la comunicación entre los participantes. Gran parte de la interacción social se manifiesta entonces bajo la forma de secuencias cuyo comienzo y fin está pautado a través de “marcadores”, tanto físicos como simbólicos (Joseph, 1999; Leach, 1978: 45), ya sean verbales como no verbales –dispositivos, equipamientos físicos y sensibles–, que permiten distinguir una clase de cosas o acciones, en tanto límites artificiales en un campo que es por naturaleza continuo. Estos marcadores son disposiciones cognitivas y prácticas a través de las cuales los actores definen su experiencia y se comprometen con ella. Estos conceptos resultan centrales a la hora de analizar la interacción social en el Centro de Salud, particularmente en lo que se refiere a la función simbólica desempeñada por el dispositivo de la asignación de turnos.

El registro diario de los turnos es la expresión dominante de la organización social del tiempo en las instituciones de salud en general, y en torno suyo se concentra gran parte de la interacción. En el caso particular del Centro de Salud, la organización de la *agenda de turnos* es una de las tareas que concentra mayor interés para quienes allí trabajan. Físicamente se ubica en el centro del Centro, domina la entrada y controla todas las formas posibles de circulación en la institución. Es motivo de disputas y negociaciones⁹. Es allí donde se despliega gran parte de la escena pública, las conversaciones entre los usuarios y los intentos de ejercer presión sobre la persona que desempeña la tarea exclusiva de registrar a los pacientes, quien conoce a la mayoría de los pacientes porque es vecina del barrio.

Gluckman (1962) ha señalado que la estilización del comportamiento en función de elaboradas etiquetas es un vehículo para representar los diferentes roles sociales que desempeñan los individuos en cada momento: el ritual aísla dichos roles ‘exagerando’ el comportamiento prescripto. En el caso del procedimiento de asignación de turnos, la sucesión de acontecimientos analizada en su dimensión temporal adopta una forma fija en la que se marca claramente el desempeño de los

roles y la conducta asociada para cada segmento de tiempo, espacio y actividad. La 'fluidez' de los encuentros con extraños que hace al desarrollo de la interacción cotidiana, depende en gran medida de la rapidez con la que podamos clasificar acertadamente la situación para comportarnos de la forma correcta, esto es, de la forma esperada, acorde con la categoría –incluido el estatus– de las personas involucradas. Por otra parte, en tanto expresión simbólica de las relaciones sociales, el ritual funciona como un marcador del cambio de status de las personas involucradas dentro de un esquema predecible y continuo. Esto supone en términos de Goffman la existencia de un "consenso operativo" para determinar lo que es o no pertinente en cada ocasión –ya sea ritualizada o no– así como cierto "trabajo de mantenimiento" entre las personas que participan de una actividad particular, lo que no supone eliminar la tensión que se produce en el curso de la interacción, por la propia voluntad de los participantes de excluir todo aquello que sea definido como "no pertinente" (Frankenberg, 1990:154), es decir, fuera de los límites impuestos por la situación.

Así, el procedimiento de asignación de los turnos opera como un *marcador* del proceso de atención: establece la secuencia y el ritmo del trabajo, pauta la circulación en función del orden de llegada, determina quiénes estarán en condiciones de ser atendidos y quiénes no. De esta forma, funciona como un límite (constricción) impuesto por la institución a los usuarios que, aún con críticas y resistencias pasivas, lo aceptan. Dicha aceptación remite a una dimensión importante del ritual, que es la de producir una legitimación en el pasaje de un estado al otro, legitimación que la institución realiza en función de la capacidad que tiene de producir la representación de lo real. El ritual atribuye cualidades distintivas a los individuos y a los grupos, pero porque detrás está el poder legítimamente reconocido, que actúa como barrera impidiendo la entrada a los no-instituidos. (Segalen, 2002:51).

En este sentido, la asignación y registro de los turnos es el dispositivo institucional que permite legitimar el 'orden de llegada', es decir, transformar el tiempo de espera de los pacientes en un tiempo reconocido por la institución. Pasaje del "tiempo de los sujetos" al tiempo "para" la institución. Se trata de una *forma de comportamiento ritualizado* cuya función principal es la de organizar la interacción social, es decir, el encuentro de los usuarios con el personal del centro de salud de acuerdo con "agendas predecibles". En síntesis, el registro y otorgamiento de los turnos para ciertas especialidades médicas y no médicas, así como las formas de organizar la espera en el Centro, operan como reglas sociales, ya que aseguran el orden social coordinando las conductas y los movimientos de los que

participan en los encuentros cara a cara.

La espera de los pacientes en el Centro se puede dividir siguiendo a Turner (1980) en partes o segmentos más pequeños de tiempo caracterizados por rasgos específicos y separados por marcadores físicos y simbólicos asociados con diferentes sectores del espacio institucional: la puerta de entrada, la recepción y los pasillos. Los *marcadores* separan y anuncian el comienzo y el fin de una serie de actividades. Se trata de un proceso cuya naturaleza es eminentemente temporal y en el que el tiempo asume características particulares. Si bien puede hablarse de un carácter temporal único en el sentido de que su desarrollo está particularmente pautado y otras actividades del centro dependen o se estructuran a partir de él, la asignación de turnos forma parte de un conjunto más amplio de actividades y, por tanto, está afectado por el desarrollo temporal de la institución como un todo. En el análisis se identificaron dos segmentos:

Primer Segmento: La espera fuera del Centro. El dispositivo que organiza la espera es la cola que hacen los pacientes fuera del centro antes de que comience “formalmente” el horario de atención. El orden social como *acomodamiento* (Joseph, 1999:37)¹⁰ está asegurado por el dispositivo de la cola que establece las prioridades según el ‘orden de llegada’. Este dispositivo implementado y organizado por los pacientes se convierte en un dispositivo legitimado por la institución cuando esta reproduce la misma disposición espacial ‘registrándola’ en el libro de los turnos y distribuyéndola según la especialidad requerida por los pacientes. Aquí el *separador/marcador* es la hora de apertura del centro a partir de la llegada de la persona encargada de la recepción de los pacientes a las 7 AM. Se produce aquí una *marcación ritualizada* que en cierto modo remite a la noción de Leach (1978:46 y 47) del “cruce de fronteras”¹¹, porque la puerta del Centro se abre oficialmente cuando la recepcionista llega y se dispone a ubicarse detrás del mostrador que marca el límite físico entre estar adentro de la institución pero en este caso, no sólo en un sentido físico, sino plenamente social, porque ‘estar adentro’ significa estar registrado *para y por* la institución. La recepcionista ‘llama’ en voz alta a los pacientes y esta acción es la *señal* que invita a quienes tienen un orden de llegada asegurado en la espera previa organizada por la cola, a acercarse al mostrador-escritorio. En el Centro comienza a hacerse evidente una mayor circulación del personal y de los usuarios.

Segundo segmento: La espera en el Centro. Los pacientes entran al Centro y toman asiento a la espera de ser atendidos por los distintos profesionales. Según la especialidad, los usuarios deben aguardar un tiempo más hasta que se agote la primera tanda de turnos. Pero esta espera transcurre ‘dentro’ del Centro y el dispo-

sitivo ya no es la fila porque el orden está asegurado por el espacio formal de la institución y por el ‘control’ que ejerce quien se encarga de la tarea de recepción y de registro en el libro de turnos. Los pacientes con turno y sin turno esperan entonces sentados, pendientes del momento en que se va a producir la llamada del profesional o de la nueva asignación de turnos al promediar la mañana. El *separador/marcador* se identifica entre las 10 y las 11 AM cuando la recepcionista convoca en voz alta a los pacientes que aún no tienen turno.

El ‘momento oportuno’ para esa convocatoria lo establece quien desempeña esa tarea en función del ritmo de atención y de la presencia de los profesionales en la institución. Aquí resulta central la formalidad de las acciones que adopta el procedimiento así como el “consenso operativo” que deriva de cierta aceptación de las normas de la institución.

Porque en realidad se trata de un segmento atravesado por la ambigüedad y por la incertidumbre que supone la presencia de los profesionales no sólo el cumplimiento del horario de llegada de los mismos, –que es relativa, tal como tuve ocasión de observarlo en el campo– sino por su capacidad de decidir ‘quebrar el orden’ previsto anteriormente, a fin de atender a otros pacientes sin turno, o que consideran que deben ser atendidos por la naturaleza más urgente de la consulta. La recepcionista llama en voz alta y los pacientes ‘forman fila’ delante del escritorio y van solicitando el turno. Cabe aclarar que también aquí funciona el orden de llegada organizado y respetado por los pacientes y que una vez más resulta ratificado a través del procedimiento de registro y asignación de los turnos.

Las relaciones cara a cara que caracterizan la interacción social en los servicios públicos remiten a cierta vulnerabilidad de la experiencia social y a la amenaza permanente de “ruptura de la representación” (Joseph, 1999:55)¹², no obstante, la mayor parte del tiempo se produce lo que Joseph (1999:60 y 63) denomina una “construcción plural de la actividad”, es decir, las personas que participan de la interacción colaboran en la puesta en escena de una rutina particular. Se trata de un orden social que, a diferencia de lo que sucede en el teatro, no está completamente definido, se construye y se confirma de acuerdo con la situación y a través de diferentes índices o movimientos, explícitos o implícitos producidos por los participantes.

Uno de mis objetivos fue tratar de identificar lo que para los miembros de la institución parecen constituir posibles fuentes de ruptura del orden o núcleos de conflicto potencial porque es en ocasión de estas rupturas que se puede dimensionar la importancia del rito, porque el rito o la forma ritualizada se desarrolla cuando hay producción de sentido, es decir, los ritos tienen un papel crea-

dor en el nivel de los actos (Segalen, 2002:29). El rito permite concentrar la atención porque provee un cuadro para ordenar la acción social más allá del nivel de las instrucciones o de lo que ya sabemos, los ritos nos enseñan algo que de otro modo permanecería si no desconocido, al menos relegado a una posición poco relevante para los individuos y los grupos. Aquí reside su eficacia material y simbólica. Por ejemplo, la fila en tanto orden visible de derechos expresados en un lenguaje corporal y ratificada luego por la institución, permanece aún a pesar de los intentos por ‘violarla’, porque de algún modo es la expresión de normas y valores socialmente compartidos.

No obstante, resulta interesante mencionar aquí dos fuentes de conflicto que me parecen importantes para comprender la naturaleza de la interacción social. Uno de ellos se relaciona con el supuesto incumplimiento de los pacientes respecto de los turnos asignados con anterioridad; el otro, cuando no funciona el dispositivo destinado a que la espera transcurra en ‘orden’.

El ‘incumplimiento potencial’ del paciente es el argumento esgrimido por la institución para no dar turnos programados con anterioridad. Dicho ‘incumplimiento’ parece poner en peligro a la institución y tiene cierta connotación de orden moral. En varias ocasiones la respuesta de los informantes acerca de por qué no programar la agenda de turnos para evitar la espera prolongada de los pacientes era que si los turnos se dan con anticipación, “los pacientes no vienen”. Sólo la demanda que se considera de urgencia y, por tanto, no requiere del cumplimiento de los requisitos del turno recibe un tratamiento especial, esto se observa particularmente en pediatría que es la especialidad que registra la mayor cantidad de consultas médicas en el centro; los pacientes pasan por la recepción donde se les indica que vayan directamente al consultorio y se anuncien allí “golpeando la puerta” a la espera de que los médicos los atiendan. Cuando la institución no interviene activamente, los pacientes parecen ‘no cumplir’ con lo que ella prescribe.

La otra fuente de variación a la que hice referencia son las interrupciones en el orden de la interacción a partir de los conflictos que se suscitan en torno del ‘orden de llegada’. Una mañana se produjo un episodio que puso en evidencia que el dispositivo diariamente aplicado para la asignación de los turnos no tuvo la efectividad de siempre para ordenar la interacción social en el centro. La aceptación de las reglas que suele rodear los encuentros se traduce en un ambiente de cooperación y negociación, que en la situación conflictiva observada no se pudo reproducir. La discusión se suscitó en torno a un ‘desacuerdo’ con el orden de llegada que requirió de la intervención de una autoridad que no fuera la de la

repcionista, sino que por el contrario, a pedido de ella se solicitó la presencia de una persona de más jerarquía para aplicar sanciones, en este caso, la secretaria administrativa del Centro, quien “salió de la oficina y se trasladó al lugar de los hechos” para restablecer el orden interrumpido por la discusión entre los pacientes. En este caso el ritual no cumplió con la función de preservar el orden¹³. Como afirma Turner (1980:298) los seres humanos en general se sienten seguros cuando ven funcionar bien determinadas relaciones sociales dominantes, aún cuando la sociedad es un “proceso de adaptación que nunca puede llegar a consumarse por completo” (op. cit.:301). La ejecución reiterada y ritualizada de las acciones no agota de ninguna manera el amplio repertorio de los encuentros sociales, pero provee un marco para los individuos y los grupos, haciendo relativamente –y no completamente– previsible y deseable el orden social.

ALGUNAS CONCLUSIONES

En este trabajo he tratado de explorar aspectos que hacen a la organización social del proceso de atención en una institución: el saber médico, la división del trabajo y el papel central desempeñado por las categorías de tiempo y espacio en la *performance* cultural del cuidado médico en nuestra sociedad. La observación de la interacción social en la institución bajo la forma de rutinas y el registro de las situaciones de copresencia entre la población y los profesionales de salud, puso de manifiesto la existencia de dispositivos destinados a mantener el orden y proveer significados compartidos a quienes participan de la interacción. Estos comportamientos reproducen valores culturales que explican, en gran medida, la continuidad y permanencia de las instituciones coexistiendo con procesos de cambio social.

La *performance* cultural de los procesos de salud-enfermedad-atención no remite a la persona en su dimensión puramente social ni en su dimensión biológica, sino justamente a la transición entre ambas. Los pacientes experimentan el tiempo en la institución de un modo cualitativamente diferente al de la vida cotidiana, al mismo tiempo que se incorporan a un conjunto de rutinas institucionales en las que predominan otras formas de organizar el tiempo.

El procedimiento de asignación de los turnos observado en la institución adopta una *forma ritualizada* cuya función material y simbólica es la de organizar la espera y la circulación de los pacientes en el Centro en el marco de las coordenadas espaciales y temporales que impone la institución. En tanto regla social

funciona como una constricción institucional que determina quiénes y cuándo van a estar en condiciones de ser atendidos, quedando en un lugar subordinado otras funciones relacionadas con la 'recepción' de los pacientes en el sentido más amplio. Las formas de agrupación y relación que definen la inclusión de los pacientes a otros grupos de pertenencia (familias, vecinos, instituciones y ocupaciones) se ponen entre paréntesis ya que el marco provisto por las normas de la institución provee una nueva pauta de relaciones. Esto supone la adopción por parte de los que participan de la interacción, de un comportamiento especial, una actitud de espera casi exclusiva, apenas matizada por los intercambios que se producen entre quienes están en la misma situación, personas que en su mayoría son conocidas del barrio. La segregación opera y se manifiesta por la eliminación o suspensión casi completa de todas las formas de expresión simbólica que remiten a la historia particular de las personas, y donde lo único realmente visible, es la reiteración de rutinas.

El control del tiempo de los pacientes, la interrupción momentánea del desarrollo normal de sus vidas le otorga a la medicina un recurso de poder simbólico de gran importancia. La medicina asume una actitud de distanciamiento respecto del tiempo del paciente como sujeto individual al negarle la dimensión histórica, biográfica y personal, al ubicarlo en el interior de un espacio definido y controlado por la institución, donde el tiempo transcurre negando paradójicamente, la propia temporalidad.

NOTAS

¹ El escenario en el que desarrollé el trabajo de campo es uno de los Centros de Salud Comunitaria que forma parte del Área Programática de 33 hospitales que pertenecen al ámbito del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

² A esta distinción entre el tiempo dentro y fuera de la institución, Frankenberg (1992) suma una distinción entre el valor del tiempo del médico y el de sus pacientes, señalando que existe entre ambos una "asimetría simbólica". En este sentido compara la asimetría existente entre el valor del tiempo del médico y el de sus pacientes con la existente entre el tiempo de un rey o presidente y el de sus ministros o la prensa: "El actor principal en la *performance* es un bien escaso, aún único, y tiene un valor simbólico por encima y más allá de su valor de escasez" (1992:1 y 2; mi traducción).

³ El término paramédico se refiere a las ocupaciones organizadas en torno al trabajo de la curación. Se considera que su función principal es la de asistir al trabajo médico, subordinándose a las órdenes e indicaciones de los profesionales. Por lo tanto, las ocupaciones paramédicas se caracterizan por una relativa falta de autonomía, responsabilidad y prestigio, aunque a diferencia de otras ocupaciones, constituyen una forma sociológicamente diferente de organización ocupacional. Freidson (1978:66) considera que la división paramédica del trabajo conforma un *sistema estratificado* cuyas ocupaciones están integradas en diferentes grados alrededor del trabajo médico. Estas diferencias se vinculan en gran medida con el origen social de quienes se desempeñan como personal de salud.

⁴ En efecto, la existencia de una función utilitaria no elimina el valor simbólico de un acto (cf.: Segalén, 2002:46 y ss.).

⁵ La racionalidad occidental se basa en gran medida en la disciplina del trabajo y del tiempo en tanto recurso escaso de nuestra sociedad (Thompson, 1984; Adam, 1992)

⁶ Este punto ha sido puesto de manifiesto por la teoría de la estructuración (Giddens, 1979, 1995 y 1998) y por el interaccionismo simbólico (Goffman, 1993).

⁷ Aquí resulta interesante la introducción del concepto de ‘anti-temporalidad’ que Frankenberg (1992:3) toma de Victor Turner (1985) en su análisis de una ceremonia en el sur de la India.

⁸ Starkey (1992) ha observado que la asignación de turnos es vital para los médicos y para algunas otras prácticas *no médicas*, pero no para el sector de enfermería, que no organiza la atención en función de unidades de tiempo segmentadas y fijas (excepto en lo que se refiere a la rotación del personal).

⁹ Durante mi presencia en el campo no sólo tuve oportunidad de observar esas situaciones conflictivas y tensiones sino que, como parte de ese intercambio social que se produce entre el investigador y los actores en el campo, yo misma fui convertida en un actor del “juego social” (Althabe, 1999) ya que tanto la recepcionista como los pacientes se acercaban a mí para hacerme partícipe de sus reclamos y acusaciones, las más comunes contra los médicos y su “poder” en la institución.

¹⁰ Para Joseph (1999) el orden de la vida pública es en principio el orden del acomodamiento. El acomodamiento es un principio del orden espacial de

circulación en el que la fluidez está asegurada por una suerte de “disuasión cooperativa” propia del orden negociado que emerge en parte de los encuentros.

¹¹ Para Leach (1978) cuando empleamos símbolos, ya sean verbales como no verbales, para distinguir cierta clase de cosas o de acciones de otras, estamos creando límites artificiales en un campo que es, por naturaleza continuo. Esta noción de *límite* es muy pertinente para aplicar a la noción de continuidad-discontinuidad temporal. Los *marcadores de límites* que he identificado en mi análisis del procedimiento de asignación de turnos, son portadores de cierta *ambigüedad*, constituyen una fuente de conflictos y de ansiedad. Leach atribuye la ambigüedad al carácter artificial de los límites que interrumpen lo continuo, como el tiempo y el espacio. La transformación del tiempo continuo en un tiempo social consiste en la representación de una duración, esto es, la traducción en cortes, intervalos de tiempo que constituyen en gran medida una fuente para nuestra experiencia de la duración. En el terreno de la acción “el cambio exige un ritual, un cruce de fronteras sociales que tiene lugar en un ‘tiempo de nadie’”. (Leach, op. cit.:46). Remito en este punto a la noción siempre retomada de Van Genneep (1986) de los rituales como “ritos de pasaje”.

¹² Joseph (1999:51-67) en su estudio de la microsociología de Goffman presenta su análisis de la interacción social a partir de la metáfora teatral como una analogía para aproximarse a una comprensión de la dinámica que esta adopta. Una de sus dimensiones es la vulnerabilidad, a la que se refiere en el lenguaje teatral con el concepto de “amenaza de ruptura de representación”.

¹³ Cabe aclarar que un conjunto de situaciones relativamente nuevas fue la fuente de esta inestabilidad: el día previo al episodio que se relata no hubo atención en el centro porque todo el personal de los servicios pertenecientes al ámbito municipal había realizado una jornada de paro de actividades asistenciales por reclamos salariales y de cumplimiento de los contratos de trabajo, por lo tanto, la cantidad habitual de pacientes diarios se había duplicado en el mes de Julio, el que presenta dos situaciones contrapuestas: aumento de la ocurrencia de patologías invernales y de licencias médicas por vacaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Adam, Barbara (1992) .“Time and Health Implicated: A conceptual critique”.
En: Frankenberg, R. *Time, Health and Medicine*, Sage Publications, London.
p. 153-154
- Althabe, Gérard (1999). “Lo microsocal y la investigación antropológica de campo”. En: Althabe, G., y Schuster, F.G., (Comps.). *Antropología del presente*, Buenos Aires, Edicial. p.61-68
- Diwan, Vinod, Lisbeth Sachs and Rolf Wahlstrom (1997) “Practice-Knowledge-attitudes-practice: an explorative study of information in primary care”.
En: *Social Sciences and Medicine*, Vol. 44, N° 8, p. 1221-1228.
- Durkheim, Emile (1992). *Las formas elementales de la vida religiosa*, Akal Universitaria, Madrid.
- Fabian, Johannes (1983) *Time and the Other. How Anthropology makes its object*. New York, Columbia University Press.
- Frankenberg, Ronald (1990). “Estudios sobre comunidades británicas. Problemas de síntesis”. En: Wolf, E. y otros, *Antropología Social de las sociedades complejas*, Michael Banton (Comp.), Alianza Universidad, Madrid. p. 134-162.
- Frankenberg, Ronald (1992). “‘Your time or mine’: temporal contradictions of biomedical practice”. En: Frankenberg, R *Time, Health and Medicine*, Sage Publications, London. p. 1-30
- Freidson, Eliot (1978) *La profesión médica.*, Ediciones Península, Barcelona.
- Gell, Alfred (1996). *The anthropology of time. Cultural constructions of temporal maps and images*. Berg, Oxford and Washington.
- Giddens, Anthony, Jonathan Turner y otros (1995).*La Teoría Social Hoy*, Alianza Editorial, Buenos Aires.
- Giddens, Anthony (1979). *Central Problems in Social Theory*, Londres, Macmillan.
- Giddens, Anthony (1995). *Las nuevas reglas del método sociológico*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- Giddens, Anthony (1998). *La constitución de la sociedad. Bases para una teoría de la estructuración*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

- Gingrich, Anthony (1994). "Time, ritual and social experience". En: Hastrup, K. y Hervick, P. (eds.), *Social Experience and Anthropological Knowledge*, Routledge, London. p. 166-179
- Gluckman, Max (1962). "Les rites de passage". En: Max Gluckman (ed.) *Essays on The ritual of social relations*, Manchester University Press, Oxford. p. 1-52
- Goffman, Erving (1993) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Joseph, Isaac (1999). *Erving Goffman y la Microsociología*, Barcelona, Gedisa.
- Leach, Edmund R. (1976). *Sistemas políticos de la Alta Birmania. Estudio sobre la estructura social Kachin*. Anagrama, Barcelona.
- Leach, Edmund R. (1978). "El ordenamiento simbólico de un mundo artificial: límites del espacio y tiempo sociales. En: *Cultura y Comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*. Siglo Veintiuno, Madrid. p. 45-58.
- Menéndez, Eduardo (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial, México.
- 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.
- Pizzini, Franca (1992) "Women's time, Institutional Time". En Frankenberg, R. *Time, Health and Medicine*, Sage Publications, London. p. 68-74.
- Pritchard, Peter (1992) "Doctors, patients and time". En: Frankenberg, R. *Time, Health and Medicine*, Sage Publications, London. p.75-93.
- Segalen, Martine (2002). *Ritos e rituais contemporâneos*. Editora FGV, Río de Janeiro.
- Starkey, Ken (1992). "Time and the Hospital Consultant". En: Frankenberg, R. (ed.) *Time, Health and Medicine*, Sage Publications, London. p. 94-107.
- Thompson, Edward P. (1984). *Tradición, revuelta y conciencia de clase*, Barcelona, Crítica.
- Turner, Victor (1980). "Mukanda: El rito de la circuncisión". En: *La Selva de los Símbolos. Aspectos del ritual ndembu*. Madrid, Siglo XXI. p. 168-311.

- Turner, Victor (1985). "Images of anti-temporality: An essay in the anthropology of experience". En: Turner, E.L.B. (ed.), *On the Edge of the Bush: Anthropology as experience*. Tucson, University of Arizona Press.
- Van Gennep, Arnold (1986). *Los ritos de paso*. Taurus, Madrid.
- Zerubavel, Eviatar. (1979) *Patterns of Time in Hospital Life: A Sociological Perspective*. Chicago University Press. Chicago.
- Zerubavel, Eviatar.(1981) *Hidden Rhythms: Schedules and Calendars en Social Life*. Chicago: Chicago University Press.