

El círculo de sangre y las hermanitas de la caridad: Indagaciones antropológicas en torno a las relaciones entre hombres y mujeres en un hospital de la Córdoba actual.

Lucía Noelia Ríos
Doctoranda en Ciencias Antropológicas
Universidad Nacional de Córdoba
luciaros5@hotmail.com

La puerta de entrada

A fines de septiembre del 2013 y por el periodo de tres años comencé en la ciudad de Córdoba Capital el trabajo de campo que daría origen a estas indagaciones etnográficas. El ingreso a lo que se configuraría como mi “campo” sucedió un miércoles de octubre por la mañana, cuando asistí a una reunión en el comité de bioética del hospital en cuestión¹. Mi presencia allí respondía a intereses de formación vinculados a la biopolítica de corte foucaultiano y a la bioética, en paralelo a otros intereses vinculados a la antropología de la muerte y de la medicina.

Este comité, receptivo de *miembros de la comunidad*², se ubicaba en un nosocomio que poseía la particularidad de ser el único hospital en la ciudad que atendía con exclusividad a pacientes *críticos*³. La gravedad que revestían los casos se traducían en las decenas de accidentes, homicidios y suicidios que imprimen en la percepción cotidiana de los mismos empleados el carácter “de lo urgente” constitutivo de la institución.

Las reuniones del comité se realizaban los miércoles por la mañana, en un aula pequeña donde el mobiliario, austero, consistía en una mesa ovalada negra rodeada de sillas del mismo color, un pizarrón blanco y un armario pequeño donde guardábamos el café. El aula se ubicaba en el piso de ingreso del hospital, al lado de una capilla “discreta” -ocupaba una salita similar en tamaño-.

¹ Luego de consultarles a mis interlocutores, he decidido mantener en el anonimato el hospital que fue escenario de estas indagaciones, como así también se han cambiado los nombres de quienes contribuyeron. Como pauta de lectura, todas las palabras que aparezcan en itálicas harán referencia a términos nativos, mientras que aquellas que se encuentren con doble encomillado serán expresiones coloquiales utilizadas por la autora, y el entrecomillado sencillo será para términos teóricos y o técnicos.

² La figura de *miembro de la comunidad* es generada por el mismo comité de bioética del hospital y se presenta en su estatuto como una categoría de personas que puede solicitar unirse al comité en dicha condición más allá de su trayectoria personal/laboral. Haciendo uso de esta figura comenzó mi trabajo de campo en el hospital.

³ En la mayoría de los casos, la noción de paciente *crítico* debe comprenderse según mis interlocutores, como personas que ingresaban al hospital y que habían sufrido algún tipo de *traumatismo*, -golpe- producto de un accidente, robo, intento de homicidio, de suicidio, y cuya vida se encontraba en peligro.

En las reuniones sucesivas mis participaciones “activas”⁴ se vieron legitimadas por los demás miembros del comité⁵ en gran parte debido a mi trayectoria de formación en filosofía y antropología que me permitía colaborar desde ámbitos ausentes en los análisis de casos que se trabajaban en el hospital. Ese “hacerme partícipe” fue propiciando relaciones de confianza con los miembros de la institución que coadyuvaron a la construcción de este campo de trabajo.

En aquel entonces lo que era objeto de mi interés etnográfico consistió en el proceso de elaboración de una guía, un protocolo intra-hospitalario que luego fue publicado en formato libro sobre ‘muerte digna’⁶, realizado durante el año 2012. A pesar de que mi objeto de análisis era otro, en mis notas de campo aparecían insistentemente categorías nativas y reflexiones anotadas al margen, que serán aquí objeto de análisis. Esta pesquisa de cuño etnográfico buscará comprender los modos de configurar la identidad de mujeres y hombres miembros del personal de un hospital municipal de la Córdoba actual y sus relaciones. Mostraré cómo, a través de la categoría mentada por parte del personal masculino del nosocomio, las *hermanitas de la caridad*, se definen jerarquías, en función de las características construidas en torno a lo femenino y lo masculino.

En las entrevistas que realicé durante el campo afloraban cuestiones referidas a los modos de construcción del género, como también en las “charlas de pasillo”, que conformaron un locus de información para comprender dinámicas en el hospital.

En estas charlas, el rumor y el chisme propiciaban una conversa que fluía de modo distendido a diferencia de los encuentros pautados con motivo de entrevistas, con respuestas más estructuradas a pesar de la no directividad en las preguntas formuladas. En tanto formas de narración oral, el chisme y el rumor dejaron al descubierto el cómo se estructuraban ciertas dinámicas de grupos en particular (Fasano 2006). Aquí utilizo la expresión “charlas de pasillo” en ese sentido, como

⁴ Por “activas” hago referencia a que en reiteradas oportunidades se me pedía que escribiera informes y que acompañara a instituciones donde se llevaban a cabo el tratamiento de distintos casos de bioética clínica y social. El hecho de que fueran participaciones “activas” propiciaban mayores relaciones de confianza con mis interlocutores e interlocutoras en el hospital.

⁵ El comité de bioética remonta sus inicios al año 1996 y desde entonces ha funcionado con interrupciones por falta de miembros, analizando casos del hospital vinculados a la aplicación de cuidados paliativos y a situaciones conflictivas médico-paciente. Actualmente dicho comité se encuentra conformado por personal del hospital mayoritariamente femenino y proveniente de disciplinas “humanistas” (trabajadora social, psicóloga, enfermera, etc.)

⁶ Lo que se entiende por “Muerte digna” es la aplicación de cuidados paliativos. Cuando el paciente se encuentra en estado terminal y/o irreversible, puede solicitar –o haber dejado previamente expreso mediante consentimiento- que no se lo intervenga más que a lo referido a estar alimentado, hidratado o sin dolor. La Ley Nacional N° 26742 conocida como la “Ley de muerte Digna” fue sancionada el 9 de mayo del año 2012, y promulgada y publicada por Boletín Oficial el 24 de mayo del mismo año. Para más información puede consultarse en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/ley_26742_muerte_digna.pdf fecha de última entrada 06/05/2017.

puertas de acceso a situaciones que no eran enunciadas en otros ámbitos, como forma de acceder a otras ‘capas de significados’ en pos de una ‘descripción densa’ (Geertz 1992).

Esos “modos de estar” en el hospital propiciaron un mayor conocimiento de las *internas* – conflictos- alianzas, peleas, relaciones de poder, que hacían al universo cotidiano de la institución. Aquello que a simple vista parecía un grupo de trabajo poco problemático, presentaba en su relaciones estructurales y en las dinámicas vinculares categorizaciones que se acuñaban al de identidades y que predisponían a unos/as y a otros/as en distintos lugares simbólicos en el espacio cotidiano del hospital.

Las hermanitas de la caridad

En mis notas de campo de los pasillos del hospital hubo reiteradas menciones por parte de las empleadas (mis interlocutoras mujeres) de los distintos *servicios*⁷ en relación al lugar que ocupaban ellas, *nosotras las mujeres*, en comparación a las posiciones dispuestas para el personal masculino, *los lugares que ocupan ellos*, al interior de estas instituciones.

En el hospital las mujeres ocupan en su mayoría el servicio social y los gabinetes psicológicos dada su, en términos de mi interlocutores hombres, *natural empatía, sensibilidad, debilidad*. Estas adjetivaciones eran subsumidas en la expresión *hermanitas de la caridad*, originada por parte del personal masculino de la institución, y auto-referenciada por el personal femenino.

El personal femenino por el hecho de ser mujeres según me referían mis interlocutores hombres, traían consigo la cualidad de lo *dócil*, lo *suave*, lo *empático*, lo que las dotaba de la “capacidad de escucha”. Escuchar y no hablar, acompañar y no gestar, las ubicaba del lado “pasivo” del nosocomio. Las acciones activas, *operar, intervenir*, eran las realizadas por los hombres, mientras que las mujeres realizaban actividades asistenciales. La “debilidad” asociada a lo femenino no es algo nuevo en la antropología, como así tampoco la ligazón que hacen ciertas perspectivas religiosas entre lo débil y lo femenino. El trabajo de Hertz (1990) ahonda en este sentido, en donde la mujer ocupa en la polaridad religiosa el lugar de lo ‘pasivo’, lo ‘débil’ y lo ‘impotente’ (1990:114-115) La implementación y circulación de la categoría *hermanitas de la caridad*, connota el carácter religioso asociado a las mujeres que allí trabajan, atravesado por las cualidades atribuidas al género femenino, referidas renglones arriba.

⁷ Los *servicios* del hospital se corresponden a las distintas áreas operativas que conforman la institución. Estos servicios son: el Servicio de Salud Mental, el Servicio social, el Servicio de Traumatología, el Servicio de enfermería, el servicio de kinesiología, el servicio de terapia intensiva, el servicio de neurocirugía.

En relación a las prácticas del hospital esto no era percibido por las empleadas como un atributo positivo, sino más bien como un “modo negativo de ser” que las posicionaba en pie de desigualdad en relación al personal masculino. En tal sentido, estos decires actuaban al modo de ‘estigmas’ (Goffman 1995), como un atributo que envuelve en el menosprecio a quien lo porta. Tal como sostiene el autor, “El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador; pero lo que en realidad se necesita es un lenguaje de relaciones, no de atributos” (1995: 13) y en esa clave debe pensarse a las *hermanitas*, en las relaciones que establecen hombres y mujeres del hospital, y el lugar que unos y otros ocupan producto de esas relaciones.

A través de estas “cualidades” atribuidas a las *hermanitas de la caridad* se definían formas de “ser” - *natural empatía, sensibilidad, debilidad*- y de “hacer” –tareas periféricas o de *menor importancia*- en una práctica simbólica que reproduce estereotipos y jerarquías, inhabilitando que las mujeres ocuparan lugares en el hospital que eran considerados por el personal, tanto hombres y mujeres, como de mayor importancia, propiciando, en términos de Bourdieu, un desigual acceso a diversos ‘capitales’⁸.

Una de las posibilidades que brinda el enfoque etnográfico es ese “estar allí” que puede propiciar relaciones de confianza y presencia en los espacios. Esto en mi caso se tradujo de dos maneras; se hizo evidente lo que señalara Bourgois (2010) en que “tras establecer lazo de confianza, proceso que requiere mucho tiempo, es posible hacer preguntas incisivas con respecto a temas personales y esperar respuestas serias” (2010: 45). En ese sentido, en un espacio que no aparentaba conflictos, con el paso de los meses dejó en evidencia manifestaciones de incomodidad por parte del personal femenino en relación a sus compañeros.

Por otra parte, ese “estar allí” se tradujo en la incomodidad manifiesta que mi presencia generaba en sectores de personal masculino –incluidos los puestos jerárquicos de los cuales dependía mi permanencia en el campo- por el hecho de ser mujer, joven, y formada en disciplinas no afines a las ciencias “duras” como la medicina. Esto generaba conflicto con ciertos sectores del hospital, con la contracara de que me otorgaba legitimidad en los “sectores femeninos”.

⁸ Bourdieu distingue entre distintos tipos de capitales, para no quedarse solamente con la noción de capital de cuño marxista. Para Bourdieu, los capitales pueden ser tanto económicos, como sociales, culturales y simbólicos. Para más información al respecto, consultar en *Poder, derecho y clases sociales*.

En el esquema jerárquico⁹ del nosocomio, los servicios que mejor posicionados son traumatología, kinesiología y neurocirugía, ejercidos por hombres. Inclusive el personal masculino que los conforman se consideran con exclusividad como el *equipo de salud*¹⁰, mientras que las otras profesiones con presencia femenina -área de Servicio Social, de Salud Mental, Enfermería, -las *hermanitas de la caridad*,- no son consideradas como parte integrante en el imaginario masculino de dichos *equipos*, ya que constituirían tareas de *acompañamiento*.¹¹

En nuestro hospital podemos identificar relaciones de ejercicio de poder asimétricas entre hombres y mujeres, éstas como ‘categorías específicas’ que históricamente han estado en los márgenes (Jelin 1994: 10). Las mujeres entrevistadas y con las que mantuve mis “charlas de pasillo” señalaban que la mención a las *hermanitas de la caridad* las incomodaba, había *algo* en relación a la *sutileza* y a la *sensibilidad* que molestaba. La expresión que mayor incomodidad les causaba era la de *acompañamiento* porque suponía que su trabajo secundaba el trabajo *importante*, el de los médicos que eran hombres. Era evidente que esos modos de nominarlas afectaban directamente en las posiciones materiales y simbólicas que ellas ocupaban.

En una conversación sostenida con Marina, psicóloga miembro del servicio de Salud Mental del hospital, me manifestaba que

Ellos (señalándome al psiquiatra del servicio, en representación de “Los hombres”) piensan que una está acá para hacer caridad, para lavarle el alma a los enfermos mientras ellos se ocupan del cuerpo, de la salud, de lo importante, digamos. (Registro de entrevista 15/11/2014)

En este sentido, pienso en la distinción que realiza Rita Segato (2006) entre ‘prejuicio’ y ‘discriminación’. El ‘prejuicio’ es una actitud que se da en el fuero íntimo, mientras que la ‘discriminación’ acaba siendo el efecto de esa convicción personal en el ámbito de lo público (2006:2). Ser señaladas como las *hermanitas de la caridad* en función de las características

⁹ En este hospital, las ciencias médicas mas biologicistas estaban mejor ubicadas que aquellas de corte más humanistas, siendo también que quienes estaban en el primer grupo eran mayoritariamente hombres y eran quienes ocupaban cargos de dirección en el nosocomio. Para más información, ver nota al pie número 13.

¹⁰ Los *equipos de salud*, indican al conjunto de profesionales que trabajan en el Hospital de Urgencias, conformados por neurocirujanos, kinesiólogos, traumatólogos, anestesistas, terapistas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, que conforman equipos en relación a un caso en particular. Un paciente al ser atendido estaba a cargo de un *Equipo de Salud* integrado por especialistas considerados pertinentes en su tratamiento.

¹¹ Vale destacar que durante el trabajo de campo la dicotomía de género se veía interpelada desde lo generacional. Es interesante ver cómo funcionan en el hospital los “médicos residentes”, médicos y médicas en formación –más jóvenes que el personal en ejercicio del hospital- y que tensionan esas categorías de *hombres y mujeres*, en relación a las tareas que unos y otras pueden desempeñar.

atribuidas a lo “femenino” las posiciona en una situación de discriminación. Históricamente la incorporación de las mujeres en el universo laboral se ha dado mayoritariamente en trabajos con el rol de “cuidadoras”, como ser el servicio doméstico, servicios sociales y de salud, enseñanza, etc. Esto se asemeja al tipo de tareas que las mujeres desarrollan en los nosocomios municipales en general y en el hospital en particular, en los términos de Rosaldo (1979) donde “aparece como universal una asimetría en las estimaciones culturales de los hombres y las mujeres, en la importancia asignada respectivamente a las mujeres y a los hombres” (1979: 155).

Plantea Segato que en las sociedades hay áreas de actividad consideradas predominantemente masculinas, de mayor peso y ‘moralmente importantes’. En el hospital esto se cristaliza en los comentarios del personal femenino en relación a que su trabajo no es tomado con igual *seriedad* que el de sus compañeros; no sólo se las compara con religiosas sino que se las ubica “por fuera” de las actividades que hacen a los *equipos de salud*, núcleo de funcionamiento del hospital.

En el caso que aquí nos compete, la “salud” encierra un juego de posiciones y relaciones donde quienes se auto referencian como *equipo de salud* son hombres que provienen de determinadas formaciones disciplinares, siendo que las mujeres, también profesionales, harían un trabajo de menor jerarquía. En el campo, quienes ocupan cargos de mayor jerarquía son hombres y provienen del servicio de Traumatología o de Neurocirugía, profesiones que están en la cima de las especialidades médicas y por encima de otras disciplinas del hospital¹².

El círculo de Sangre

Así como fui desandando el camino que me llevó a tomar nota de las *hermanitas de la caridad*, mostraré aquí de qué manera apareció en escena la categoría del *círculo de sangre*.

La diferenciación a mi entender clave entre ambas categorías no es solo la función que esta tiene en el nosocomio como demarcador de género –las *hermanitas* eran mujeres mientras que *círculo* estaba conformado por hombres- y de posiciones –los hombres se encontraban en una posición de privilegio en relación a sus pares femeninos- sino en cómo los sujetos que adscribían o tal o cual categoría se identificaban o no con la misma. En el caso de las *hermanitas*, las mujeres no solo

¹² En este sentido, es relevante la mención al currículum oculto como "las normas, valores, y creencias no afirmadas explícitamente que se transmiten a los estudiantes a través de las estructuras subyacentes tanto del contenido formal como de las relaciones de la vida escolar y del aula"(Giroux, 1990: 65). En el caso de la formación médica, las especialidades que poseen mayor bagaje técnico y biologicistas, en el currículum oculto, aparecen por encima de las especialidades ligadas a la salud de carácter más humanista.

que expresaban malestar, sino que no se reconocían como tales, no decían “nosotras somos las hermanitas” sino que se expresaban como receptoras involuntarias de esa categoría.

El personal masculino si se narraba a sí mismo desde ese colectivo de identificación, *nosotros estamos adentro del círculo*, me decían. Más tarde logré comprender que el nosotros no involucraba a todo el personal masculino del nosocomio, por ejemplo dejaba afuera a los enfermeros cuya tarea se asociaba a las actividades femeninas.

El *círculo* resultaba llamativo por ser disparador, en primera instancia, de dos líneas de fuga.

El adentro y el afuera

El primer disparador para pensar este *círculo*, es que demarcaba a las claras un límite, un perimetral que diferenciaba dos grupos distintos. Generaba un espíritu exclusivo de comunidad, donde quienes formaban parte podían acceder a ‘capitales’ simbólicos y sociales ajenos a quienes estaban fuera de esa comunidad. Los hombres que conformaban el *círculo*, cirujanos, neuro cirujanos y los traumatólogos, se consideraban a sí mismos como imprescindibles en el trabajo cotidiano del nosocomio, y ese “imprescindibles” los hacía sentirse con mayores derechos que resto del personal.

En ocasiones, ante la consulta sobre algún caso que nos hacía “ruido” en términos éticos, el identificarse con la profesión *el traumatólogo soy yo, como neurocirujano me puedo decir que está bien y que está mal* valía como argumento suficiente para clausurar la discusión.

La primera vez que oí hablar del *círculo* fue de la mano de María en el Servicio Social. Mencionó al *círculo* como al pasar, bajando la voz y quitando la mirada de encima. El gesto y el tono fueron los indicios de que allí había algo más del “adentro” de la institución, una información que me había sido insinuada pero con recaudos y que para ser abordada requeriría de los mismos miramientos con las que me había sido sugerida. Cuando a los días le consulté sobre el *círculo*, me respondió “ah...si...ellos se creen que son de un círculo, de un grupo privilegiado en el hospital, son el círculo de sangre, los más fuertes, los más importantes...eso se dicen ellos” (Registro de entrevista 10/02/2015)

Ese mismo día saliendo del hospital me encontré con Iván, psiquiatra perteneciente al servicio de Salud Mental. Pensé que sería interesante intentar charlar del tema con un hombre y que el hecho de no formar parte integrante del *círculo* quizás hiciera que fuera más permeable para la charla en cuestión. Le invité un café, charlamos un poco de un caso controversial que habíamos

tenido en el comité (el caso M le decíamos) en el que Iván nos había asesorado (años atrás el había sido miembro del comité del hospital) y fui a la carga.

Le comenté que el día anterior había escuchado en los pasillos esa expresión (ante la duda no dije de quien lo había oído, como recién me estaba interiorizando sobre los vínculos subterráneos entre los servicios, y como estaba constatando las cuestiones de géneros y de tareas eran un conflicto, preferí omitir esa información) y que no había logrado entender bien a que se referían. Ante mi pregunta, Iván esbozo una sonrisa desde las comisura de los labios, movió repetidamente la cucharita en el café y comenzó el relato

El círculo de sangre es un modo que ellos tienen de identificarse, ellos se llaman así para mostrar quienes son los que importan acá adentro (del hospital). Los que estamos fuera del círculo es porque no somos tan grandes e importantes como ellos (Charla de café 10/02/2015)

En un punto comenzaba a comprender que el *círculo* operaba como un demarcador de identidad, como otra categoría nativa fuerte, al igual que la de las *hermanitas* que servía para identificar el nosotros construido de los otros también configurado por el mismo personal del hospital. Esos colectivos de identificación, los miembros del *círculo* y nuestras *hermanitas* establecían como las jerarquías al interior del personal.

El *círculo* me daba el indicio de cuáles eran las profesiones que *mandaban* en el hospital, y los roles de género en función de éstas. Lo que me restaba indagar ahora, era la mención a la sangre ¿Por qué ese fluido? ¿Qué significaba en ese entramado de prestigios, género y poder?

Colores y fluidos

El logo característico del hospital como así también los colores que predominan en las paredes del edificio, son el rojo y el azul. En lo personal me llamaba la atención no solo porque estéticamente la combinación no era de mi agrado, sino porque no eran colores habituales en un nosocomio, que se caracterizan por tener paredes blancas y luces también llamadas blancas.

Estar en un hospital rojo y azul me descolocaba, y una tarde se lo comenté a Florencia, empleada administrativa del “turnero” del hospital. Ella me respondió “para mí acá todo tiene una razón porque, los colores no son porque sí...” a lo cual yo, mas intrigada aún, pregunté “¿a qué te referís con eso?” Florencia me respondió: “Mirá, más vale que no los pintaron por eso, pero acá lo rojo y lo azul significan dos cosas, los fluidos del hospital, adivina cuáles” aposté una respuesta

rápida...”¿la sangre y el agua?”- La sangre sí, me respondió, “pero el azul no es el agua, adivina vos cual es” (Charla del 18/09/2014)

Me llevó un tiempo largo, casi dos años, lograr articular la significación de los colores, con los fluidos y las significaciones que veía en el interior del hospital.

Por un lado la sangre operaba como demarcador de prestigio, quienes tenían acceso a la sangre, era porque estaban más capacitados que el resto, más capacitados y por ende más necesarios que aquellos servicios que no entraban en contacto con la sangre, como ser los servicios de Salud mental y el Servicio social, mayormente integrado por mujeres. Allí comencé a comprender por qué el *círculo* era de sangre y no de anestesia ni curitas.

Tal como sostenía Turner (1980) en los rituales ndembu en relación al árbol de la leche, en el contexto del hospital municipal de urgencias la sangre representaba también “aspectos de diferenciación y de oposición social” (1980:24) en relación al género y a las labores desempeñadas en el nosocomio.

En este caso, el ‘polo sensorial’ (Turner,1980:31) rojo que refiere a la sangre y que además es un elemento predominante y que uno percibe en cualquier lugar de la guardia del hospital, por ejemplo, se traduce en su ‘polo ideológico’ (1980:31) que demarca la estructura predominantemente masculina y privilegiada.

Conversando una mañana con Catalina, miembro del Servicio social, me hizo una observación que para mí fue nodal para comprender a que referían los colores del hospital, como así también reconstruir el entramado de significaciones que estructuraban las relaciones entre géneros.

Catalina me explicaba que para *ellas* (referencia a las mujeres de salud mental y del servicio social) los colores del hospital “representan como dos ríos, ¿ves?” y me señala las paredes del largo pasillo por el que nos trasladábamos, una roja y una azul. “el río rojo para nosotras representa el río de la sangre, y el azul el de la libido...esos son los dos ríos que circulan en el hospital” (Charla ocasional, sin registro de fecha)

La referencia al río de sangre no me sorprendió tanto como el de la libido. Cuando semanas después de ese comentario comencé a prestar más atención constaté que la barrera que parecía infranqueable entre las *hermanitas* y los muchachos del *círculo*, se tornaba permeable mediante los chistes de carácter sexual y donde la libido se hacía presente. La mayoría de las veces, las insinuaciones –de las cuales fui objeto varias veces también por mi condición de mujer- eran generadas por los hombres –mientras mayor era el cargo jerárquico, más frecuentes eran- y las

mujeres podían responder o no. “Acá el humor sirve para decontracturar, para hacer soportables las situaciones que se viven acá” me explicaba José, enfermero del hospital.

Mediante las charlas de pasillo y las conversaciones que tenía con mis interlocutores, logre desenmarañar que muchas de las empleadas que “seguía el juego” de estos chistes, lo hacían en parte como un modo de legitimarse frente al personal masculino que las habían excluido a los confines de la hermandad de la caridad, aunque a veces les costara la deslegitimación por parte de sus pares mujeres que no veían con buenos ojos “engancharse” en la tónica de los chistes.

La presencia de la libido en la relación entre las *hermanitas de la caridad* y el *círculo de sangre* me abrían nuevos interrogantes y frentes de análisis en el campo. Uno de ellos en relación a que ambos colores representaban con casi con exclusividad a la masculinidad, ya que aquello interpretado como la libido era atribuido por las mujeres a los hombres, ellas no se sentían identificadas con eso a pesar de que en ese ir y venir de los chistes las posiciones bilaterales de acción y reacción son ambas necesarias. La sangre que en diversas etnografías representan la feminidad en relación a los ciclos menstruales, en nuestro hospital funciona como demarcador de la identidad y del poder masculino. Los dos ríos constitutivos que dan origen al entramado de relaciones están simbolizados al interior del nosocomio como representación de la masculinidad.

Por otra parte, es interesante ver como el humor vinculado a la libido rompía bloques homogéneos y generaba zonas permeables entre ellos. Aquellos dos bloques que parecían en los primeros ingresos al campo como impenetrables se ven ahora atravesados por las distintas reacciones que toman las mujeres en relación a si responden o no y el cómo de la respuesta o la evasiva a los chistes que el *círculo de sangre* hace con las *hermanitas de la caridad*.

A la distancia y ya fuera del campo de investigación, recojo nuevamente el guante para pensar aquellos chistes y la presencia de la libido, ya no solo como parte de las estrategias que pueden desplegar los sectores minoritarios (las mujeres, en términos cualitativos y cuantitativos) para sobrevivir y marcar presencia frente a los sectores mayoritarios y de poder, sino que en un punto no dejan de ser las estrategias de las que echan mano tanto hombres y mujeres en el hospital, no dejan de ser reacciones en parte propiciadas por estos espacios de estrés de tal calibre como puede serlo un hospital que trabaja en casos de urgencias y que acaban convirtiéndose, por qué no, en estrategias para lograr hacer frente a la desazón cotidiana que implica lidiar con la muerte cara a cara.

Saliendo del hospital

En este artículo he pretendido mostrar formas de configurar lo femenino y lo masculino en un hospital de la ciudad de Córdoba, como así también las implicancias, en este caso estigmatizantes, que adquieren para las mujeres empleadas del nosocomio, como así también las implicancias de prestigio que adquiere el personal masculino de la institución a través de su pertenencia al *círculo* y la (omni)presencia de la sangre.

A su vez, los atributos no pueden ser comprendidos como entidades aisladas y abstractas sino que adquieren real sentido en relación a las prácticas cotidianas del espacio, y a los vínculos que se establecen con otros miembros de la institución. Solo allí es que se comprende el modo en que “ser mujer” en el hospital implica una desventaja en el acceso de capitales simbólicos y sociales en la institución, en relación al que si pueden acceder los hombres que trabajan en el mismo nosocomio.

A partir de los relatos obtenidos de mis interlocutoras e interlocutores en relación a las *hermanitas de la caridad*, y del pedido expreso por parte del personal femenino de la institución de sí, como antropóloga yo “*podía hacer alguna cosa*” al respecto, me resulta inevitable y casi con carácter de urgencia reflexionar sobre nuestro quehacer antropológico como así también los límites y alcances de nuestro oficio. Esto a raíz de que en no pocas ocasiones, en nuestros campos de trabajo nos encontramos ante situaciones que en el orden de lo práctico devienen en desigualdad de trato y de posibilidades en el acceso a condiciones materiales concretas, como así también simbólicas.

De esta manera y casi sin quererlo, uno de los puntos reflexivos nodales que me interpelaron a través de esta pesquisa fue el del alcance que tiene la perspectiva etnográfica materializada en el cuerpo de nosotros, los antropólogos. Es la pregunta por aquello que Frederic (2013) llama “las intervenciones del conocimiento etnográfico”. ¿Que nos está “permitido” hacer y que no en nuestro quehacer antropológico?

Más allá del “a priori” antropológico y de formación para el cual las comunidades, físicas y de sentido, no son en sí mismas ni buenas ni malas sino que configuran y articulan lógicas internas que les son propias y a través de las cuales se vinculan y se reconfiguran con otras y otros, hay veces donde “la realidad es que el sufrimiento es espantoso, disuelve la integridad humana”. (Bourgois 2010: 45). En este sentido, la pregunta por el quehacer de la antropología trasciende las

fronteras de lo metodológico para ser atravesada por la dimensión ética que tanto nos interpela, necesariamente, en esta disciplina.

Bibliografía

- BOURDIEU, Pierre. 2001. Poder, derecho y clases sociales. España: Editorial Desclee de Brouwer S.A.
- BOURGOIS, Philippe. 2010. En Busca de Respeto. Vendiendo crack en Harlem. Barcelona: Siglo XXI.
- FASANO, Patricia. 2006. De boca en boca. El chisme en la trama social de la pobreza. Buenos Aires: Editorial Antropofagia y Centro de Antropología Social del IDES, Colección “Serie Etnográfica”.
- FREDERIC, Sabina. 2013. Las Trampas del Pasado. Las Fuerzas Armadas y su Integración al Estado Democrático en Argentina. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GEERTZ, Clifford. 1992. La interpretación de las culturas. Barcelona: Editorial Gedisa,
- GIROUX, Henry. 1990. Los profesores como intelectuales. Barcelona: Ed. Paidós.
- GOFFMAN, Erving. 1995. Estigma, la identidad deteriorada en Estigma e identidad social. Buenos Aires: Amorrortu Editores. pp 11-55.
- HERT, Robert. 1990. La preeminencia de la mano derecha: estudio sobre la polaridad religiosa en La muerte y la mano derecha: la preeminencia de la mano derecha. Madrid: Ed. Alianza. pp. 103-134
- JELIN, Elizabeth. 1994. ¿Ante, de, en, y?: mujeres y derechos humanos en América latina hoy: Salamanca: Revista de ciencias sociales. Vol. 9. pp. 6-23.
- ROSALDO, Michelle Zimbalist. 1979. Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica, en: O. Harris y K. Young, Antropología y Feminismo (Comp.), Barcelona: Ed. Anagrama
- SEGATO, Rita. 2006. Racismo, discriminación y acciones afirmativas: herramientas conceptuales. Brasilia: Serie Antropología, n° 404.
- TURNER, Victor. 1980. La selva de los símbolos. Aspectos del ritual ndembu. México DF: Editorial Siglo XXI