Construyendo instrumentos para pensar-nos

Es indudable que el flujo de las tendencias, de los capitales de orden económico y simbólico, va transformando la infraestructura y la vida cotidiana de los colectivos sociales. Desentrañar la lógica o el sentido de acciones por parte de actores sociales en sus territorios, lleva a constatar que existen matrices de acción: con diferencias relativas los comportamientos humanos tienden a tener ciertos patrones comparables y a conformar redes en espacios varios... argumentos todos que nos llevan a confirmar la impresionante riqueza de oportunidades de estudio, y de expertises, para la antropología en nuevos-viejos mundos, o instituciones, por donde se mueven las personas, las colectividades. Es una meta científica que se lee entre líneas a lo largo de este nuevo número del Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay, meta que comparten todos los autores nacionales y extranjeros, así como de quienes han venido a ofrecer cursos, conferencias, debates, documentales. Esta publicación es una forma de registro de tanta actividad y compromiso.

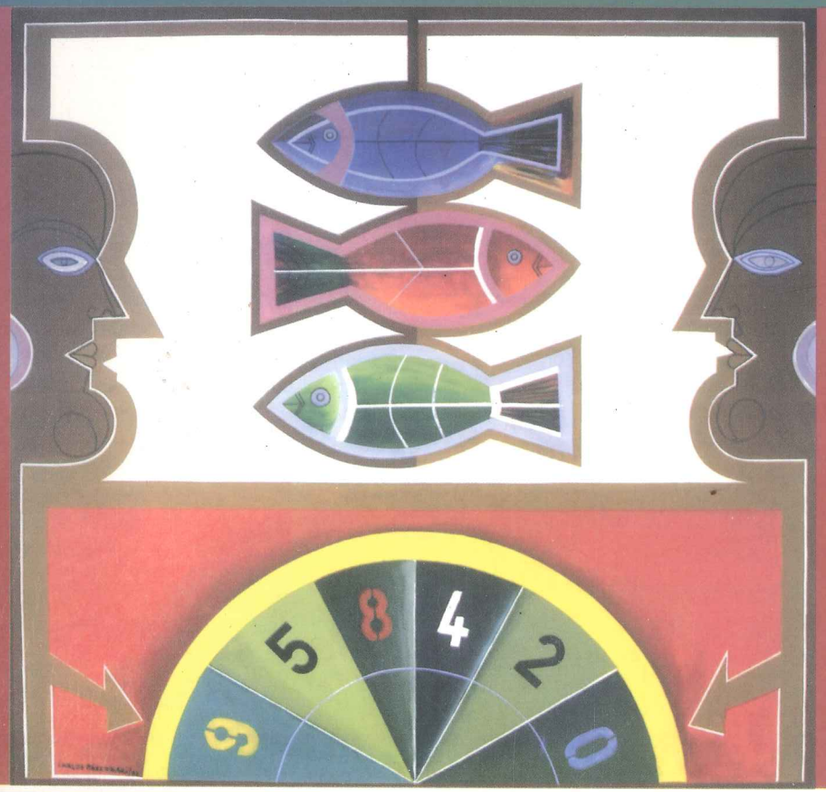
Gracias a la cooperación invalorable del Programa de Ciencias Sociales y Humanas de la UNESCO en Montevideo, el *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay* se publica integralmente, en formato electrónico, en el sitio de dicha institución, expandiendo así la masa de lectores (http://www.unesco.org.uy/shs/es/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/publicaciones.html).

ISSN: 1510-3846

ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL EN URUGUAY / 2009-2010

Anuario ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL EN URUGUAY

2009-2010



Expresión, cognición, memoria
Ruben Tani, João Queiroz, L. Nicolás Guigou 19

Antropología acercando mundos
Oiara Bonilla, Silvina Merenson, Martín Gamboa, Susan Lobo, Adriana Goñi Mazzitelli 77

La subjetividad y lo cultural en escenarios médicos
Eduardo Álvarez, Cecilia Speranza, Sonnia Romero, Eloisa Rodríguez, Fabricio Vomero, Jorge Spatakis 215

Jóvenes y prometedoras etnografías
Martín Fabreau, Carlos Defazio, Juan A. Nadruz, Victoria Evia, Valentín Magnone, Ma. Noel García, Ana Cristina García, P. Valentina Brena 125

Vitalidad y diversificación de actividad académica del Departamento de Antropología Social
Sonnia Romero, Giorgio Piccinato, Claude Sirois Simoneau, Gabriela Campodónico, Sindicato Unico Nacional de Trabajadores del Mar y Afines, Javier Taks, Juan Martín Dabezies, Gabriel de Souza, José Miguel Delgado Barrado, Leda Chopitea Gilardoni 179

Departamento de Antropología Social
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Universidad de la República

Compilación y Edición:
Sonnia Romero Gorski

Gracias a la cooperación invalorable del Programa de Ciencias Sociales y Humanas de la UNESCO en Montevideo, el *Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay* se publica integralmente, en formato electrónico, en el sitio de dicha institución, expandiendo así la masa de lectores (http://www.unesco.org.uy/shs/es/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/publicaciones.html).

La presente edición del Anuario está parcialmente financiada por Förlaget Nordan/Non commercial, Suecia.

© 2010, **Sonnia Romero Gorski** (*Comp. y Edit.*)
Departamento de Antropología Social - FHCE - UdelaR
sromero@fhuce.edu.uy
www.fhuce.edu.uy

© Para esta edición, **Editorial Nordan–Comunidad**
Avda. Millán 4113, 12900 Montevideo
Tel: (598-2) 305 5609, fax: 308 1640
C.e.: nordan@nordan.com.uy
www.nordan.com.uy

Diseño: Ruben G. Prieto
Armado: Javier Fraga

ISSN (Nordan): 1510-3846

Dossier del Programa de Antropología y Salud – FHCE

Relaciones conflictivas entre usuarios y profesionales de la salud

Estudio de caso en base a hechos acaecidos en la ciudad de Salto entre diciembre 2008 y enero 2009.[1]

RESUMEN

El disparador del estudio fue el interés manifestado por la Academia de Medicina en tener una opinión o estudio desde la antropología sobre sucesos violentos producidos recientemente "contra los médicos", como un viraje no deseado ni por las instituciones, ni por los profesionales de la salud.

En el Programa de Antropología y Salud (FHCE) discutimos antecedentes y literatura disponible sobre la relación médico-paciente, sobre las relaciones de la población con las instituciones de salud, en el marco de un cambio socio cultural con actitudes poco tolerantes (se argumentaba sobre la situación de los médicos como víctimas de agresiones). Decidimos entonces tomar el tema a través de un estudio de caso: estudiaríamos lo sucedido en Salto donde resultó muerto un médico, por disparos hechos por el viudo de una paciente fallecida en el sanatorio Uruguay, de esa ciudad, en diciembre 2008.

La muerte del médico había conmocionado a la opinión pública y a los profesionales médicos locales, quienes creyeron oportuno lanzar un llamado público para que se asumieran actitudes alertas y defensivas frente a lo que se calificó como violencia social injustificadamente dirigida contra la profesión. (Declaración de Salto, del 14 de enero de 2009).

A partir de los elementos que revisamos (prensa, materiales del SMU, trabajos internacionales) consideramos que 'en el caso de Salto' había elementos de orden

1. Esta investigación fue posible gracias al interés y al apoyo de la Academia Nacional de Medicina. Aquí se presenta una versión revisada del trabajo entregado en julio 2009 a la A.N. de M.

cultural y de cultura organizacional sobre los que podíamos profundizar y realizar aportes originales, desde un punto de vista científico, no médico. Comenzamos la construcción metodológica para la reconstrucción del caso, centrándonos en la complejidad relacional; con el acuerdo y el apoyo de la Academia de Medicina realizamos preparativos para una jornada de trabajo de campo intenso con traslado de todo el equipo a la ciudad de Salto, previa preparación y contactos con la Institución médica, el Juzgado que constituyó el expediente, entre otros.[2] Aquí se exponen -parte I, II, III y IV-, con diferentes autorías, aspectos del mismo tema.[3]

Palabras clave: institución médica, aceptabilidad del riesgo, antropología médica, derechos de los pacientes, vulnerabilidad de los médicos

Equipo: Lics. en Ciencias Antropológicas Eloisa Rodríguez y Virginia Rial, maestrandas en Antropología, FHCE.
Lic. en Psicología Fabricio Vomero, maestrando en Antropología, FHCE
Dr. en medicina Jorge Spatakis, estudiante avanzado en Ciencias antropológicas

Dirección: Sonnia Romero Gorski, Dra. en Etnología, coordinadora del Programa de Antropología y Salud.

2. Nuestra investigación se centró en relaciones, hechos, discursos, construcciones de imaginario social e individual entre otros temas que maneja la antropología, no consultamos en ningún momento historia clínica u otros elementos de diagnóstico.

3. En las cuatro partes de este dossier se presentan versiones revisadas de los artículos de Romero, S.; Rodríguez, E.; Vomero, F. y Spatakis, J., entregados para su publicación en los Cuadernos del CES (Centro de Estudios de la Salud) del SMU, 31-96, diciembre 2009.

Parte I
Descompensación y riesgo en sistema de atención

Sonnia Romero Gorski
Coordinadora del Programa de Antropología y Salud

Antecedentes y marcos conceptuales

En los últimos años ha ido creciendo la inquietud por parte de las Instituciones de salud y de los médicos por la imagen que proyectan hacia la sociedad, mostrándose muy sensibles a reclamos, críticas y demandas formuladas por los usuarios de dichas Instituciones.

Es necesario agregar inmediatamente después de la anterior aseveración que efectivamente la sociedad en sentido amplio y las personas, usuarios de servicios de salud, en sentido particularizado se muestran cada vez más exigentes dejando de lado la actitud obediente –paciente– que constituyó condición indispensable para la producción y permanencia de un habitus asistencial no dialógico, basado en asimetrías, ejercido en ocasiones por médicos/as y hasta por personal auxiliar. (ver Romero, S. 1999; 2003; 2006).

Venimos desarrollamos el punto en diferentes trabajos no sólo aportando elementos de un análisis cultural actualizado y adaptado al contexto nacional, sino que también aportamos pruebas empíricas sobre actitudes de resistencia al sistema médico y surgimiento de adhesiones a terapias alternativas (ver autores varios Anuario 2005); ambos hechos sociales se expanden y pueden ser observados en diferentes sectores sociales. El abandono de tratamientos, la postergación de consultas preventivas, aún en el período del embarazo, no son sino partes del mismo complejo de valoraciones poco positivas con respecto a lo que se invierte en tiempo, en negociaciones, en costos materiales y simbólicos, y la respuesta que se obtiene del sistema de salud y/o de una consulta médica tanto en instituciones públicas como privadas (mutualistas).

La situación no ha dejado de tener ecos en la comunidad médica que de diferentes formas intenta introducir mejoras, reflexionar sobre la situación. Al respecto hemos notado que hasta ahora se focalizan esfuerzos en mejorar la "relación médico-paciente". Desde nuestro punto de vista antropológico ese plano de abordaje debe ser complejizado, contextualizado en un marco relacional mucho más amplio ya que la relación médico-paciente no es un objeto independiente, ni ocurre en un espacio que sea definido únicamente desde lo profesional, ni únicamente por los actores que se encuentran frente a frente dentro de un consultorio.

Al respecto es del caso reproducir aquí, - como un ejemplo paradigmático de lo parcial e incluso errático que puede resultar una aproximación unilateral del tema -, partes de un trabajo publicado donde están incluidas notas de observación etnográfica tomadas el día 24 de junio de 2005 (F. Vomero, Programa de A. y S.) en una Jornada de Actualización Terapeútica realizada en la sociedad de Cirugía en Montevideo. En dichas Jornadas se trató la relación médico-paciente como tema central; quienes

conducían el encuentro a través de juego de roles demostraron a los asistentes la conveniencia de mejorar actitudes de los médicos (ver Romero, S. notas de F. Vomero, 2006: 41/42).

Las notas de observación dicen textualmente:

"Básicamente fueron dos las escenas construidas. En la primera (...) se subraya que el médico no mira al paciente y no se acerca a él. Tampoco sale de detrás del escritorio (...) su preocupación está centrada principalmente en el llenado de la historia clínica (...).
"En el relato se dice que el tiempo apremia, las consultas son demasiadas, los sueldos muy bajos, es decir argumentos que se manejan como justificación atenuante de la actitud del profesional.
"En la segunda escena se propone la antítesis de la anterior: el médico mira al paciente, pregunta por su vida, cómo es la familia, sus actividades, se trata de *'humanizar'* la consulta. Se procura que el paciente sepa que el médico se interesa de verdad en él. (...)
"Este segundo modelo de consulta es el que se pone, en el debate, como ejemplo a seguir, el paradigma de lo que llamaron una nueva relación médico-paciente; los docentes y el público (médicos/as que seguían las Jornadas de actualización) intervenían para hacer comentarios y recomendaciones.
"... uno de los jefes de cátedra va más lejos aún y recomienda ejercicios precisos que incluyen: *'debe hablársele al paciente de cosas particulares de su vida cotidiana, que se tengan registradas en una tarjeta de cada uno de ellos, al paciente le parece muy importante que lo reconozcan, que el médico recuerde cosas de la vida del paciente'* y nombra como ejemplo preguntas como *'¿y el perrito... cómo anda?, ¿su marido se recuperó?, ¿su hija salvó el examen?, etc.'*
"Recomienda tocarlo, por el hombro, demostración de interés y familiaridad que escenifica toda la complejidad del poder en juego.
"Más adelante señalan la presencia de pacientes difíciles, *narcisistas* los denominan; son aquellos que rechazan diagnósticos, que se resisten al dispositivo. Se señala que debe recordarse que una buena relación médico-paciente es la clave para evitar juicios por mala praxis, *'tan de moda actualmente'*,
"Luego se debate sobre derechos del paciente a una segunda opinión médica. Señala el observador que estos argumentos que se basan en la posibilidad del error, molestan al colectivo médico presente y dice que tal es la fuerza de la cuestión, que una de las panelistas cerró el debate diciendo *'Colegas deben recordar que estas cosas deben aceptarse, que es posible escuchar otras posiciones, que no somos los únicos dioses'.*" (en Romero, S. 2006)

En el trabajo de referencia agregué a estas observaciones una interpretación que también transcribo aquí:

"... estos esfuerzos concientes (los) realizaba un colectivo médico tratando de corregir lo que se consideró solamente como defectos menores, de tipo comportamental y por lo tanto fáciles de superar con fórmulas de autoayuda. Es significativo que no se revise críticamente la construcción de roles, que se tenga la convicción que los propios profesionales médicos se bastan a sí mismos para manejar aspectos psico-socioculturales. (...) Es evidente que la posición del paciente sufre (en las recomendaciones manifiestas y registradas) un nuevo descenso en su condición subalterna porque se le hará creer –en un claro mecanismo de manipulación – que sus detalles biográficos y/o afectos son recordados por el/la médico/a, es decir que se le hará creer al paciente que está construyendo con su médico una relación humanamente significativa y no una instancia más dentro de una rutina profesional."
"Sobra decir que por esta vía no se llegará a transformaciones de posiciones, no se le hará mella al *habitus asistencial*, la violencia simbólica podrá seguir ejerciéndose bajo otros gestos, otras palabras pero con un mismo convencimiento sobre la superioridad y la subalternidad de las posiciones, de las concepciones." (Romero, S., op. cit.: 42)

Estas reflexiones ya presentes en el trabajo de 2006, enmarcan adecuadamente la problemática del "malestar" entre personal de salud y usuarios que hizo eclosión entre fines de 2008 y 2009 con hechos de violencia objetiva en la ciudad de Salto; sintetiza además, antecedentes empíricos y conceptuales que manejamos para la comprensión de la dinámica relacional en el campo de la salud, así como orientaron la preparación documental y bibliográfica previa al estudio de caso.

Preparación para ir al terreno

Consulta de fuentes para recolección de datos, reconstrucción y análisis:

- prensa en general, cartas publicadas y prensa local de Salto (meses diciembre y enero)
- conversaciones con médicos de Salto, en Montevideo
- concertación de Grupo de discusión en Salto con médicos vinculados al caso
- preparación de pautas para discusión y entrevistas, incluyendo disparadores para diferentes interlocutores, médicos, familiares, vecinos
- contactos y logística de la jornada de trabajo en Salto
- varias reuniones de preparación del equipo
- solicitud de expediente al juzgado actuante

Trabajo de campo intensivo en Salto, 12/05/09

- Grupo de Discusión en el local de la Asociación Médico Quirúrgica, donde se atendió a la mujer fallecida el 13/12/08; participaron siete médicos, cuatro vinculados al caso, otros en carácter de directivos de la Asociación. Se utilizó una pauta previamente preparada de tópicos para la discusión colectiva.
- Entrevistas a vecinos y en comercios de la cuadra del domicilio del viudo, donde se produjo la escena de sangre el 11/01/09. Se aplicó una pauta con preguntas previamente preparada.
- Entrevista con el hermano y la cuñada del médico muerto por herida de bala. Se aplicó pauta previamente preparada.
- Se había solicitado al Juzgado con anticipación y se obtuvo, el acceso integral al expediente judicial, iniciado por muerte del médico y detención del viudo, autor de los disparos.
- Grabación del Grupo de Discusión y entrevistas.
- Recolección de prensa local.
- Trabajo de análisis, comparación, de todo el material, reuniones de discusión del equipo, revisión y búsqueda de bibliografía y marcos teóricos para interpretación,
- Realización de una presentación de resultados en el local de la Academia de Medicina, 25 de junio 2009.
- Revisión de esa presentación para difusión, fin de julio 2009.

muerte. Transcurre el mes de diciembre, comienza el nuevo año sin cambios en la situación.

- El médico no respondía a los mensajes del viudo, pero comunicó la situación a la abogada de la Asociación Médico Quirúrgica.
- Comentó con familiares que se haría una denuncia cuando concluyera la feria judicial y cuando él mismo retornara de sus vacaciones, que comenzaban en esos días de enero.
- Sábado 10 de enero el médico festeja su cumpleaños en un local del Sindicato Médico; los presentes eran compañeros de actividades deportivas, no había colegas médicos vinculados al caso, (tampoco ninguno de los médicos que participaron posteriormente de nuestro Grupo de Discusión).
- Estaban presentes su hermano y la esposa, quienes se retiraron de la fiesta cerca de las **3 a.m.** del domingo (según manifestaron en entrevista en Salto, día de trabajo de campo mayo 2009).
- Según datos y declaraciones que constan en el expediente judicial: **Alrededor de las 5 a.m** del domingo el médico, en el marco del mismo festejo expresó su deseo de ir en ese momento a explicarse, con el viudo. Trataron de disuadirlo su tío y su compañera, pero no pueden detenerlo y deciden acompañarlo. Ella maneja el coche; el médico estaba alcoholizado. Al llegar se baja del coche y va a tocar timbre en la casa del viudo; habría también pateado la puerta conminándolo a que bajara.
- El viudo, quien se había despertado muy temprano y ya estaba por bañarse, sale al balcón, luego entra a buscar un arma. Todavía no aclaraba el día, **no eran aún las 6 a.m**.
- Sale de nuevo al balcón, mira hacia abajo y dispara dos tiros, hiere al médico y luego él mismo llama por teléfono a la policía.
- La compañera del médico llama al hermano de éste a las **6h20 a.m** ; la policía y luego una ambulancia llegan al lugar del hecho (según entrevista a familiares).
- **A las 6h40** el autor de los disparos ya está detenido.

3. Hechos del 11/01/09 dentro de la institución médica

- Llevan al herido a emergencias; gran pérdida de sangre, le hacen transfusión.
- Necesita una intervención quirúrgica pero tienen que trasladarlo a otro Sanatorio donde haya block quirúrgico.
- **Fallece a las 7h50** a.m aprox. el domingo 11/01/09.

3.1. Observaciones

Surgen preguntas sobre si el tiempo que transcurrió entre que fue recogido por la ambulancia en el lugar donde fue herido, luego se lo atendió en emergencias de un sanatorio y se decidió el traslado a otro, para realizar una cirugía, no fue un factor decisivo para el fallecimiento del médico.

La existencia de clínicas y servicios especializados distribuidos físicamente en diferentes edificios en la ciudad de Salto, aunque pertenecientes a una misma asociación o servicio mutual, constituyen una particularidad institucional local que agrega complejidad a los actos médicos además de multiplicar el número y diversificar la calidad de las relaciones, criterios, manipulaciones u otras situaciones en las que están frente a frente el paciente (con o sin familiares) y agentes varios de la institución médica. En este sentido vale la pena volver al caso de la paciente fallecida, sopesar la desigualdad constitutiva de los grupos en cuestión.

4. Reordenamiento de datos

En el caso de la paciente fallecida el Grupo de la Institución Médica estuvo compuesto por dos Sanatorios, con correspondiente personal administrativo o de servicio y principalmente nueve médicos que intervinieron o fueron médicos tratantes más otro especialista que intervino telefónicamente desde Montevideo, ante pedido de consejo profesional de sus colegas de Salto.

Tenemos un total de diez médicos, más la abogada de la institución, más el Juez convocado una primera vez y luego la intervención judicial para tramitar la autopsia ya que ningún profesional se quiso hacer responsable de firmar el acta de defunción. Entonces intervendrá el médico forense aumentando lo que llamamos "el grupo de la Institución Médica" a unos 13 actores de primera línea.

Por otra parte el "Grupo de la paciente" estuvo reducido al marido y al abogado que éste convocara en apoyo o busca de protección de lo que suponía sus derechos como usuario de la institución. La paciente (habría tenido por momentos una acompañante contratada) aparece en todo momento como en estado crítico, descompensada, sin condiciones como para plantear opciones o reclamos en cuanto a tratamientos, traslados, preferencia por uno u otro médico.

El marido como único familiar y vocero será entonces quien enfrente los múltiples interlocutores de una hipotética relación médico-paciente, ya que en realidad él no es paciente y no hay UN médico, sino un CONJUNTO variado de profesionales que van apareciendo según horarios, decisiones de tratamientos, de traslados dentro de un mismo sanatorio y hacia otro servicio.

En este contexto complejo la presencia del abogado no llega a reforzar "el Grupo de la paciente" que permanece en minoría, sin verdadera capacidad de establecer diálogo o negociaciones con el "Grupo de la Institución".

Podemos agregar aquí que posteriormente, el médico una vez herido ingresó en ese mismo sistema, donde se sucedieron y/o superpusieron decisiones; habría que colocar como interrogante qué riesgos agregan esas situaciones, -que se miden en tiempo transcurrido- traslado físico de un local a otro, donde también es otro el personal que recepciona el problema. Según expresión de uno de los médicos que participó en el Grupo de Discusión "la fragmentación de la atención jugó en contra de su vida".

4.1. Encadenamiento de acciones y secuencia temporal

1) Acciones varias a cargo de la Institución en vida de la paciente, entre el 10 y el 13 de diciembre 2008, ya referidas más arriba.

2) Luego del fallecimiento de la paciente que ocurre dentro de la institución médica, se activan acciones para solicitar y obtener la realización de una autopsia. El hecho no resulta transparente para el sentido común, ya que esa medida suele tomarse cuando el fallecimiento se produce fuera de toda vigilancia médica, cuando existen dudas o sospechas sobre causales. Los argumentos expresados por los propios médicos, - de que ninguno era realmente médico tratante por lo que se excusaban de asumir responsabilidades firmando el acta de defunción y luego que se temía un juicio por mala praxis por lo que era preferible un pronunciamiento forense -, tienen coherencia dentro de las prácticas e intereses de la institución, pero no resultan inmediatamente comprensibles al escucharlos desde otras posiciones, ya fuere desde el lugar de un familiar como del lugar de observadores externos, tratando de reconstruir la complejidad de la situación (ese era nuestro lugar como investigadores).

4.2. Período de transición: pasan 28 días después del fallecimiento de la mujer.

1) La Institución Médica.: no se registran acciones

2) El viudo: llama al médico "de su confianza" por explicaciones, reitera llamados, va añadiendo insultos.

5. Precipitación de los hechos- del 10 al 11 de enero 2009.

1) El médico sale de una fiesta, todavía no se acostó, llega acompañado // el viudo solo en su casa ya estaba levantado

2) Hecho inusual: llegada en horas de la madrugada a un domicilio privado sin aviso previo.

5.1. Observaciones

El médico rompe reglas sociales o de sentido común: no devuelve llamados telefónicos pero sí se presenta en una hora inhóspita en el domicilio del viudo[6], llega con compañía (¿Cómo pudieron visualizarse desde otra posición, en este caso la del viudo, la presencia de dos personas acompañando al médico? Pudo plantearse rápidamente preguntas como: ¿Vienen como testigos? ¿Viene para intervenir en su defensa? ¿O vienen sólo como demostración de apoyo?, en cualquier caso las personas que lo acompañan objetivan vínculos familiares-sociales que poseía el médico.

Toda la situación, en el contexto de sus antecedentes, puede ser interpretada como desafiante o por lo menos inquietante.

La subjetividad probadamente desestabilizada del viudo era un hecho conocido (ver secuencias ya reseñadas), además de encontrarse solo y como se dice técnicamente, "transitando un duelo".

Vamos a cerrar esta parte con una cita de la antropóloga británica M. Douglas que expresa y sitúa exactamente el lugar desde donde proponemos colocar a los actores, pensar los hechos,

> *"Nuestra primera pregunta sobre la percepción del riesgo es por qué tantas personas, en su rol de profanos, opinan que los peligros cotidianos son inocuos y se consideran a sí mismos capaces de hacerles frente cuando, en realidad, carecen de esa capacidad. Una visión de sentido común del riesgo no encaja con esto. La visión de sentido común sitúa al individuo en un contexto social de seres interdependientes que ofrecen y retiran apoyo: una reputación de temeridad, bajeza, locura o cobardía destruirá las oportunidades de que el individuo cuente con la ayuda de la comunidad. 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".* (Mary Douglas, 1996: 106)

6. En el Grupo de Discusión se planteó lo siguiente: "Esos mensajes... empieza con una llamada al médico Psiquiatra y el interés que expresaba era 'tengo dudas con respecto a la muerte de mi esposa y quiero tener una conversación con usted, y con el otro doctor'. Ese fue uno de los primeros mensajes, el médico psiquiatra contesta que está de acuerdo, que fijara día y hora y que él concurriría asesorado. Eso parece calmar el interés de esta persona (el viudo). El otro doctor no dio contestación a ninguno de los mensajes (...). Y después sí, sube el tono, no lo pudo resolver, el silencio aumentó la bronca".

Necesitamos entonces demostrar cómo codifica el riesgo el grupo de pertenencia –la comunidad médica– para entender el entramado o secuencias fatales que vincularon hechos y actores.

La complejidad es estructural, como lo demostramos más arriba; en el detalle de las secuencias se entrecruzan y combinan factores institucionales (diferentes servicios, edificios, personal), profesionales (especialidades varias), personales (patologías, historial clínico de la paciente y actitudes descompensadas del marido), luego entorno personal y social del médico que va a ser herido mortalmente en una escena fuera del contexto institucional, todo lo cual dentro de contextos socio económicos, históricos y culturales específicos, locales, nacionales.

Si hiciéramos un ejercicio, posible, de abstracción y sustituyéramos por valores cada actor, acción y elementos intervinientes podríamos aplicar fórmulas operativas e incluso con un programa de computación, podemos establecer medidas de asociación, dispersión, resultados combinatorios que nos darían la fórmula objetiva de lo sucedido como hechos previsibles, y lo que es más destacable ahora, factibles de reproducirse si se reiteran condiciones constituyentes.

No estamos haciendo un ensayo de adivinación, ni consultando oráculos u otra operación esotérica. Proponemos sí una mirada sobre lo real, lo simbólico –e incluso lo imaginario que crea versiones y representaciones variadas a partir de un mismo hecho– porque las conductas humanas operan dentro de una diversidad de planos y según lógicas subyacentes o tácitas, además de las normativas expresas. La teoría antropológica y la metodología etnográfica nos llevan más que nada a tomar muy en cuenta los detalles, las leyes de interacción, de combinación de pensamientos, representaciones, creencias que atraviesan tanto a los individuos, a los grupos, a las instituciones, incluso a las comunidades científicas.

En las interacciones "cara a cara" todo el tiempo estamos objetivando mecanismos concientes, usando sentido común o conocimientos científicos, a la vez que se disparan (de forma incesante) mecanismos inconcientes, interpretaciones, asociaciones, donde se mezclan conocimientos y valores socialmente establecidos junto con recuerdos o asociaciones que tienen una significación estrictamente individual.

Por esta razón la cuestión relacional está presente en todo momento en las acciones que pueblan la vida cotidiana, las personales y las profesionales. La Institución médica, el personal de salud están comprendidos dentro de estas reglas de juego, junto a usuarios, pacientes y familiares. No hay dos naturalezas u ontologías diferenciadas entre unos y otros, hay sí hábitos, conductas, razones, conocimientos, que podemos observar y clasificar.

6. Síntesis analítica: ámbitos o escenarios

El caso analizado contiene hechos que se producen en escenarios diferentes, cada uno de ellos con estatutos y normas específicas.

6.1. Ámbito Institucional – actores: comunidad médica + poder judicial.

6.2. Ámbito privado – civil – actores: dos hombres en la calle, dos circunstancias personales enfrentadas.

6.3. Ámbito institucional – actores: policía+ comunidad médica.

6.4. Ámbito público – actores: opinión pública, corporación médica, prensa.

En este último, se procesa una construcción de sentido a partir de versiones de lo ocurrido. Se produce colectivamente una asociación mecánica entre el hecho civil, escena violenta en sí misma actuada por dos protagonistas (uno de ellos acompañado por familiares) en un espacio público: se lo asocia con una agresión contra los médicos como unidad.

Por una elaboración discursiva el hecho, que podríamos a priori clasificar dentro de la crónica roja ya que ocurrió en la calle, es introducido simbólicamente *adentro* de la institución médica, vinculado exclusivamente a actos médicos que no serían comprendidos por la sociedad civil, sin reparar en las dimensiones relacionales, sociales y humanas, determinantes en el caso y construidas fuera del cuadro institucional.

Dicha construcción de sentido se basó principalmente en el discurso y práctica de la propia comunidad médica al identificarse a sí mismos por la profesión (por sus conocimientos) por encima de su calidad (y complejidad) como personas civiles (con sexo, modelos interiorizados de género, edad, historia individual, origen social, posición socioeconómica, adhesiones de tipo ético, religioso, político, filosófico, código de valores, gustos, fobias y un largo etcétera).

6.5 Codificación del riesgo en nuestro modelo cultural

Según este modelo, de sólida composición histórica, los médicos actuarían siempre desde una objetividad dictada por el canon profesional sin poner en juego sus circunstancias como personas civiles. Podemos sostener que esta auto-percepción o creencia arraigada en la comunidad médica, resultó fatal para el médico muerto, quien alcoholizado, fuera de hora, fuera de lugar, pidió ser recibido "como médico", sin medición de riesgo para su persona (¿quizás porque la representación arraigada es que la identidad profesional cubre a la persona?).

Del punto de vista antropológico y psicológico la "desaparición" de la persona dentro del rol médico no es una realidad sino una construcción imaginaria, es una construcción que ha hecho su camino, pero construcción al fin, (ver M. Foucault, J.P. Barrán, otros) .

Debemos reconocer que al ser concebida en el plano ideacional como "lo real" produce efectos de realidad: se convierte en creencia hacia adentro de la comunidad médica y hacia fuera logra instalarse en la sociedad como una "verdad".

En concordancia con dicha construcción de esencialidad, en las situaciones más diversas, y no sólo en la situación de consulta, tendríamos entidades de naturaleza diferente: a *los médicos* por un lado y por otro lado a *la gente* (usuarios, pacientes, familiares). Como se ha podido comprobar en todo el desarrollo de esta argumentación, contrastándola con los hechos esa construcción imaginaria en torno a una supuesta naturaleza diferente de "los médicos", no ayuda a un posicionamiento crítico, autoreflexivo de la profesión. Recordemos que en todas las profesiones, en la sociedad, todos y cada uno debemos asumir diferentes identidades según roles en los que nos toca desempeñarnos, pero no por ello podemos asegurar que seamos seres de especies diferentes.[7]

Como toda construcción de sentido o proceso de semantización, la duración del modelo, que denominamos médico-ante-todo, depende de su difusión y transmisión; el estatuto de la creencia o convicción sobre la realidad del modelo así como una evaluación crítica de su pertinencia pueden hacer variar el modelo, adaptarlo a tiempos contemporáneos, a la producción de conocimiento interdisciplinario ya que por su parte la sociedad civil cambia visiblemente sus percepciones y actitudes con respecto a la

7. Es significativa la expresión utilizada por la doctora que en la Jornada de actualización mencionada al comienzo, se dirigió a sus colegas advirtiéndoles que "no somos los únicos dioses".

salud, el cuerpo, las instituciones, los profesionales capacitados para atender de forma integralmente humana a las personas.

Finalmente, ¿por qué venir desde otro paradigma científico a estudiar hechos del campo de la salud? Nuestros antecedentes (20 años de investigaciones en el campo de la salud en Uruguay), la producción nacional e internacional muestran que la antropología tiene una larga historia y producción dentro de esta especialización, ya sea reconocida como antropología médica, antropología de la salud y la enfermedad o como antropología y salud (como la concebimos en el programa de Antropología y Salud, tomando el eje cultural para observar desde allí hechos, relaciones, modelos, dentro del campo de la salud).

En el plano más del compromiso con nuestra sociedad y nuestro tiempo, diríamos que es imperativo que se trabaje, que trabajemos, científicamente poniendo todos los recursos existentes para mejorar condiciones objetivas, lógicas operativas y relacionales en el campo de la salud, en el sistema de salud. Sin reduccionismos que sólo contribuyen a consolidar creencias de que hay un enfrentamiento entre diferentes esencias.

Hemos visto que la comunidad médica preparó defensas, protocolos de denuncias, procedimientos para evitar demandas por lo que constatamos que hay una construcción sobre *enemigos de los médicos*.

Desde nuestro punto de vista, que está disciplinariamente definido, postulamos que es más importante concentrar esfuerzos en la auto reflexividad, en un proceso de evaluación crítica para desprenderse de una construcción cultural sobre la profesión médica que no ha permitido hasta ahora un cuestionamiento del modelo médico predominante,[8] tampoco ha permitido una transformación cualitativa de la posición de *subalternidad* de la población, de los usuarios, frente a la Institución médica. Pero profesiones e instituciones, como productos culturales, son contingentes, transformables; en esa tarea de transformación positiva podemos encontrar mucho interés, mucha colaboración y compromiso para trabajar conjuntamente tanto desde la comunidad médica como desde las ciencias sociales y humanas.

Bibliografía

ABDALA FILHO, Elias, 2004l. Violencia em saúde: quando o médico é o vulnerable. Simposio. En: BIOETICA 2004-Vol.12, nº2.

BARRÁN, J.Pedro. 2002, Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya. En: Medicalización de la sociedad, autores varios. Instituto Goethe-Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo, 2002.

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA VIOLENCIA EN SALUD. 2009. Manual Frente Agresiones a Profesionales de la Salud. Integrada por: Academia Nacional de Medicina, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Legal, Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior, Mesa de Sociedades Anestésico Quirúrgicas, Sociedad de Neurología del Uruguay y Sociedad de Psiquiatria del Uruguay.

DOUGLAS, Mary. 1998 Estilos de pensar. Gedisa, Barcelona.

DOUGLAS, Mary. 1996, La aceptabilidad del riesgo según las Ciencias Sociales. Ed.

DOZON, Jean Pierre, 2001. Quatre modèles de prévention. En: Critique de la Santé publique. Une aproche anthropologique. Sous la direction de J:P:Dozon y D.Bassin. Balland, París.

8. El modelo médico dominante ha sido caracterizado por Eduardo Menéndez, antropólogo de vasta producción en México, como modelo médico hegemónico comprendiendo una concepción biologicista de la profesión.

DUJARDIN, Bruno.2001. Presentation du Rapport sur la Santé dans le Monde: Pour un systeme de santé plus performant. OMS 2000. Cours RSS de Recherche en Systèmes de Santé, Bruxelles, juillet 2001.

FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR Y SINDICATO MÈDICO DEL URUGUAY.2009. Declaración de Salto. Agresiones al Personal de Salud. Jornada de Reflexión sobre la Violencia ejercisa contra Profesionales y trabajadores de la Salud. Salto, Uruguay.

GRIMBERG, Mabel 1997. De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología. En: Antropología y Práctica Médica. Comp. Marcelo Alvarez, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, Buenos Aires.

LAPLANTINE, Françoise. 1999. Antropología de la Enfermedad. Ediciones Del Sol, Buenos Aires.

MENENDEZ Eduardo. 1992. Reproducción social, mortalidad y antropología médica. En: Cuadernos médico-sociales.

ROMERO GORSKI Sonnia.:

_____1997. Enfoques Antropológicos aplicados al estudio del campo de la salud. En: Seminario Sociedad, Cultura, Salud. Organizadores: J.Portillo, S.Romero, A.Cheroni. Editado por Departamento de Publicaciones, FHCE, Montevideo.

_____1999. Caracterización del campo de la salud en Uruguay. Revista Salud Problema, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.

_____2006. Modelos culturales y sistemas de atención de la salud, 29-45. En: Las otras medicinas. Comp: J. Portillo, J. Rodríguez Nebot. AUERFA, 166 pp. Instituto Goethe, Montevideo.

SANCHEZ, Delia, BAZANI Roberto, GÓMEZ Silvio. 1998. Prioridades en la investigación de la Salud colectiva en América Latina. GEOPS, Montevideo.

SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY. 2001. Métodos Alternativos para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud. Conciliación y Mediación. Seminario-Taller.

SERIE PAPELES DE TRABAJO FHCE.Universidad de la República. Equipo de Antropología y Salud. Seminario de Antropología Social. Cátedra de Medicina Preventiva, ciclo 2002.

Autores varios. Avances del Programa de Antrpología y Salud. En: Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay.2004-2005. S.Romero Gorski (Ed. y Comp) Dpto de Antropología Social. Nordan-Comunidad, Montevideo.

GUÍA DE PROCEDIMIENTO. Agresiones contra médicos y practicantes, del 11 de febrero de 2009.

Métodos alternativos para la resolución de conflictos entre ususarios y prestadores de servicios de salud. SMU, Montevideo, mayo 2001.

Parte II

Contexto socio cultural y familiar como factores insoslayables

Lic. Eloísa Rodríguez

Más allá de las condiciones objetivas materiales de la violencia, el análisis cultural exige mirar el campo de las representaciones mentales que acompañan los actos de violencia, es decir, su dimensión simbólica: sentidos, representaciones, imaginarios, significaciones. El análisis de la violencia precisa esclarecer además de los contextos materiales, los contextos donde su dimensión simbólica tiene sentido, es decir, los contextos culturales a partir de los cuales la violencia es ejecutada y significada.

Dentro de estos contextos se pueden encontrar dos situaciones bien diferenciadas en lo que respecta a las dos figuras involucradas, el agredido y el agresor en el caso presentado antes (ver parte I). El médico se presenta como una persona con familia, con amigos, querido y conocido por muchos, en tanto el agresor, aparece como alguien aislado, sin familia, con muy pocos o casi ningún vínculo, siendo su esposa fallecida el único lazo visible que poseía.

La Antropología dice en términos generales que la familia es factor determinante en la creación de una red de relaciones y comportamientos que facilitan la integración del individuo en la sociedad. Es una construcción de la realidad social, reconocida de manera universal, más allá de cómo esté constituida. Éste principio de construcción se encuentra en el consenso del mundo social formando parte del sentido común, es decir, en torno a la familia se crea una aceptación acerca de su existencia reconocida por todos como obvia.

A su vez, la familia como categoría mental colectiva contiene además de múltiples representaciones, diversos cometidos, existiendo dentro de éstos, actos de reafirmación destinados a producir no sólo afectos sino también obligaciones afectivas, solidaridades, diversos intercambios de ayuda, atenciones. Este principio de cohesión en que está inspirada la familia hace que ésta se continúe en el tiempo como generadora, a su vez de relaciones sociales.

Por otro lado, si se piensa a la familia como una institución dentro de la clasificación oficial, es decir del Estado, ésta se constituye en un dato más poderoso y más real a partir de todos los actos relacionados al estado civil que se realizan en torno a ella.

Este es el caso de los criterios que se utilizan, por ejemplo dentro de los Juzgados Penales donde para confeccionar la ficha sobre determinada persona que haya cometido una falta o un delito, se establece antes que nada la existencia civil de la persona requieriendo: nombre, edad, ocupación, estado civil, si tiene hijos o no[1]. Es decir, la familia se representa con una connotación valorativa relevante en todos los órdenes de la vida, trayendo muchas veces aparejado un sufrimiento social y moral si no se cumple

1. En el Expediente Judicial del Juzgado letrado de Primera Instancia Penal y del Adolescente de 4to Turno de la ciudad de Salto correspondiente al agresor (caso ver Parte I), se asentó lo siguiente: Estado Civil: viudo. Hijos: No, Foja 36.