

Pericia cultural: padecimientos y riesgos vinculados a lo institucional en Servicios de Salud

Programa de Antropología y Salud, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación¹
Sonia Romero Gorski-Dra. En Etnología por la École de Hautes Études en Sciences Sociales, Paris
Docente Libre del DAS-Instituto de Antropología, FHCE
Coordinadora del Programa de Antropología y Salud, FHCE, Universidad de la República,
Montevideo, Uruguay
sromero@fhuce.edu.uy
www.antropologiaysalud-uy.com

Introducción

En este texto se exponen testimonios empíricos y razones teóricas de una línea de investigación sobre las determinantes culturales en las Instituciones de Salud- que el Programa de Antropología y Salud, de la FHCE, Montevideo, Uruguay, considera relevante y que ha trabajado en investigaciones de terreno, en discusiones en Ateneos, en diferentes trabajos publicados y que se propone seguir profundizando según casos que siga detectando y según prioridades de difusión de conocimiento definidas por dicho Programa.

Una cierta diversidad cultural

En casos estudiados la *diversidad cultural* no se presenta, recortada en repertorios culturales tradicionales o de alguna tradición étnico-cultural; hemos tratado con escenarios de una *etnografía doméstica*, en medio urbano, sin parcialidades étnicas aunque objetivamente contruidos con diferencias culturales ancladas en variadas pertenencias socio-económicas, culturales, profesionales. En este punto sigo enseñanzas de Gérard Althabe (1932-2004)² quien en su momento “reconocía (...) dos tendencias teóricas y empíricas que alimentaban opciones y reunían equipos con urgencias definidas de forma casi opuesta, la exploración de ámbitos domésticos (y a priori conocidos) o lejanos (y a priori desconocidos).” (Romero, S. 2005: 70). Y así “la toma de posición althabiana llama a una ‘descomposición radical del exotismo’, lo que supone salir definitivamente del esquema en el cual el antropólogo construye su saber a partir de una distancia máxima (alteridad etnocultural)...” (Hernández, V. 2005: 65). He trabajado en diferentes investigaciones con esta idea, convirtiéndola en herramienta metodológica, postura que guía diferentes indagaciones etnográficas en Uruguay y sobre todo en la ciudad de Montevideo, haciendo etnografía y/o antropología doméstica, es decir lo más próximo posible de lo que podría reconocer como “mi” ciudad, como universo de relaciones dentro de “mi” sociedad”, atendiendo niveles de complejidad dentro de lo cotidiano y lo microsocioal.

Desde esa perspectiva, considero, consideramos, que la institución médica que está regida por un conjunto de normas específicas, es también activa creadora de *cultura institucional*, - la que no necesariamente es conocida, ni mucho menos compartida por usuarios del Sistema de Salud -. Entre personal técnico de salud y población que demanda asistencia, suele instalarse una distancia decididamente de *tipo cultural* ya que unos y otros manejan diferentes códigos, diferentes prioridades y tiempos.

¹ Basado en investigaciones del Programa y en Parte III- Ateneos del Programa de Antropología y Salud- 2014, 157-189. En: Romero Gorski, S. (Coord.). *Dinámica Cultural en la producción de salud y de riesgos*. Actualizado a 2019.

² Gérard Althabe, Daniel Fabre, Gérard Lenclud, 1992. *Vers une Ethnologie du Présent*. Éditions de la Maison des Sciences de l’Homme, Paris.

Recurrimos en este análisis, sobre lo cultural en instituciones médicas, a nuestros propios antecedentes de inspiración gramsciana, colocando al personal de salud, en particular el personal médico, de tecnología médica y nurses, bajo influencia de la *cultura hegemónica* y a los demandantes de atención gratuita en el Sistema de Salud Pública, dentro del ámbito de la *cultura subalterna* (Romero, S. 2003). Dicha diferencia no puede ser atribuida a la identificación con enclaves de minorías étnicas u otro. Hablamos de una *diversidad cultural* de otro tipo, más bien enraizada en la *producción de sentidos* dentro de sectores sociales y grupos profesionales, bajo determinantes socio-económicas y en vinculación con capitales culturales distribuidos de manera desigual. Capitales que se asocian al conocimiento y al manejo de poder, incluso en áreas restringidas desde las que cada actor se relaciona con una institución asistencial o de salud.

Diremos entonces que dentro de una sociedad como la uruguaya, en superficie o en apariencia bastante homogénea e integrada, es posible reconocer una gran diversidad cultural según los campos empíricos por los que se transite. Hemos ya planteado en numerosos trabajos la complejidad estructural del campo de la salud: hemos analizado, hecho analogías etnográficas en busca de modelos, de reglas de composición de sentido a escala de lo local en grupos o situaciones que se revelan ante la observación etnográfica. (Romero, S., 2003; Romero, S. Emeric, B. Davyt, F. Cheroni, S., Rial, V., Rodríguez, A. C., Buti, A. Vomero, F., 2005, 111-163; Romero, S. 2013, 197-209; Romero, S. coord. 2017; Romero, S. 2017).

Los antecedentes y opciones teóricas de referencia nos llevan cada vez más a prestar atención al juego de factores culturales que mueven o motivan acciones individuales, profesionales, institucionales. En su objetivación, en su manifestación, hay factores que sin ser del orden de lo biológico afectan igualmente a la salud o la existencia, produciendo efectos a veces de gravedad vital, atrapando a personas e instituciones en cadenas de hechos poco favorables, cuando no fatales.

En una búsqueda actualizada de *factores de riesgo* de ese orden nos encontramos con hechos de la crónica policial, en la prensa escrita de circulación diaria, que nos proporcionan material para hacer ejercicios de análisis y reconstrucción etnográfica.

Si bien no desconocemos el rol de los medios en tanto “constructores” de hechos o acontecimientos, seguimos puntualizaciones de Marc Augé en torno a la ineludible referencia a los medios de comunicación, “El espacio público es el espacio en el cual se forma la opinión pública. (...) se comprende que en los Estados modernos el espacio público no puede estar limitado a unas cuantas plazas o centros de la ciudad. (...) Los medios, que de momento constituyen una instancia de sustitución de ese espacio público planetario inexistente, están perpetuamente sometidos a la tentación de confundir espacio público y espacio *del* público, en el sentido teatral del término”. (Augé, 2015: 42).

Debo recurrir nuevamente a de Gérard Althabe quien optaba por la “observación total del campo”... y sabemos que estando en una investigación en Buenos Aires, “desglosaba cada día los diarios principales (de Argentina) y tomaba de ellos la sustancia antropológica” (Hernández, V. 2005: 63).

De eso se trata: de extraer sustancia antropológica entre líneas, hechos, situaciones, testimonios que nos remiten a temas de investigación. Aquí tomamos hechos (primero relatados en la prensa) y los llevamos *hacia* el campo de la salud para examinarlos, en profundidad, desde el punto de vista antropológico, por entender que contienen implicancias varias que vale la pena tener en cuenta.

Datos del caso que expondré como ejemplo del procedimiento

-El diario el País, del 6/3/2014 relató que “J. G. golpeó a su padre y le causó la muerte, tras una fuerte discusión familiar” Según el periódico esta situación dramática se generó en la mañana del miércoles 5 de marzo, refiriendo también a episodios anteriores que confirman que J.G. pasaba por un momento de alteración de su estado psico/emocional. El martes 4 de marzo por la noche había sido conducido por su esposa y su padre al Servicio de Emergencias del Hospital Maciel, desde el

barrio Borro, literalmente en el otro extremo de la ciudad.

“En la madrugada del martes antes de que ocurriera el hecho (muerte del padre), fue llevado al Hospital Maciel, pero nunca llegó un médico psiquiatra para atenderlo, por lo cual volvió a la casa...” (declaración de la esposa de J.G. al diario El País, 7/3/2014)

Paso a paso en el análisis del caso

“Rodeamos” el caso (anunciado más arriba) y sus secuencias, aplicando previamente marcos teóricos socio-antropológicos, evocando aportes de distintos autores, de antecedentes, escuchando visiones de colegas que aclararon aspectos subyacentes, o no percibidos en primera instancia.

Un antecedente ya trabajado por el equipo del Programa de Antropología y Salud (a pedido de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, 2008) nos dio pistas para el nuevo caso de referencia.

En el año 2009 realizamos una misión de investigación a la ciudad de Salto, norte de Uruguay, donde un médico había muerto, baleado en episodio confuso en la puerta del domicilio del viudo de una paciente fallecida un mes atrás en la clínica donde estaba internada, sin diagnóstico. Ninguno de los médicos, de los 9 que la habían visto en diferentes turnos durante la internación, había aceptado firmar el acta de defunción, por lo que la justicia requirió una autopsia. Ante los hechos, el marido mantuvo protesta y actitud muy crítica. Un mes después sus disparos fueron rápidamente interpretados como ‘ataque homicida’ al médico que le golpeaba la puerta de su domicilio en la madrugada de un 29 de diciembre. La comunidad médica de inmediato organizó una campaña de denuncia sobre supuesta “violencia contra los médicos”. La densificación etnográfica del caso permitió aclarar otros factores, otras causalidades, hecho que llevó a reorientar actitudes corporativas, introduciendo necesidad de auto-reflexividad (Bourdieu, P. 2001) en la profesión médica. (Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, 2009, 52-55; Cuadernos del CES, 2009: 31-87) (Ver más datos en Anexo).

Con años de intervalo y en diferentes escenarios encontramos similares actuaciones dentro de un drama: una Institución médica u hospitalaria, técnicos del servicio, personas que demandan asistencia, que no son objeto de escucha eficaz, y como desenlace, - pero fuera de la institución hospitalaria y aparentemente en otra complejidad de relaciones interpersonales -, la producción de un hecho de sangre que resulta fatal para una persona que no estuvo en la *posición* de paciente pero resulta igualmente perjudicado.

La coincidencia de esos elementos en juego (en ambos casos) y luego la necesidad de aclarar la dimensión de un nuevo caso, en el marco de descompensaciones de salud mental, en el que figura como elemento clave la institución hospitalaria, nos llevó a determinar el interés antropológico del caso del joven que mató a su padre en la casa, en un hecho sin conexión aparente con las horas que esperó para ser asistido en un Servicio de Emergencias, de un hospital de Salud Pública (y de donde volvió sin una solución médica).

Coordenadas teóricas para apoyar la indagación pericial antropológica

Destaco tres aspectos que reiteradamente evocamos al enfrentar análisis e interpretación de datos empíricos dentro del campo de la salud:

- 1.- El primero es la importancia de la Palabra, contextualizada en ambiente asistencial, institucional, “como acto humano, todo acto médico debe ser abierto y cerrado en términos simbólicos. La palabra abre y posibilita las condiciones de simbolización, su ausencia puede - en tanto mediadora fundamental de la experiencia humana con lo real - impulsar al acto impensado, al *acting out* según el término psicoanalítico”, (Vomero, F. 2014: 162)

2.- El segundo aspecto que consideramos es la Complejidad de las Relaciones, de las interacciones entre las personas y las instituciones, aspecto que rara vez es contemplado dentro de los riesgos posibles, en términos de factores que dificulten accesibilidad o interfieran en la comprensión entre pacientes y formas de operar de las instituciones.

La subordinación a las normas hospitalarias hace que se establezca un determinado orden en el sistema, pero a su vez el paciente queda sometido a la hegemonía médica desprovisto de autonomía. En esta asimetría que se establece entre ambos, hay una relación de poder por parte de la institución que (razonablemente) siempre va a existir, por su propia condición de ente colectivo poseedor de conocimiento técnico. Lo que se objeta aquí es que en esa situación estructuralmente asimétrica, no se encuentren mediaciones, que puedan modificar esta relación y producir intercambios, comprensión de metas.

No podemos olvidar que “la relación entre las personas y las instituciones jamás es estática, la interacción que se crea va de las personas que hacen las instituciones para las instituciones que crean las clasificaciones, para las clasificaciones que derivan en acciones, para las acciones que se concretizan en nombres y para las personas que reaccionan a esa nominación de modo positivo o negativo”, (Latour, B. 2005: 98 en Rodríguez, E. 2014: 166).

3.- El tercer concepto sobre el que reflexionamos, es el Acontecimiento, buscando problematizar su manifestación y reconocimiento.

Partimos de la idea de poner en debate si las demandas que llegan al Servicio de Emergencias de los Centros hospitalarios son valoradas en su potencial como causales en la producción de *Acontecimientos*, es decir en su potencial para generar algo que desborde la función o acción asistencial puntual.

De hecho el área de intervención de un servicio de Emergencias, se encuentra comprendida dentro de pre-definiciones que consideran en un primer nivel urgencias de tipo anatómo patológicas y lesiones traumáticas. En ese alcance restringido pueden permanecer sin ser atendidas de forma inmediata descompensaciones de otro orden, sin evaluar impactos y/o causales de tipo sociocultural. Estas últimas, en general, inciden de forma “natural”, al no ser consideradas como causales o indicadores de riesgo; simplemente las personas imponen lógicas que de forma inadvertida pero firme, van produciendo hechos o dinámicas imprevistas, fuera de los protocolos de funcionamiento médico-asistencial. Los casos seleccionados proporcionan pruebas de riesgos de este otro orden, más alejados del plano de lo biológico stricto sensu.

En esta línea de interpretación tomamos como guía a Norbert Elías³ (2002, [1983]), quien definió muy claramente la posición que nos propusimos alcanzar, procurando darle a los hechos empíricos una interpretación desde otro plano, “La tarea del científico social es comprender y hacer que los demás comprendan cambiantes conjuntos de interrelaciones formadas por los seres humanos, la naturaleza de esos lazos y la estructura de los cambios. Los investigadores mismos forman parte de estos conjuntos de interrelaciones” (Elías, N. 2002: 39).

Otro punto importante que tomamos en consideración es en relación a lo que plantean Alban Bensa y Eric Fassin (2002) autores que nos alertaron sobre la necesidad de trabajar la cuestión del *acontecimiento* aplicándola a casos que analizamos. Los autores mencionados advierten que para la antropología y la etnología es difícil trabajar con un acontecimiento que nos llegue a través de los medios de comunicación, ¿En qué sentido?, porque para la antropología siempre es una dificultad trabajar sobre hechos narrados en las noticias del día; hay una inmediatez, hay demasiada proximidad y el hecho, o los hechos, están contruidos por los propios medios de comunicación. Tomando muy en cuenta esa dificultad, A. Bensa y E. Fassin sostienen que para trabajar con un acontecimiento próximo, la posibilidad que le queda al abordaje antropológico es la de *etnografiar*,

³ La relevancia del pensamiento de Norbert Elías fue destacada por Didier Fassin, antropólogo de la EHESS, de Paris, especializado en temas que refieren al campo de la salud, a los traumatismos. (Fassin, D.; Rechtman, R., 2011)

densificar, ese hecho/ acontecimiento.

Secuencias/densificación

A.- El 4 de marzo del 2014 el padre y la esposa llevan a J.G. al Servicio de Emergencias del Hospital Maciel; se trasladan desde un barrio alejado hasta ese centro asistencial de referencia. Según consta, el joven presentaba un estado de aguda alteración en su comportamiento, en sus dichos. Luego se dirá que se encontraba en un estado depresivo desde hacía un tiempo, que en esos días se cumplía un año de la muerte de su madre, ultimada en el vecindario, en situación no aclarada.

B.- Se sumaban otros factores que aumentaban la fragilidad del estado de ánimo de J.G, se encontraba prácticamente desocupado, alejado del fútbol en el que había tenido un lugar como profesional. Tenemos referencia de un historial de droga, alcohol y desacato frente a la policía.

C.- J. G. concurría a una Iglesia Pentecostal en busca de apoyo y contención y tenía como una práctica habitual subir a Facebook las fotografías de eventos y ceremonias de su iglesia. Luego se supo que J.G. respetaba al pastor de su iglesia, que “él escuchaba sus palabras”.

D.- Por su parte, el padre de J. G. tenía en la casa un templo de la religión de Umbanda; según los policías el lugar estaba “lleno de santos y demonios”. En este punto podemos inferir que entre padre e hijo había un posible tema de fricción, por actuar dentro de dos sistemas de creencias diferentes, Iglesia Pentecostal y Culto de Umbanda, que manifiestan desacuerdos públicamente.

E.- La noche en que fue llevado al hospital, el estado emocional de J.G. había empeorado. Todos los elementos se configuraron en una situación que requería, según su familia, una intervención médica, por eso lo llevaron al Hospital Maciel (que no está próximo a su domicilio; el dato merece ser tenido en cuenta, porque hay policlínicas y servicios barriales más próximos, pero es posible que la familia los haya considerado como no apropiados para *ESE* tipo de emergencia).

F.- Según el relato de la esposa de J.G. todo transcurrió entre pocos días; la noche del día 4 fue al hospital y el día 7 ya estaba procesado por la muerte del padre. El hecho no fue caracterizado como homicidio culposo, sino que J.G. fue declarado “inimputable por delirio agudo”, en lugar de ir a la cárcel fue internado en el Hospital Vilardebó, centro hospitalario de referencia para enfermos mentales. (Paradoja: los familiares habían evitado llevarlo a dicho Hospital, paradigma de institución manicomial)

En el Servicio de Emergencias la consigna o protocolo indicó esperar al médico especialista. Ante la espera del acto médico que demoraba en concretarse, la familia quiere retirarse, pero en el servicio le proponen derivarlo, o sea trasladarlo a otro servicio asistencial. Aquí se abre un nuevo conjunto de complejidades, institucionales y personales, subjetivas.⁴

Consideremos otros factores o componentes de la complejidad fáctica: retomando la escena del caso y según versiones, hubo un pase médico general e intento de traslado del paciente en ambulancia al Hospital Vilardebó pero eso no fue posible porque no se ubicó al chofer de la misma. El motivo de esa ausencia ¿tuvo vinculación con lo institucional o con lo personal? el hecho resultante es que la intervención cayó por ese imprevisto (o realidad no prevista en un esquema funcional).

Como señalábamos antes, un elemento que ya hemos observado (ver caso en Salto, 2009) es el

⁴ En nuestros antecedentes de investigación (Salto, 2009) ya habíamos observado recurrencia de efectos graves cuando intervienen sucesivos traslados de pacientes, de una institución a otra, cambiando responsables en cada ocasión y/o servicio. En el caso ocurrido en el 2014, el traslado propuesto como paliativo de una espera que se volvía insostenible, no llegó a concretarse.

riesgo específico que generan las derivaciones, circulación de pacientes entre espacios institucionales sin lograr respuestas.

-Es imprescindible aclarar que los propios médicos y demás integrantes del equipo de salud, por estar inmersos en la escena institucional de los hechos, no visualizan de forma inmediata un conjunto de factores que están interactuando y que nosotros vemos ahora destacados con cierta claridad por el hecho de estar *distanciados*; lo colocamos sobre la mesa como un objeto de análisis, “desnaturalizando” componentes y secuencias.

Por otra parte entendemos que en un hospital el paciente queda sometido a las reglas de la institucionalización, en primer lugar sometido al *triage* o clasificación.

Retomando nuevamente la vía de “etnografiar” y “densificar” al caso, hay otras secuencias a tener en cuenta:

G.- Consta un pase (escrito) al Hospital Vilardebó (centro de referencia para la salud mental).

H.- Habría sido expedido por un médico general; propone el pase para otro servicio, como un paliativo a una espera que se había vuelto insostenible.

I.- El traslado no pudo concretarse en la ambulancia, porque no se ubicó al chofer.

J.- Se retiraron igual, por sus propios medios, expresando intención de cumplir con lo indicado.

K.- En los hechos no fueron hacia el Hospital Vilardebó, tal vez no consideraron como una solución aceptable llevarlo a ese hospital, que el conocimiento popular asocia inequívocamente con la locura.

L.- El padre tomó la decisión de llevarlo de vuelta a la casa, pero su hijo, J. G. no había sido ni diagnosticado, ni medicado.

-Aquí hay que señalar un factor muy importante: el propio equipo médico actúa trabado en relaciones y jerarquías. Si una descompensación es a simple vista de origen “mental” la competencia es del especialista, del psiquiatra. El sistema no lo clasifica como emergencia médica, el *triage* define entonces quienes son los actores autorizados.

Dentro de lo ya secuenciado, la derivación al Hospital Vilardebó, aparece como una solución “natural” dentro de la *cultura institucional* del Servicio de Emergencias del Hospital Maciel, pero el gesto que pretendía lograr una solución institucional por otra vía, no fue atendido.

Por cierto, si la familia de J.G. hubiera pensado desde el principio que el problema estaba en la esfera de la locura, lo habrían llevado a Emergencias del Vilardebó, hospital bastante más próximo a su domicilio, pero con los elementos de juicio de los que disponía, visualizó de entrada un hospital que es referencia popular en términos de Medicina en general, es decir el Hospital Maciel. Y allá fueron, a pesar de la distancia a recorrer.

Aplica la cita que habíamos tomado de Bruno Latour, quien habla de las clasificaciones y la relación entre las personas y las instituciones. O sea hay todo un encadenamiento y una interrelación entre las clasificaciones, las personas, que siempre va a terminar en una reacción de parte de los sujetos, la relación nunca va a ser unívoca a pesar de rutinas y del orden que la institución quiera aplicar. Dicho de otro modo: siempre puede irrumpir un *acontecimiento*, algo inesperado que se escape del guión previsto. Y ese algo, en este caso, estuvo repartido entre valoraciones objetivas y subjetivas, posiciones de *la cultura popular* que vienen a cuestionar o a no plegarse a los protocolos institucionales, a la recomendación médica. Por otro lado tenemos la convicción del sistema asistencial de que su palabra, o que un papel que certifica un pase, representa un mandato que las personas cumplirán puntualmente. Dicha convicción forma parte de la *cultura institucional*.

Otros elementos

A la complejidad ya evocada debemos agregar que la derivación a otro Servicio significó una

innovación, sin llegar a verbalizar la importancia de esperar al especialista. El paciente y su familia se fueron por sus propios medios y aplicaron su lógica. Fuera de la institución, la voluntad de las personas gana espacio, interviene la subjetividad como factor constituyente que determina un encadenamiento fatal.

La institución al hacer el *triage* no consideró la urgencia de la perturbación mental, que requería atención inmediata. Entonces aquí paradójicamente estaríamos reclamando la intervención de un enfoque más pragmático, biologicista, que hubiera optado por sedar al paciente. Al colocar muy aparte “lo mental” (clasificación cultural si las hay), la institución no ve al paciente de una manera integral, factible de ser tratado primero como una urgencia médica, luego requiriendo un especialista. Seguimos aquí afirmaciones de un reconocido profesor de la Universidad Paris V, que reclama el primer lugar, para el médico generalista en una nueva cadena sanitaria, (ver Guy Vallencien, 2011, *Le médecin du XXI s.*)

El problema de J. G. tiene un desenlace fuera de la institución médica, un intercambio violento de palabras entre el padre y el hijo, quien debió haber ingresado en *posición de paciente* pero al volver a la casa retomó la *posición de hijo*.

Podemos especular sobre motivos de la discusión, el hecho es que derivó en un gesto: un pesado cenicero arrojado a la cabeza causó traumatismo fatal.

Hay un hecho de sangre que no es la culpa directa del hospital, pero se inicia en la trama complicada de falta de vínculo satisfactorio en el centro de atención. Elementos todos que nos llevaron a tratar este caso, procediendo a *etnografiarlo, densificarlo*.

Discusión

El caso nos demostró tener varios ángulos que van más allá de lo institucional-hospitalario.

Reafirmamos la convicción de que nuestro enfoque antropológico que procede a etnografiar y a densificar hechos ya juzgados (en este caso por las instituciones, por la Justicia), aporta elementos nuevos, o que no fueron visibles en una primera lectura fáctica: se confirmó la importancia estructurante de la *Palabra*, de la complejidad de las *Interacciones* y se amplió la densidad del propio hecho devenido *Acontecimiento*.

En cuanto a la accesibilidad de los servicios de salud en general y de las emergencias en particular podemos señalar que la lógica administrativa se impone sobre la necesidad de asistencia del paciente. Hablamos de las manifestaciones de una *cultura institucional*.

Existe por otro lado una carga de connotaciones y tramas culturales, afectivas, comportamentales de parte del usuario de salud que hace que se tomen determinadas acciones informadas por el contexto de pertenencia. Hablamos de la necesidad de considerar la *diversidad cultural* de unos y otros, incluso cuando no lleguen a identificarse como particularidades de tipo étnico.

Último momento, caso para estudio:

“Denuncia sobre asistencia sin personal médico. Hospital de Fray Bentos, Uruguay, el servicio de Clave 1, es decir para pacientes graves solo cuenta con un chofery no dispone de médicos, realidad que el año pasado derivó en la muerte de un paciente.” El País, martes 9 de julio 2019.

ANEXO

Estudio de caso en Salto, Uruguay: supuesta violencia contra los médicos

En este caso realizamos una misión a la ciudad de Salto donde habíamos agendado varias reuniones y habíamos pedido colaboración al Juzgado actuante (ver detalle en p. 3).

Grupo de Discusión del que participaron siete médicos vinculados al caso o en carácter de directivos de la Asociación Médica.

Entrevista con el hermano y la cuñada del médico muerto por herida de bala.

Entrevistas a vecinos y en comercios del entorno del viudo, donde se produjo la escena de sangre (11/01/09).

Se obtuvo en el Juzgado 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.

Consulta de declaraciones y medidas tomadas por médicos asociados; Declaración de Salto 14/01/09; Manual Frente Agresiones A profesionales de la Salud; Formulario de Denuncia, 11/02/09.

Trabajo de análisis, comparación, de todo el material, reuniones de discusión del equipo, revisión y búsqueda de bibliografía y marcos teóricos para interpretación

Presentación de resultados en sesión de la Academia Nacional de Medicina.

Datos del caso o etapas que componen el hecho/acontecimiento

1.- Proceso de hospitalización de la paciente, sin obtener diagnóstico.

2. Reclamos del marido, solicitando traslado a otro sanatorio

3.- Fallecimiento; negativa de médicos a firmar defunción

4.- Autopsia, velorio, entierro

5.- Duelo

6.- Periodo de transición de 28 días : en la Institución Médica no se registran acciones, mientras el viudo se activa en investigación personal, llama al Dr. Gaudín por explicaciones, reitera llamados, va añadiendo insultos

7. El Dr. Guadin, el día del festejo de su cumpleaños, en horas de la madrugada, decide ir al domicilio del viudo a “pedirle explicaciones”

8. Patea la puerta, llama. Desde el balcón y en la semi oscuridad el viudo dispara dos tiros que dijo intimidatorios, pero el Dr. Gaudin resultó herido. Muere horas después al ser trasladado del hospital a sanatorio para ser operado.

9. La comunidad médica local se movilizó denunciando violencia contra los médicos

10. La academia de Medicina nos encargó una pericia antropológica (ver publicaciones de referencia)

El caso contiene hechos que se producen en escenarios diferentes, cada uno de ellos con estatus y normas específicas:

Ámbito Institucional; Ámbito privado-civil; Ambito institucional-público

Espacio público: opinión pública, corporación médica, prensa.

Construcción de sentidos 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 en la calle, un espacio público, se lo asocia con una agresión contra los médicos como unidad. Un hecho que podríamos clasificar dentro de la crónica roja es introducido “naturalmente” adentro de la institución médica, sin reparar en dimensiones estructurales, determinantes en el caso.

Dicha construcción de sentido se basa 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).

Se reconoció un modelo: “Médico-ante-todo”

Según este modelo, como parte de las conclusiones antropológicas presentadas ante la Academia de Medicina, 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 propio Dr. Gaudín quien fuera de hora, fuera de lugar, reclamó ser recibido “como médico”, sin medición de riesgos para su 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 Foucault, Barrán, otros)

Debemos saber 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”.

Finalmente, ¿por qué venir desde otro paradigma científico a estudiar hechos del campo de la salud? La producción nacional e internacional me ahorran agregar tiempo a esta exposición: la antropología tiene su historia dentro de esta especialización y en particular el Programa de Antropología y Salud propone mantener y reforzar una línea de investigación y difusión de resultados que jerarquicen la mirada antropológica como Pericia Cultural, necesaria para captar irrupciones del orden cultural en procesos de atención de la salud, en instituciones médicas.

Referencias bibliográficas

Althabe Gérard, Daniel Fabre, Gérard Lenclud (sous la direction de), 1992. Vers une Ethnologie du Présent. Éditions de la Maison des Sciences de l’Homme, Paris.

Augé, Marc

- 2005, Simposio III, “Renovación, adaptación y transformaciones de la antropología. Homenaje a la obra de Gérard Althabe. Conferencias y Relatorías. 71-72. VI Reunión de Antropología del Mercosur, Montevideo 16, 17 y 18 de noviembre 2005.

- 2015- ¿Qué pasó con la confianza en el futuro? [2011, capítulo 3. Globalización, urbanización, comunicación, instantaneidad, 39-51. Éditions du Seuil]-Editorial Siglo XXI, Buenos Aires.

Bensa, Albán y Fassin, Eric, 2002. “Les sciences sociales face à l’événement”. Terrain, 38, 5-20. Citados en De la Calle Valverde, 2010.

Bourdieu, P. 2001. Science de la science et réflexivité. Editions Raisons D’Agir, Paris.

De la Calle Valverde, J. 2010. “Para una Teoría Social del Acontecimiento”. En: *Athenea Digital*, núm. 18; 65-81, julio 2010.

Elias, Norbert, 2002 (1ª. Ed. en alemán 1983). Compromiso y distanciamiento, Ed. Península, Bs. Aires.

Fassin, Didier y Rechtman, Richard, 2011. L’ empire du traumatisme. Ed. Champs Essais, Paris.

Hernández, Valeria, 2005. En: Simposio III, “Renovación, adaptación y transformaciones de la antropología. Homenaje a la obra de Gérard Althabe. Conferencias y Relatorías. 61-68. VI Reunión de Antropología del Mercosur, Montevideo 16, 17 y 18 de noviembre 2005.

Latour, B. 2005. Reensamblar lo social. Ed. Manatíal, Buenos Aires.

Rodriguez, Eloisa, 2014. La complejidad de las interacciones humanas como riesgo. 164-168. En: Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos,

Publicación del Programa de Antropología y Salud.FHCE, Sonia Romero Gorski (coord.),. Ed. Nordan Comunidad, Montevideo, 2014.

Romero Gorski, S.,

-2017- Revelaciones en Ateneo: efectos de relaciones dentro y fuera de un Servicio de Salud, 113-130. Revista Uruguaya de Antropología y Etnografía (versión digital, ScieloUruguay), Año II-Nº1. Enero-junio 2017.

-2013- Integración de paradigmas médicos, innovaciones en la atención de la salud. Proyección al siglo XXI. 197-209. En: Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay, Romero Gorski, S. Editora. FHCE- Nordan-Comunidad, Montevideo.

-2010- Descompensación y riesgo en sistema de atención. 153-164. En: Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay, Romero Gorski, S. Editora. FHCE- Nordan-Comunidad, Montevideo.

-2005- En: Simposio III, "Renovación, adaptación y transformaciones de la antropología. Homenaje a la obra de Gérard Althabe. Conferencias y Relatorías. 68-71. VI Reunión de Antropología del Mercosur, Montevideo 16, 17 y 18 de noviembre 2005.

-2003- Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Apuntes etnográficos de asistencia materno infantil. CSIC-UNiversidad de la República, Editorial Nordan-Comunidad, Montevideo.

Autores varios, 2004-2005- Dossier Medicinas y/o terapias alternativas en Uruguay-111-163. Anuario de Antropología Social y Cultural en Uruguay, Romero Gorski, S. Editora. FHCE- Nordan-Comunidad, Montevideo.

Autores varios, Dossier veinte años de estudios en antropología de la salud en Uruguay, 31-87. En: Cuadernos del CES, Centro de Estudios de la Salud, SMU, Montevideo, Diciembre 2009.

Boletín de la Academia Nacional de Medicina del Uruguay, Volumen XXVI, 2009. Romero, S. 46-51. Conclusiones del estudio antropológico puntual efectuado en el departamento de Salto (a pedido del grupo multidisciplinario de estudio de la violencia en la salud que integra la Academia Nacional de Medicina.

Sahlins, Marshall, 1988. Islas de Historia. La muerte del capitán Cook. Metáfora, antropología e historia. Editorial Gedisa, Barcelona.

Vallencien, Guy, 2011, Le médecin du XXIe siècle, 80-99. En: Le Débat, número 167, novembre-décembre 2011. Ed. Gallimard, Paris.

Vomero, Fabricio, 2014, La importancia de la palabra, 161-163. En: Dinámica cultural en la producción de salud y de riesgos. Publicación del Programa de Antropología y Salud.FHCE, Sonia Romero Gorski (coord.).

Libro de Conferencia y Relatorías-VI Reunión de Antropología del MERCOSUR. Identidad, Fragmentación y Diversidad- 16, 17 y 18 de noviembre 2005, Montevideo. Departamento de Antropología Social-Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República-Montevideo.