

EL CASO ESTUDIADO

Lic. Eloísa Rodríguez (antropóloga)
Lic. Virginia Rial (antropóloga)
Lic. Fabricio Vomero (psicólogo)
Dr. Jorge Spatakis (médico)
Dra. Sonia Romero Gorski (antropóloga)

Estudio de caso - Institución de salud, hechos de violencia, Salto, Uruguay. Mayo-Junio 2009.

Disparador del estudio: preocupación de la Academia de Medicina por sucesos violentos en Salto en los que resultó muerto un médico por disparos hechos por el viudo de una paciente fallecida 28 días antes, al ingreso en el sanatorio Uruguay⁽¹⁾.

Equipo

Lics. en Ciencias Antropológicas Eloísa 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: Sonia Romero Gorski, Dra. en Etnología, coordinadora del Programa de Antropología y Salud. Dpto. de Antropología Social Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Fuentes utilizadas para recoger 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;
- preparación de pautas para discusión y entrevistas;
- contactos y organización de jornada de trabajo en Salto;
- varias reuniones de preparación del equipo.

1 Ver: Romero Gorski, S. Violencia objetiva y violencia simbólica. Estudio de caso en Salto, Uruguay. Mayo 2009. En prensa, Academia Nacional de Medicina.

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

- Grupo de Discusión organizado en Salto, en el local de la Asociación, donde se atendió a la mujer fallecida (13/12/08); participaron siete médicos vinculados al caso o 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 (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 con anticipación y 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.

Ficha técnica

Ciudad de Salto: 123.120 habitantes, Instituto Nacional de Estadística 2004.

Asociación Médico Quirúrgica de Salto.

Existe desde 1956.

Cantidad actual de afiliados: 52.000.

Edificio de la Asociación tiene policlínicas, emergencias y administración.

Trabaja con sanatorios contratados para atención especializada, cirugía, CTI, otros: Sanatorio Salto; Sanatorio Uruguay; Sanatorio Panamericano.

Cronología de hechos sucedidos dentro de la institución médica (término genérico) Salto

Esfera de lo institucional-profesional

Inicio: 10 de diciembre 2008.

- **Miércoles:** Internación de una paciente, en la UTI del Sanatorio Panamericano.

- Manifestación de patologías varias que requirieron el concurso de diferentes especialistas.

- Pedido de traslado a otro servicio según diagnósticos; se pretende llevarla al Sanatorio Salto, especializado para pacientes psiquiátricos, hecho que luego no se concreta.

- El marido de la paciente protagoniza varios incidentes manifestando contrariedad y descontento por atención y tratamientos; el marido es el único acompañante o familiar presente.

- El marido de la paciente pide que el Dr. R. no intervenga y que sí se haga cargo el Dr. P. G., quien es de su confianza.

-Jueves: Ante insistencia del marido por sacar a su esposa de ese sanatorio, se da intervención a la abogada de la Asociación Médico Quirúrgica; luego se requiere la presencia del juez Massita, quien dice que no hay razón para sacarla, que “allí está bien atendida”.

- El marido de la paciente viene acompañado con su abogado.

-Viernes: No hay menciones a este día en el expediente ni en los testimonios que recogimos.

-Sábado: Se produce el traslado de la paciente con un alta firmada por médico responsable en el servicio del Sanatorio Panamericano, para ingresar en el Sanatorio Uruguay.

- Fallecimiento de la paciente (ese sábado) en la llegada al Sanatorio Uruguay: paro cardiorrespiratorio.

- Reanimación fallida.

- Ningún profesional se presta a la certificación formal del fallecimiento; el Dr. G. habría estado presente, consta que “dio los pésames y se retiró”.

- Se da intervención judicial para pedir pericia forense, se practica autopsia y el certificado lo expide el médico forense.

Fecha del fallecimiento: 13 de diciembre 2008.

Observaciones:

A. En toda la secuencia de cuatro días referida hay varios traslados programados, reclamados, y dos efectivos; intervienen nueve médicos además de otro profesional en Montevideo a quien se le hace una consulta telefónica, más una abogada y el juez por requerimiento de la institución.

B. Según relatos de médicos: el marido de la paciente decía traer un arma dentro de un bolsito que dejaba en la recepción. No hay ninguna acción específica con respecto a esto de parte de la institución, como ser comprobar la existencia real de armas y tomar medidas.

C. Interviene un abogado por requerimiento del marido de la paciente, tampoco se le dice nada al aboga-

do con respecto al ingreso de arma al sanatorio. No está claro qué gestiones realizó el abogado, si su intervención, por ejemplo, hizo posible el “desbloqueo” del traslado que antes había sido denegado.

D. En el expediente judicial (generado por la muerte del Dr. G.) no figura de forma expresa la causa de muerte de la paciente.

E. El fallecimiento de la mujer ocurre dentro de la institución médica pero no se proporciona el acta de defunción.

F. La falta de certificación y la necesidad de una autopsia plantean por lo menos a nivel simbólico que esa muerte no concluye dentro de la normalidad de los trámites formales. Hecho que en cualquier circunstancia habilita irritación, dudas, sentimientos negativos que se superponen a un duelo.

Cronología de los hechos fuera de la institución médica

Esfera de lo privado

- Hay un llamado del viudo al celular del Dr. G. pidiéndole un encuentro, que nunca se produce. El viudo requiere una explicación, ya que no tiene una versión clara sobre la muerte de su esposa. El tono del mensaje es normal, respetuoso.
- Luego se suceden llamadas y varios mensajes que quedan en el teléfono del Dr. G., con evidencia de enojo, subida de tono, insultos, pero no hay formulación de amenazas directas de muerte.
- El Dr. G. no respondía a estos mensajes, pero comunicó la situación a la abogada de la institución médica.
- Comentó con familiares que se haría una denuncia cuando concluyera la Feria judicial y él mismo retornara de sus vacaciones, que comenzaban en esos días de enero.
- Sábado 10 de enero, el Dr. G. 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 el hermano y la cuñada del Dr. G., quienes se retiraron de la fiesta cerca de las **3 a.m.** del domingo.
- **Alrededor de las 5 a.m.** del domingo el Dr. G., en el marco del mismo festejo, expresó su deseo de ir en ese momento a ver, a explicarse, con el viudo. Tratan de disuadirlo su tío y su compañera, pero no pueden

detenerlo y deciden acompañarlo. Ella maneja el coche; el Dr. G. estaba alcoholizado, así como su tío.

- G. toca 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 a G.; él mismo después de disparar llama por teléfono a la Policía.
- La compañera de G. llama al hermano de éste a las **6.20 a.m.**; la Policía y luego una ambulancia llegan al lugar del hecho.
- **A las 6.40 a.m.** el autor de los disparos ya está detenido.

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, tienen que trasladarlo a otro sanatorio donde hay block quirúrgico.

Fallece a las 7.50 a.m. aproximadamente el domingo 11/01/09

Reordenamiento de datos

Grupo de la institución médica//
dos sanatorios.

Médicos, nueve más otro profesional que interviene telefónicamente, por pedido de consejo

Total diez médicos, más una abogada, más el juez, más intervención judicial

Total: 12/13 actores.

Grupo de la paciente//

Marido

Abogado

Total tres actores: un paciente, más un familiar, más un abogado

-Acciones en vida de la paciente del 10 al 13 de diciembre 2008.

-Luego del fallecimiento de la paciente: autopsia, entierro, duelo.

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

La institución médica: no se registran acciones

El viudo: llama al Dr. G. por explicaciones, reitera llamados, va añadiendo insultos.

-Encadenamiento y contrastación de acciones: 10 al 11 de enero 2009.

G. sale de una fiesta, todavía no se acostó, llega acompañado // el viudo solo en su casa ya estaba levantado

Hecho inusual: llegada en horas de la madrugada del Dr. G. a un domicilio sin aviso previo.

Observación: G. rompe reglas sociales establecidas o de sentido común, no devuelve llamados telefónicos pero sí se presenta en una hora inhóspita en el domicilio del viudo, llega con compañía (¿testigos? defensa? ¿Demostración de apoyo o vínculos sociales?)

Situación que 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 como se dice técnicamente “transitando un duelo”.

Vamos a cerrar esta parte con una cita (La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales, 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.

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 (especializaciones 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 socioeconómicos, 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 ejercicio de adivinación, ni consultando oráculos u otra operación esotérica. Proponemos sí una mirada sobre lo real, lo simbólico y lo imaginario porque las conductas humanas operan dentro de una diversidad de planos y según lógicas subyacentes además de 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 conscientes, usando sentido común o conocimientos científicos, a la vez que se disparan (de forma incesante) mecanismos inconscientes, interpretaciones, asociaciones, donde se mezclan valores socialmente establecidos junto con recuerdos o valores 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, que podemos observar y clasificar.

Síntesis y conclusiones

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

A. **Ámbito institucional.** Actores: comunidad médica + Poder Judicial.

Fallecimiento de una paciente dentro de (a cargo de) una institución médica. Causa no certificada; se ordena autopsia (procedimiento “agresivo” sobre un cuerpo).

B. **Ámbito privado-civil.** Actores: dos hombres, dos circunstancias personales enfrentadas.

Un hombre 1 (médico) es herido gravemente de bala en la calle, debajo del balcón de la casa de la fallecida y por mano de un hombre 2 (viudo). El hombre 1 había venido en horas de la madrugada a tener una explicación con el hombre 2.

C. Ambito institucional. Actores: Policía + comunidad médica.

El hombre 1 herido, llevado a emergencias de la institución médica. Luego trasladado para ser intervenido en otro sanatorio, fallece.

D. Ámbito público. Actores: opinión pública, corporación médica, prensa.

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. Un hecho que podríamos clasificar dentro de la crónica roja es introducido “naturalmente” adentro de la institución médica, sin reparar en otras dimensiones 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).

El modelo médico-ante-todo

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 autopercepción o creencia arraigada en la comunidad médica resultó fatal para G. quien alcoholizado, fuera de hora, fuera de lugar, pidió ser recibido “como médico”, sin medición de riesgo para su persona (¿quizá porque el profesional la cubría?).

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 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 afuera 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, tendremos entidades de naturaleza diferente: a *los médicos* por un lado y por otro lado

a *la gente* (usuarios, pacientes, familiares).

Como toda construcción de sentido o proceso de semantización, la duración del modelo 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 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, la producción nacional e internacional me ahorran agregar tiempo a esta exposición: la antropología tiene su historia dentro de esta especialización.

Aunque en el plano más del compromiso con nuestra sociedad y nuestro tiempo, diría que es imperativo, casi cuestión de vida o muer-

te 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 (hay una construcción sobre *enemigos de los médicos*), nosotros postulamos que es más importante concentrar esfuerzos en la autorreflexividad, en un proceso de evaluación crítica para desprenderse de una construcción cultural sobre la profesión que no ha permitido hasta ahora un cuestionamiento del modelo médico hegemónico, una transformación cualitativa de la situación de *subalternidad* de la población frente a la institución médica. Pero profesiones e instituciones, como productos culturales, son contingentes, transformables; en esa tarea pueden contar con mucha adhesión, mucha colaboración, entre otras, nuestro compromiso.