



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: Sonia 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

Sonia 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 Terapéutica 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-socio-culturales. (...) 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

155

- 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.

Ficha técnica de la ciudad

Ciudad de Salto: 123.120 habitantes, INE 2004.

Asociación Médico Quirúrgica de Salto

Existe desde 1956

Cantidad actual de afiliados: 52.000

El edificio de la Asociación Médico Quirúrgica tiene Policlínicas, Emergencias y Administración. Terceriza o contrata servicios para atención especializada, Cirugía, CTI y otros, en Sanatorio Salto, Sanatorio Uruguay y Sanatorio Panamericano.

1. Cronología de los hechos

1.1. 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 (o Sanatorio) según diagnósticos; se pretendió 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 la atención y/o tratamientos; el marido es el único acompañante⁴ o familiar presente.

- El marido de la paciente pide que se haga cargo el Dr. G. quien es de su confianza.

No obstante son varios los profesionales (médicos de la asociación Médico Quirúrgica) que deben intervenir según horarios, cambios de guardia, evolución de la situación.

- **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 de Turno, 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 ni en el expediente judicial ni en los testimonios orales que recogimos.

- **Sábado;** Se produce el traslado de la paciente, con un alta firmada por médico responsable ese día en el servicio del sanatorio Panamericano, para ingresar en el Sanatorio Uruguay (servicio tercerizado).

- Fallecimiento de la paciente (ese sábado) en el mismo momento de la llegada al sanatorio Uruguay, no llegó a ocupar la cama que tenía reservada. La causa mencionada: paro cardio respiratorio.

- Reanimación fallida

- Ningún profesional se presta a firmar la certificación formal del fallecimiento.

Es decir que técnicamente la situación es “**muerte clínica sin certificado de defunción que declare su causa**”, muerte ocurrida dentro de una institución médica.

4. Surge posteriormente el dato que habría tenido un servicio de acompañante contratada.

- Ante esta situación la institución pide intervención judicial para realizar una pericia forense, en otras palabras se practica la autopsia⁵ y el certificado de defunción lo expide el médico forense.

Fecha certificada del fallecimiento: 13 de diciembre 2008.

1.2. Observaciones

A.- En toda la secuencia de 4 días referida hay varios traslados programados, reclamados, y uno efectivo; intervienen 9 médicos además de otro profesional de 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 pudo haber sido comprobar la existencia real de armas y tomar medidas.

B.- Interviene un abogado por requerimiento del marido de la paciente, tampoco se le dice nada al abogado con respecto al ingreso de su cliente con armas al sanatorio. No está claro qué gestiones realizó el abogado, si su intervención, por ejemplo, hizo posible el “desbloqueo” del traslado de la paciente que antes había sido denegado.

C.- En el expediente judicial (generado por la muerte del médico) no figura de forma expresa la causa de muerte de la paciente.

D.- El fallecimiento de la mujer ocurre dentro de la Institución médica pero no se proporciona el acta de defunción. En otras palabras, ningún médico asumió el gesto necesario para certificar la muerte y dar cabida al ritual del funeral.

E.- La falta de certificación y la necesidad de una autopsia plantean (por lo menos a nivel de percepción no médica) 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.

157

2. Cronología de hechos, 28 días después del fallecimiento de la paciente

2.1. Esfera de lo privado

- Según consta en el expediente judicial hay registro de varias llamadas del viudo en el celular del médico (luego muerto) 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 primer mensaje es normal, respetuoso.
- Luego se suceden varios mensajes con evidencia de enojo creciente por falta de respuesta, sube el tono, hay insultos pero no formulación de amenazas directas de

5. La autopsia habría sido necesaria - desde el punto de vista de los médicos y de la institución – no porque se tuvieran dudas sobre la causa del fallecimiento sino como medida defensiva ante una posible demanda judicial por mala praxis por parte del viudo, ya que se habían registrado sucesivos incidentes, manifestaciones de disconformidad que había producido durante la internación de su esposa. “... percibieron que podía haber una demanda, ...era lógico pensar que con este tipo de familiar, lo más probable era que terminara en una demanda...”. Parte de grabación del grupo de discusión realizado con médicos, algunos intervinieron en el caso, Salto en la Asociación Médico Quirúrgica el 12 de Mayo 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.

158

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”.

159

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 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 viudo⁶, 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.

160 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 previsible, 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?).

162 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, auto-reflexivo 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.

163

Bibliografía

- ABDALA FILHO, Elias, 2004l. Violencia em saúde: quando o médico é o vulnerável. 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 Psiquiatría 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 approche 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. *Presentación del Rapport sur la Santé dans le Monde: Pour un système de santé plus performant*. OMS 2000. Cours RSS de Recherche en Systèmes de Santé, Bruxelles, juillet 2001.
- FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR Y SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY. 2009. *Declaración de Salto. Agresiones al Personal de Salud. Jornada de Reflexión sobre la Violencia ejercida 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 Sonia.:
 _____ 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 Antropología 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 usuarios y prestadores de servicios de salud*. SMU, Montevideo, mayo 2001.

Parte II

Contexto socio cultural y familiar como factores insoslayables

Lic. Eloisa 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 posea.

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 requiriendo: nombre, edad, ocupación, estado civil, si tiene hijos o no¹. 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.

con el modelo familiar tácito que se espera, provocando muchas veces determinadas presiones sociales para poder integrar al individuo dentro del modelo.

Más allá de la valoración de la familia como instrumento de cohesión y de reproducción de pautas culturales que hacen a la sociedad, también hay que tener en cuenta que hoy en día no siempre se presenta como espacio de protección, es decir que la casa y la familia son elementos a tener en cuenta sin idealización incondicional; basta con observar el aumento de los índices de violencia doméstica existentes.

A partir de los datos que se obtuvieron del estudio del 'caso de Salto' se puede formular un análisis socio cultural donde se observa en las dos figuras mencionadas dos tendencias o estilos de vida contrapuestas, siendo una de las particularidades anotadas con respecto al agresor, es que tenía un único vínculo familiar y lo perdió (en circunstancias que no comprende), hecho que desencadena toda o gran parte de la tragedia.

La figura del agresor se representa en la tendencia Aislado con las siguientes características:

- constitución de un universo propio, cerrado, con pocos vínculos estables
- falta de contención, libertad de creer o pensar, sin nadie que lo contraríe
- evita el control, rechaza la autoridad
- incapacidad de negociación
- carente de influencia, de eficacia
- situado en la periferia de la sociedad dominante

La figura del médico se representa en la tendencia Integrado con las siguientes características:

- afirmación colectiva (familia, amigos)
- individualista, iniciativa personal
- emprendedor activo
- a favor de la espontaneidad, libre negociación
- rechazo jerárquico
- situado dentro de la sociedad dominante²

Según la antropóloga Mary Douglas³ tanto la figura del Aislado como el Integrado son dos tendencias completamente opuestas, tal es así que cualquier postura aprobada en uno de estos dos será automáticamente cuestionada por el otro. Son dos estilos de vida que se basan en principios de organización incompatibles entre sí.

La cuestión de la alteridad es central para la Antropología Social, el antropólogo debe identificar a los otros e interrogarse sobre la manera en que ellos conciben su relación con otros, cercanos y lejanos. Si cambia este contexto, si hay una dificultad para establecer y pensar relaciones, lo que a veces se llama crisis, deriva de un desarreglo en el hecho de saber cuál es la relación con lo real cuando las condiciones de simbolización cambian, es decir, las condiciones de lo colectivamente representado, en este caso el hecho que el médico se presente a la casa del viudo en horas de la madrugada sumado a esto la desconfianza o el escepticismo con que el agresor había enfrentado la muerte de su esposa, hace que los hechos se precipiten trágicamente.

2. Según cuadros de Mapa cultural, elaborado por M. Douglas, en Romero, S. " Modelos culturales y sistemas de atención de la salud", 29-45. En: Portillo, J. - Rodríguez, J. Las otras medicinas. Ed. Instituto Goethe, Montevideo, 2006.

3. Mary Douglas, M. 1998. Estilos de Pensar. Ed. Gedisa, Barcelona.

El individuo Aislado puede creer que el encierro lo conforta y lo protege pero esta situación crea un marco de un presente perpetuo siempre amenazado. Si la relación identidad-alteridad se ve afectada, tanto por los efectos de disolución o de repliegue, la relación con el mundo se petrifica y así se crea las condiciones de soledad y puede engendrar otro tan ficticio como la imagen que se hizo de sí mismo.

Por tanto, cuando se produce un déficit simbólico, un debilitamiento en las mediaciones, es decir, cuando se produce una interrupción o una aminoración de la relación identidad-alteridad pueden aparecer signos de violencia.

Parte III

La enfermedad y descompensaciones socio psicológicas en la vida de las personas

Lic. Psi. Fabricio Vomero

El episodio de referencia (ver parte I), por demás complejo, revela la profunda alteración que causa la enfermedad en la vida de las personas. En primer término en lo que tiene que ver con el enfermo mismo, y en segundo término en relación a los familiares, para quienes la vida queda perturbada, momentánea o definitivamente. Esta radical transformación, implica en alguna medida una *ruptura de la cotidianeidad, un quiebre de la sucesiva serie de los acontecimientos sociales de una persona*, donde se rompe la programación de roles, se ven afectadas la esfera de lo económico⁴ y de las decisiones personales. Se altera el ritmo de los acontecimientos en los lugares donde se toma conciencia del sí mismo, hecho que constituye una verdadera “mutilación del yo” en términos de E. Goffman⁵. Incluso puede suceder una suerte de retracción social, por ejemplo en la rutina del sueño, de la alimentación, sumado a una condición de *desestabilización emocional*, donde pueden apreciarse estados de angustia, incertidumbre, inseguridad, dolor, estado que la propia enfermedad genera, y que se vive además dentro de instituciones.

169

La enfermedad debe ser comprendida, en estos términos, como un acto que produce *profundas consecuencias sociopsicológicas* en el universo relacional y subjetivo. El proceso de enfermedad y su resolución terapéutica implica en primer lugar una verdadera *desposesión del cuerpo* por parte del propio enfermo, pero también parcialmente de las personas que lo rodean. Las decisiones más fundamentales de la vida del enfermo, pasan a ser *tuteladas* por un conjunto de personas e instituciones con las cuales el enfermo interactúa, pero que estrictamente, o al menos no en todos los casos, no puede elegir, o en caso de que sí pudiera siempre esa posibilidad es limitada, nunca total.

El primer momento entonces es claramente de un *desplazamiento de poder*, hacia la figura del médico y de la institución, cuestión central que deja a los actores que la vivencian, en un estado de *desposesión efectiva sobre su vida y sus decisiones*. Esta desposesión implica que se puedan tomar decisiones sobre el cuerpo de los enfermos, y a la vez prohibir otros por parte de los familiares, quienes vivencian muchas veces tal estado, según notables expresiones populares, como de “estar en manos del médico” o estar literalmente “entregado”.

4. En términos muy amplios la enfermedad siempre en alguna medida altera la vida económica de un enfermo y su entorno, pues quedan suspendidas actividades, jornadas laborales, sumado también a que todo proceso de enfermedad produce gastos de diverso tipo, como invertir energía en cuestiones administrativas, desplazamientos, obtención de fármacos, etc, todo lo cual puede resultar inesperado o excesivo.

5. E. Goffman insiste también en que el propio proceso de *internación* genera tres problemas al enfermo: *la rotura de la intimidad personal*, la afectación *de la autonomía en la economía de los actos personales* y la pérdida de *la administración de uno mismo*. Ver: *Internados*. (1971) Buenos Aires. Amorrortu.

Tanto paciente como familiares quedan en un lugar muy pasivo, al paciente se le establece toda la rutina general, la comida, los horarios, las visitas, los medicamentos, quedando él y su entorno, en muchos casos, fuera del ámbito de decisión de todo ese conjunto de fenómenos. El estado de tal proceso implica, una gran vulnerabilidad en el paciente y su círculo próximo, pero fundamentalmente es posible que en los familiares puedan emerger, por el propio estado emocional, aspectos afectivos y manifestaciones conductuales que nunca emergerían en un estado digamos de “normalidad”.

En el caso analizado (ver Parte I) tenemos a un hombre que mata a un médico, estando el primero en un claro momento de *duelo*, que se agrega además a un proceso de *desestabilización* producido por la enfermedad, a la internación, y a la notoria frustración resultante del fracaso de las diversas tentativas de “curar” a su esposa. La crónica de los sucesos posteriores a la muerte de la enferma, tal como pudimos reconstruirlos, sólo contribuyeron a agravar el cuadro desestabilizado del viudo.

De alguna forma, la cura quedó *abierta* desde el punto de vista simbólico en tanto faltaron operaciones que *sellaran simbólicamente* el episodio médico.

En todos los diversos pasos que se fueron sucediendo faltaron sistemáticamente las explicaciones razonables que se solicitaban y el único médico en el que el viudo confiaba no firmó el certificado de defunción, dejando la muerte (para el viudo), dentro de una gran incógnita.

Según los testimonios que recogimos de algunos médicos, notoriamente el matador era considerado por ellos como un individuo *perturbado*, *patológico*⁶, y calificado como alguien *psiquiátrico*, denominación que podemos interpretar como *descalificadora*⁷, o de pérdida de razonabilidad, porque una vez que alguien es catalogado de esa forma, el crimen entra en la *lógica psiquiátrica*, causalizándose individualmente, como la consecuencia de la conducta de un individuo trastornado, quedando relegadas otras lecturas, otras causas razonables o al menos esa *psiquiatrización del móvil y del criminal* subordina los acontecimientos a esa explicación⁸.

La pericia psiquiátrica realizada el día 12 de enero de 2009⁹, a pesar de no representar un estudio profundo ni complejo del psiquismo del homicida, siendo solamente apenas unas pequeñas referencias acerca del estado mental actual del imputado, y construido a efectos de declarar su estado de responsabilidad en el crimen cometido, no confirmaría las suposiciones de los médicos entrevistados.

Allí se establece que el culpable de los disparos mortales es jubilado, procede de Salto, es viudo y no tiene hijos. Su escolaridad es incompleta. El examen psiquiátrico dice que al momento de realizado el mismo, el preso se encuentra lúcido, orientado en el tiempo y en el espacio, su memoria inmediata es normal así como también su memoria reciente. Su inteligencia es normal y como elementos clínicos se destaca su edad, 67 años, y se dice que mucho tiempo trabajó como guardia de seguridad, que no

6. Según establecieron algunos de los médicos que tuvieron que ver en el caso y se entrevistaron con nosotros en el local de la mutualista salteña.

7. La descalificación total del diagnóstico psiquiátrico sobre las personas es algo extensamente estudiado. Ver por ejemplo: Thomas Szasz, para quién el calificativo psiquiátrico le proporciona al paciente una verdadera *identidad deficiente*, *ilegitimando* para el que lo sufre sus *aspiraciones sociales* y en definitiva se constituye en un proceso que *degrada al paciente*. (1970, 2000) *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires, 2000, Ed. Amorrortu.

8. Ver para profundizar el problema de la naturaleza de las pericias psiquiátricas y la cuestión de la función de la psiquiatría en general, Michel Foucault (2000). *Los anormales*. FCE. Buenos Aires.

9. La pericia se le realiza en el departamento de Paysandú, por técnicos de esa ciudad, debido especialmente a que los profesionales que podrían realizársela en Salto, son psiquiatras que están involucrados con la atención de su fallecida esposa y los que el preso reclama. Foja 36, Expediente judicial, 2009.

presenta *antecedentes psiquiátricos*, pero sí presenta ideas *sobrevaloradas* con respecto a las circunstancias de la muerte de su esposa. También el perito lo encuentra algo *reivindicativo* y cursando además un *duelo* del que no se especifican muchos detalles ni características.

Diagnostica en definitiva que no estaríamos ante un enfermo mental, que el periciado actuó con voluntad y con conciencia en el momento que efectuó disparos mortales y que por lo tanto es *responsable* de las consecuencias de sus actos. No necesita igualmente estar cuidado por terceros, pero *debe tener seguimiento psiquiátrico* por angustia y duelo, luego firma el breve documento el psiquiatra responsable.¹⁰

El individuo entonces se encuentra en el momento de matar al médico, en un duelo importante y según insiste él mismo en sus declaraciones retomadas en el expediente, *completamente solo en el mundo*. El momento de duelo, en términos muy generales es un tiempo subjetivamente muy complejo, es un momento de quiebre de las defensas psicológicas y sociales, en el que Freud, establecía que: “...*el mundo se ha hecho pobre y vacío*.”¹¹ El sujeto está solo y no encuentra en los otros la respuesta a la comunicación que pide, y tampoco que le respondan de acuerdo a la normativa “esperable” para *suturar simbólicamente* el episodio de la enfermedad y de la muerte de su esposa. Necesita saber y que le respondan, y no encuentra ni una cosa, ni la otra. Y para agravar la situación la irrupción del médico en su casa y en la madrugada, termina de dar vuelta el *marco normativo* (cuestión ya indicada, ver Romero, S. Parte I), afectando el orden de los acontecimientos y al final, se desencadena el acto violento.

El estado mental en el que transcurrió los días el Sr. S., durante la enfermedad de la esposa era relativamente conocido por la institución donde ella estaba internada, sabían de su probable agresividad¹², a pesar de lo cual se procede en forma totalmente contraria a las recomendaciones de los psicólogos especializados en temas médicos, que insisten que ante situaciones extremas y difíciles siempre hagan intervenir en las decisiones a los familiares muy directos (en este caso único) de los enfermos, y se los acompañe durante el proceso de enfermedad permitiéndole a éste, o éstos, poder procesar simbólicamente la situación de la mejor manera.

Sabemos que la auto o hetero culpabilidad es un momento particular de todo proceso de duelo. Existe el momento en que el familiar se puede culpar a sí mismo, pero también en el que culpa a otros, situaciones muchas veces experimentadas y vivenciadas como episodios de violencia, agravadas en el caso en cuestión debido a la imposibilidad de sostener una relación social aceptable con el único médico que era de confianza para el viudo. El odio es por cierto, un afecto bien particular y primario. Freud afirmaba que el Yo odia, aborrece y persigue objetos, a los que busca destruir, cuando le causan displacer y lo amenazan: “*Los modelos de la relación de odio no*

10. En la pericia igualmente no se caracteriza el duelo en su tiempo y su forma, más bien se lo considera en su generalidad. Si existen elementos que complejizan el propio duelo, como la edad del Sr. S., el largo período de la enfermedad de su esposa, el estado de soledad. La extrema agresividad, amargura o enojo y la desconfianza, son característicos de la figura psiquiátrica de *duelo complicado*. Del 15 al 16 de marzo de 2009 el preso estuvo internado en el Servicio de Psiquiatría de hombres como consecuencia de un intento de autoeliminación.

11. (Freud, S. (1917(1996). *Duelo y Melancolía*. Tomo XIV. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.

12. Debe señalarse que en el expediente se pueden encontrar testimonios que indican que el personal que atendía a la señora fallecida afirmaba que el Sr. S. visitaba armado a su esposa en la mutualista durante la internación, dejando un supuesto revólver envuelto en una bolsa en la entrada. Revólver que es justo decirlo, nadie vio nunca. Este dato también fue confirmado en la entrevista grupal que realizamos con los médicos en la ciudad de Salto. También la *agresividad* del Sr. S. era conocida por sus vecinos, uno de los cuales fue entrevistado por nuestro equipo en su propia casa próxima a la del homicida, quien afirmó que apenas unos días antes del asesinato, había protagonizado el propio S. un incidente grave, cuando atacó armado a un empleado de un comercio cercano.

proviene de la vida sexual, sino de la lucha del yo por conservarse y afirmarse.” (Freud, S. (1915(1996):132)¹³.

El odio ubica al otro como un enemigo, al que en un momento extremo puede llegar a *dársele muerte*; dos elementos fundamentales que deben entonces ser señalados; primero, que no se odia a cualquiera y segundo que el sujeto odiado funciona como alguien fundamental en la economía subjetiva del individuo que odia¹⁴.

El médico muerto es quien no firma el acta de defunción, es el que se vuelve inubicable, no considerando que la relación médico-paciente no concluye si hay un familiar en espera de explicaciones. La actitud del médico (muerto) se produce desconociendo el hecho profundamente estudiado en el ámbito de la psicología médica de que el mantenimiento de una buena relación médico paciente, desactiva las respuestas querellantes o cuestionadoras de los enfermos y familiares.

Este caso revela dramáticamente este punto porque incluso, la propia acusación por parte del luego homicida resulta difícil de ser procesada por los médicos, así como también todo el proceso que devino tras la muerte de este médico, cuestión que queda patentizada por el enorme movimiento de los médicos por intentar comprender lo sucedido, en el que incluso se enmarca nuestro trabajo. *“Generalmente, los médicos no estiman que la enfermedad pueda ser objeto de acusación y, para algunos, esta perspectiva puede ser desagradable. Pero como nuestro enfoque no es médico, sino antropológico, ésta es la esfera más promisorio para comparar las construcciones rivales del terapeuta.”* (M. Douglas (1998:52)

En este caso el acto homicida surge como una respuesta, no como un acto deliberado y racionalmente buscado por el matador, aunque fue una acción que en psicoanálisis se conoce como *acting out*, producida a partir de una irrupción “fuera de lugar”.

172 Un *acting out* es una acción generalmente agresiva y también aislable dentro de las actividades más o menos normales en la vida de una persona. Evidentemente la comprensión de este suceso sólo puede ser parcial, debido al hecho que tampoco nos proponemos evaluarlo en la economía subjetiva del matador, cuestión por demás compleja y que requeriría un trabajo de otro carácter.

En resumen quisimos mostrar, en un caso extremo, cómo la enfermedad puede perturbar radicalmente la vida de las personas, tanto de enfermos como de familiares, temporal o duraderamente, pero insistiendo que también es factor alterador de la vida de los agentes que se encargan de resolverla, en niveles todavía por analizarse.

Los procesos de enfermedad y curación, con sus múltiples determinaciones, sociales y psicológicas, son vividos en la actualidad en contextos institucionales muy complejos lo que provoca que se produzcan relaciones sociales conflictivas.

13. *Pulsiones y destinos de pulsión*. Tomo XIV. Obras Completas. Amorrortu. Buenos Aires.

14. Tanto J. Lacan (1999. *Seminario número 5, Las formaciones del inconciente*. Paidós. Buenos Aires) como J. Derrida (2000. *Dar la muerte*. Paidós. Barcelona.) insistirán en la compleja relación de *identificación* que se produce con ese otro al que se odia y habría que destruir, que queda patentizada en la unión perpetua entre matador y muerto.

Parte IV

Complemento para el debate: la violencia vista desde la profesión médica

*Dr. Jorge Spatakis**

Del análisis de casos de violencia registrados en el ámbito de la salud, parece desprenderse una constatación: muchos casos se vinculan con una necesidad insatisfecha, una demanda incumplida:

- de atención de salud (en cuanto a lo meramente técnico).
- demanda de atención en cuanto contacto humano o vínculo comunicativo.
- de manejo práctico de tiempo y espacio (las demoras, los traslados, la plurilateralidad).
- de comunicación en cuanto a su realización en el espacio social, como en una institución, etc.

La insatisfacción parecería surgir de una discrepancia en los planos de expresión entre: el paciente que solicita / el médico que provee.

¿Cuáles son esas necesidades de solicitud (expresa o no) del paciente que no son provistas por el médico y que, al ocurrir tal contingencia, generan tensión al grado de desencadenar violencia?

173

La Institución y la Actitud del profesional médico¹⁵

El marco institucional es más que un rótulo. Es un límite, una especie de barrera que circunscribe y delimita el espacio en el cual se desenvuelve la acción producida en la relación médico-paciente. El médico aquí no es el médico-hombre, la persona con título académico, sino el médico-funcionario de la institución, a su vez un subproducto del médico-técnico profesional, que es “médico ante todo”. Esto quiere decir que es el saber académico impuesto al desempeño de la actividad médica el que prevalece (o prevalecería) ante otras situaciones de carácter más cercano o personal.

El paciente, a su vez, cuando se incorpora como tal al marco asistencial de una institución, pierde gran cantidad de los atributos que caracterizan su individualidad hu-mana en tanto rasgos personales, y se reviste casi exclusivamente de aquellos que son necesarios para la labor médica centrada en los estereotipos nosológicos y sus variedades.

De esta manera se establece una complementariedad doblemente perversa y doblemente irreal: (1) un paciente que busca un médico humano en su carácter y técnicamente competente y (2) un médico que, ceñido por las limitaciones que el marco institucional le fija y por las estructuras de razonamiento adquiridas durante su adiestramiento

15. Modelo propuesto por Sonia Romero, ver Parte I en este dossier.

curricular, está dispuesto a asistir sólo a aquellos sectores u órganos del paciente que considera abarcables por el foco de su visión académica y asistencial.

Símbolos de la atención de la salud

No se ha descubierto nada extraño cuando se ha afirmado que la salud es un equilibrio dinámico, un estado más o menos modificable dentro de ciertos parámetros que incluyen el bienestar corporal, mental, psíquico, extendiéndose a los ámbitos en los cuales el ser humano se desenvuelve. Quien restaura el equilibrio cuando éste se pierde, o evita que esto ocurra, es principalmente el médico. La dupla médico-paciente representa la función del médico como proveedor de un servicio de salud a su solicitante que lo convoca en tanto técnico autorizado y capacitado para encargarse de que ello ocurra. Recordemos, de paso, que la palabra *terapéutica*, o *terapia* derivan del vocablo griego *therapeuo*, que significa cuidar, proveer, suministrar, tener cuidado de, (en latín, *curare*).

Ese buen cuidado, ese suministro, ese servicio, es símbolo de atención de salud.

Un símbolo es un signo especialmente complejo; remite a la noción clásica de origen griego en que un *symbolon* es un sello partido en dos, y necesita de las dos mitades, perfectamente coaptadas, para que se reproduzca la imagen representada.

De igual modo es de la perfecta coaptación de las dos mitades de la dupla médico-paciente que surge la significación social de la atención de salud con su valor convencionalmente atribuido.

Por lo expuesto anteriormente va de suyo que tal coaptación no ocurre. Quedan espacios en blanco, significantes vacíos en los que se vierte la necesidad insatisfecha en forma de dolor, de inestabilidad, de rechazo, o de violencia. Sus causas y mecanismos remiten al concurso de la Psicología y exceden el rol del Antropólogo, pero subrayemos que la acción de la dupla médico-paciente debería, convencionalmente, significar “atención de salud”.

174

“Pero, ¿de qué salud se trata?(...) Por un lado, la nebulosa original de la salud no se reduce a las dimensiones de lo corporal y de lo médico: comprende aspectos jurídicos, morales, intelectuales, tecnológicos, que el reduccionismo sanitario tiende a escamotear.

Por otra parte, cada uno de los términos latinos [que significan “salud”] parece tomado en las tensiones que son precisamente las que hoy atraviesan al dominio de la salud: para salus, entre lo físico y lo cívico, entre el bien y el derecho; para sanitas, entre lo patológico y la norma, entre la racionalidad y el valor; y finalmente, para salubritas, entre lo individual y lo colectivo, entre lo técnico y lo político.(...)”¹⁶

Existe una vasta producción etnográfica que nos permite reconocer que las diferentes culturas no sólo definen, sino también experimentan la “enfermedad” de modos diferentes, aún pudiendo rotularse las afecciones de igual manera.

El discurso y la normatividad

La selección de datos de la realidad que es base para la construcción de una unidad compleja a la cual se designa y nomina, resulta de capital importancia a la hora de establecer el nexo comunicativo indispensable para la interacción social.

16. Didier FASSIN, 2006; “Entre politiques de la Vie et politiques du vivant. Pour une Anthropologie de la santé”, 96-116. En: anthropologie et société número spécial. Terrains d’avenir, 2006.

“Al constituirse, el discurso médico introduce un corte que está en el fundamento de su ética.

El enfermo, como tal, ya no existe. Es al hombre supuestamente sano, al menos en su pasado o en su futuro, que se dirige la medicina (...)

El discurso médico separa al hombre de su enfermedad (...) Sin embargo, el estado de salud no se experimenta subjetivamente sino a partir de la enfermedad, como un bien que se ha perdido, y en el momento de la curación, como un bien recuperado. Fuera del tiempo crítico de la enfermedad, la salud se vive “en el silencio de los órganos”, pero no se experimenta.”¹⁷

Con Canguilhem¹⁸ podemos recordar –y ya desde el lenguaje se vislumbra la línea de pensamiento– que tanto los conceptos de “anormal” o de “anómalo” son declarativos o descriptivos, pero siempre referenciales. Al mismo tiempo es necesario un concepto normativo para que una anomalía sea considerada como tal, y observemos cómo los órdenes de referencia son diferentes: el individuo, por un lado, y la especie, por otro, llamémosle, la sociedad humana.

En cualquier caso la terminología médica actúa de modo normativo y establece un corte de la realidad.

Centro biológico y periferia de las relaciones

Tal vez uno de los puntos importantes sea la consideración de que,

*“Los fenómenos que afloran a la superficie en forma de signos, síntomas y experiencia se muestran como susceptibles de ser comprendidos en relación con mecanismos subyacentes a un nivel ontológico previo”.*¹⁹

Ello, obviamente, supone un estado de cosas centrado en un enfoque mecanicista en alto grado, pero lo que interesa –dado el tema “violencia” como manifestación social– es ver cómo se ubica lo social en la apreciación del paciente individual (considerado éste ya como tal, y debidamente rotulado) con la posible salvedad de los pacientes psiquiátricos, para los cuales también el enfoque biologicista parecería prevalecer.

En este sentido, situar lo social de modo periférico a un substrato biológico considerado central y eje del pensamiento que dirige la práctica médica nos lleva a considerar al sistema médico (no ya a los profesionales individual y personalmente considerados) como un vector de la biopolítica (concepto que refiere al pensamiento de M.Foucault), y una regularización de la llamada patetización del mundo (refiriendo al concepto de Didier Fassin) por los sistemas médicos y por los engranajes políticos en el espacio social.

Desde esta perspectiva *“el poder sobre la vida (que ostentan los médicos como sistema institucionalizado) así constituido, se ejerce, es sabido, según dos modalidades: por un lado, es “una anatomo-política del cuerpo humano” por la cual las “disciplinas” someten al individuo a procedimientos que lo hacen apto para el buen funcionamiento de la sociedad, y en especial de la economía, y por otra parte, es una “bio-política de la población” por la cual las “regulaciones” controlan, a la vez por medidas y por intervención, la especie, y más particularmente, los fenómenos vincu-*

17. Jean Clavreul, 1980: 231. L'ordre médical, Eds. Du Seuil, Paris. (Traducción libre de la cita por J. Spatakis).

18. Canguilhem, Georges, 1969. Le normal et le pathologique. Ed. P.U.F, Paris.

19. Byron Good, 2003: 148. Medicina, racionalidad y experiencia. Un Enfoque antropológico. Ed. Bellaterra, Barcelona, p.148.

*lados al nacimiento, a la enfermedad y a la muerte, estos dos últimos estrechamente vinculados entre sí”.*²⁰

Tipos de violencia

Entiendo conveniente establecer una diferencia entre una *violencia de situación* entendida como una contingencia que desborda las posibilidades de equilibrio y compensación instantáneas, producto en general de elementos surgidos en el contacto mismo con el médico y la *violencia de base* que sería la respuesta a un estado disfuncional en el que se acumulan tensiones hasta el punto crítico de su estallido en forma de acciones violentas, por lo general resultado de violencia simbólica de la que los sistemas institucionales parecen ser los principales responsables.

Ambos tipos de violencia, sin embargo, se retroalimentan. Es necesario un correcto diagnóstico de situación con un adecuado análisis reflexivo para tener clara noción de qué mecanismos se involucran. No es suficiente con un reconocimiento del emergente.

Habida cuenta de la acción en una institución, ¿qué elementos son capaces de producir o propiciar violencia?

En este sentido las quejas de los pacientes y del propio cuerpo de funcionarios (médicos y no médicos) nos pueden guiar para su reconocimiento.

Algunas de las quejas de los pacientes son: el manejo de los tiempos, los espacios dispersos de los servicios, la dispersión de referencias y responsabilidades, el trato impersonal, la falta de flexibilidad y consideración humana, las profundas asimetrías de trato.

A su vez los médicos suelen quejarse de la falta de organización, la mala distribución de horarios y tareas, la falta de comunicación con los datos referenciales, la disparidad de criterios, la irregular disposición de competencias, jerarquías, tomas de decisiones y rangos de acción y, por supuesto, los temas económicos (remuneración, selección de personal, preferencias, distinciones presupuestales y escalafones).

Como resultado de estas fuerzas puestas en juego, surgen verdaderos huecos, espacios no colmados, como decíamos, áreas de no coaptación, desajustes que generan terreno propicio para insatisfacciones crecientes que, de no ser compensadas o contenidas, pueden aflorar como violencia objetiva o permanecer como violencia simbólica.

La contracara

Cuando ocurre el hecho violento ¿no se han trasgredido ya derechos de una o de otra parte de la dupla médico-paciente?

Baste recordar las veces que el médico visita un domicilio y se ve forzado a solicitar silencio para auscultar a su paciente (a veces, incluso, sólo para poder oírlo) ante el bullicio de familiares que parlotean, la televisión encendida, el ir y venir de integrantes del grupo domiciliario, incluyendo animales. Ante tal situación el reclamo del médico suele verse con desagrado por quienes no guardaron la compostura y el respeto necesarios ante el profesional que necesita cumplir con la tarea para la cual se lo convocó. Se interpreta a veces como muestra de prepotencia de alguien de afuera que “quiere imponer reglas en la casa”. No es extraño, dado que cualquier intento de

20. Didier Fassin, 2006, “Entre politiques de la vie et politiques du vivant, pour une anthropologie de la santé”, op. Cit.

corregir un hábito, por pernicioso o perjudicial que pueda este ser, se recibe como una pesada imposición, una muestra inaceptable de autoritarismo.

Muchas veces no se aprecia el gesto terapéutico, sino que se ve como una recomendación enojosa a la cual conviene desatender porque impide el disfrute de algo que aprecia el paciente. De igual manera se comportan pacientes que se automedican sin conocimiento de causa, o incumplen según capricho con el tratamiento indicado. La reacción, al verse descubiertos, suele ser violenta.

En otros casos es la falta de confianza en el profesional la que va de la mano con la falta de reconocimiento del estado mórbido y sus consecuencias individuales y sociales.

Una de las más incómodas y difíciles situaciones que a veces el médico debe enfrentar es el ser testigo de violencia, sea porque la constata en su diagnóstico o durante la exploración, o en pleno ejercicio del acto médico. Es sabido que la violencia familiar en especial, y de pareja en particular, engloba en círculos viciosos a sus participantes, sean víctimas o victimarios. Diríamos que los “contamina”, los introduce en una condición de la cual deben salir para recuperar la salud relacional.

En este sentido, la palabra y la acción del médico se manejan mucho más en el terreno de las proyecciones simbólicas que en de las acciones efectivas en sí, y la sensación de incomodidad que produce en el paciente el saberse involucrado o implicado, se asemeja en mucho a la de saberse sucio, impuro, contaminado. Se rechaza no sólo a la condición (“nada que ver”), sino a quien la declara: se afirma que la situación es otra, que la interpretación del médico no tiene “nada que ver” con lo que ocurre en realidad. En muchas oportunidades, en especial las de violencia física, sexual y las de abandono, las reacciones de los pacientes (o de sus familiares) al saberse descubiertos pueden ser peligrosamente violentas y de muy difícil contención.

Retórica de la reivindicación y tópicos fundamentales del infortunio

Centrado en la posesión de una razón que ni el médico como agente de salud (ni la sociedad que lo incluye ni la institución de la que proviene) parecen comprender, el malestar (en palabras de Didier Fassin, el infortunio) moviliza cuatro tópicos:

- la necesidad
- la compasión
- el mérito y
- la justicia (la reivindicación de derechos)²¹

Mediante la exposición de elementos pretendidamente objetivables (por el médico) de su cuerpo o mente, que requieren atención de salud, el paciente se declara a sí mismo legitimado para ejercer su reclamo, trascendiendo la subjetividad, la relación meramente personal, la contingencia individual. Así accede –sin advertir que se basa en una política de la patetización de la relación de salud- al campo de acción social, con la pretensión de ampararse de pleno derecho en elementos “objetivables” que apoyen su acción, por tensa o violenta que pueda ella ser. La asimetría de la posición del médico no hace más que agregar pesas en el platillo de la reivindicación en “compasión” y “justicia”.

21. (cf. Didier FASSIN, “Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia, en Cuadernos de Ant.Social N° 17, pag 49-78, 2003, UBA).

Conclusión

La dimensión social de la actividad médica requiere de ella una reformulación en diferentes planos, desde la formación del médico en los comienzos mismos de la introducción a la carrera, a nivel académico, como disciplina que propicie un pensamiento reflexivo de par con la práctica de los conocimientos científicos adquiridos. Al mismo tiempo, el paradigma que sitúa a la biología en el centro y deja en la periferia todo lo social y cultural no ha dado muestras más que de utilidad meramente técnica para un muy limitado número de casos, sacrificando, ciertamente el éxito en la mayoría. Se hace necesaria una revisión, o incluso una substitución del paradigma médico vigente. En las instituciones médicas es necesario repensar y revalorar cada aspecto de este tema, a menos que quiera seguir arriesgándose la salud social, más que la individual.

Otro tanto ocurre con el paciente; se requiere de una tarea educativa integral para él, para que tenga conocimiento de causa y nociones plenas de sus derechos, así como también de las obligaciones que cada uno de ellos conlleva. Es tarea de años, de práctica médica, pero esencialmente de (re)educación: médica, institucional y social.