

Muerte Digna: Indagaciones en torno a una guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico en la Córdoba del presente

Lucía N. Ríos

luciaríos5@hotmail.com

rioslucia14@gmail.com

Licenciatura en Antropología. Directora del TFL: Dra. Ma. Gabriela Lugones

Recibido: 16/05/16 // Aceptado con modificaciones: 16/08/16

Resumen

En el transcurso del año 2011, en el Hospital Municipal de Urgencias de la Ciudad de Córdoba, se conformó una Comisión destinada a elaborar un protocolo para la aplicación de la adecuación del esfuerzo terapéutico, es decir, la aplicación de cuidados que le garanticen al paciente no atravesar ninguna situación *indigna* – deshidratación, inanición, dolor- en el transcurso de una enfermedad terminal. Dicho protocolo derivó en una guía de circulación por las librerías cordobesas, bajo el nombre de *Muerte Digna. Guía para la adecuación del esfuerzo terapéutico*, editada en el año 2012 por El Emporio Libros.

El objetivo de este artículo es indagar en torno al proceso de elaboración de la Guía, utilizando como puerta de acceso las nociones de *urgencia* y *muerte digna*, significadas y utilizadas por mis interlocutores durante las entrevistas. Considero al mismo como un punto de sutura, -es decir, de encuentro (no poco conflictivo) y de convergencia- de una dupla de pares identificados durante el trabajo de campo: Por un lado, la dupla conformada por la “demanda del adentro” (DAD) y la “demanda del afuera” (DAF), -DAD de los profesionales de los “Equipos de salud” y DAF de “la comunidad” conformada por pacientes y familiares-; por el otro, la convergencia de la disciplina médica circunscripta a los modos de significar la muerte por los médicos integrantes de la Comisión y la instrumentalización de la noción de “justicia sanitaria”, referida a la demanda de recursos y la cronificación de camas.

Estas indagaciones se enmarcan en un horizonte más amplio que pretende comprender los ejercicios biopolíticos en torno a la gestión de la muerte de la población, como así también explorar en el corpus disciplinar de la medicina por un lado y la bioética por el otro, en relación al ejercicio de poder estatal en un hospital de la Ciudad de Córdoba en la actualidad¹.

Palabras Clave: Muerte Digna, Biopolítica, Bioética, Hospital Municipal de Urgencias.

Introducción

A lo largo de la última década, fueron varias las discusiones que se propiciaron dentro y fuera de la administración estatal en torno a los procesos médicos, jurídicos y de gestión política en relación al inicio y el final de la vida humana. Muestra de ello han sido las

discusiones en torno a la legislación del aborto no punible y la Ley de Derechos del Paciente, conocida también como la Ley de Muerte Digna, sancionada a nivel nacional en 2012².



La mención a esta última, la Ley Nacional 26.742 es relevante para nuestro trabajo no sólo porque su sanción constituyó el marco en el cual se conformó la Comisión³ para la elaboración de la Guía en el Hospital Municipal de Urgencias, sino que será justamente en torno a la *muerte digna* que girarán las discusiones suscitadas al interior del proceso de gestación de la Guía. En líneas generales, la noción de *muerte digna*, que utilizaremos aquí –y que concuerda con la noción de *muerte digna* que circulaba en el hospital en el año 2011- está referida a la adecuación de esfuerzos terapéuticos y a la implementación de “cuidados paliativos no invasivos”, lo que conlleva que el paciente no sufra dolor, deshidratación ni inanición, evitando un “encarnizamiento terapéutico”, definido como un “empecinamiento clínico y tecnológico” con el único fin de prolongar la vida de un paciente aún en situaciones clínicamente irreversibles.

Estos eventos cuyo epicentro en Argentina fueron los debates en el Senado y en el Congreso de la Nación, generaron repercusiones en distintas localías del interior del país, donde la Provincia de Córdoba en general y la Ciudad de Córdoba en particular, no fueron la excepción.

En nuestra provincia la Ley de Muerte Digna logró ser reglamentada en noviembre del 2014 mediante la Ley Provincial N°10.058. En paralelo a esta “demora” de dos años en

Córdoba, en los años 2011-2012 un nosocomio de la capital cordobesa, el Hospital Municipal de Urgencias⁴, afrontaba “demandas”⁵ que involucraban en el “adentro”⁶ del hospital problemas éticos y prácticos relativos a pacientes en estado irreversible, y en el “afuera” de la institución, implicaban una “demanda” de respuestas por parte de familiares en relación a “¿qué hacer?” con sus seres queridos que se encontraban en estado vegetativo permanente y/o irreversible⁷.

Entrando en campo, ingresé al Hospital Municipal de Urgencias en el año 2013 bajo la figura de “miembro de la comunidad” en el Comité de Bioética⁸, y luego de haber realizado durante meses⁹ entrevistas y observaciones, decidí focalizarme en el proceso de elaboración de la Guía en tanto posibilitaba explorar los prácticas constitutivas y dinámicas propias del hospital, en relación a la *muerte digna*.

El proceso de elaboración de la Guía pretende ser comprendido en este trabajo al modo de “situación social” (Gluckman, 2003) en la que intervienen sujetos y eventos varios que acaban posibilitando tanto perpetuar prácticas estructurales como generar modificaciones al interior de lo que entendemos en esta pesquisa como “situación social”, permitiendo aproximarme a dimensiones estructurales, y dinámicas de grupo propias del hospital. Citando a

Gluckman en *Análisis de una situación social en la Zululandia moderna*

Las situaciones sociales son gran parte del material del antropólogo. Son los acontecimientos que observa y a partir de los cuales y de sus interrelaciones en una sociedad en particular abstrae la estructura social, las relaciones, las instituciones, etc, de dicha sociedad (Gluckman, 2003: 43)

Esta conceptualización nos permite pensar no sólo el proceso de elaboración de la Guía sino también el universo del Hospital Municipal de Urgencias y la interrelación entre ambos, donde pretendí identificar mediante el trabajo de campo el modo en el que los "Equipos de Salud"¹⁰ que allí se desempeñan se interrelacionan con pacientes y familiares, evidenciando condiciones hospitalarias estructurales, así como relaciones de trabajo conjuntas o de discordia, y dinámicas de funcionamiento en torno a temas complejos de abordar, como las situaciones de adecuación del esfuerzo terapéutico, más conocidas como *muerte digna*.¹¹

La hipótesis en juego, es que el proceso de elaboración de la Guía se configura como el punto de sutura, -es decir, de encuentro (no poco conflictivo) y de convergencia- de una dupla de pares identificados durante el trabajo de campo: Por un lado, la dupla conformada por la "demanda del adentro" (DAD) y la "demanda del afuera" (DAF), - (DAD) generada por los profesionales de los

"Equipos de salud" y la (DAF) por "la comunidad" conformada por pacientes y familiares-; por el otro, la convergencia de la disciplina médica circunscripta a los modos de significar la muerte por los médicos integrantes de la Comisión y la instrumentalización de la noción de "justicia sanitaria"¹², referida a la "demanda" de recursos y al "problema" de la cronificación de camas¹³.

La apuesta para desandar el proceso de elaboración de la Guía fue mediante la realización de una "descripción densa" (Geertz 1973) penetrando en las distintas capas de significados presentes en la situación indagada de elaboración de la Guía y entendiendo a la descripción tanto como método de recolección de información y como instrumento para la producción de interpretaciones.

Lo presentado en este artículo tiene su sustrato en mi trabajo de campo realizado en el Hospital Municipal de Urgencias, especialmente en el marco del Comité de Bioética del hospital y también en los consultorios de distintos servicios, principalmente el Servicio de Enfermería, de Salud Mental y Servicio Social, entre octubre de 2013 y julio de 2015. La unidad de estudio se circunscribió a los miembros de la Comisión *ad hoc*, por lo cual los interlocutores fueron 11 de los 12 miembros

que componían esta Comisión durante el año 2011.

En términos metodológicos, trabajé con entrevistas no directivas para obtener información que luego sería transformada en dato para esta investigación; fueron entrevistas individuales, salvo en uno de los casos, y al interior del hospital salvo en dos ocasiones.

También me valí de la observación participante, formando parte durante dos años del Comité de Bioética del nosocomio, lo que me permitió no solo conocer a quienes fueran los miembros del Comité y de la Comisión *ad hoc*, sino también tener acceso al universo empírico de referencia del hospital. Así he podido participar, en el sentido que planteaba Cardoso de Oliveira, (1994) adoptando su propuesta relativa a que tanto el mirar como el oír y el escribir son etapas ineludibles del proceso de producir conocimiento antropológico, como así también prestar atención a las "charlas de pasillo", mas distendidas por no estar en "situación de entrevista". Estas formas de interacción y narraciones que, siguiendo a Patricia Fasano (2006) en *De boca en boca, el chisme en la trama social de la pobreza* sobre el chisme, permiten re-construir dinámicas de grupos y situaciones que no eran enunciadas en otros momentos de la conversación.

Entrando en las "charlas de pasillo" he podido testear mis impresiones e

interpretaciones en relación a los diversos modos de significar la muerte en relación a la *muerte digna*, ver como la noción de *urgencia* era también una constante vinculada a la muerte, y como ello estructuraba –o era uno de los modos posibles de estructurar- el proceso de elaboración de la Guía en relación a la configuración de los pares anteriormente enunciados.

Escogí centrarme en dicho proceso de elaboración en lugar de focalizarme en el Comité de Bioética del cual era miembro en octubre del 2013 por una cuestión ético-metodológica, si se quiere, para evitar trabajar con los casos del Comité que se gestionaban en ese momento, dado que estaban en instancia de análisis situaciones que involucraban el tratamiento de pacientes en estados clínicos "graves" y/o terminales. Consideré que era un universo con una complejidad que excedía mis posibilidades analíticas en ese momento, y además implicaba lidiar con situaciones emocionales en una instancia inicial de mi formación, donde consideré insuficientes mis herramientas metodológicas. Es por ello que trabajar con la elaboración de la Guía, haciendo pié en dos elementos recurrentes en las observaciones y entrevistas, las nociones interrelacionadas de *urgencia*¹⁴-*muerte digna*, me permitía enmarcar en el tiempo y espacio un objeto "acabado" como así también conformar una unidad de análisis

que pudiese abordar
propuestos.

Puerta de entrada

Mi ingreso a lo que luego se constituiría como mi campo de indagación etnográfico, comenzó el 27 de septiembre de 2013, cuando asistí en calidad de "visitante" a una reunión de la Red Provincial de Bioética¹⁵, por intereses personales y de formación, dado que ya había hecho algunas incursiones "teóricas" en la biopolítica y en bioética, a la vez que la antropología de la muerte y de la medicina estaban entre mis intereses de investigación. Fui acompañada por Darío Olmo, antropólogo y Director en aquel entonces del Departamento de Antropología de la Universidad Nacional de Córdoba, quien me presentó a la Coordinadora de la Red, que a su vez me contactó en esa reunión con Soledad Ripoll¹⁶, coordinadora del Comité de Bioética del Hospital Municipal de Urgencias¹⁷.

El Comité De Bioética del Urgencias me fue "propuesto" ya que era uno de los más receptivos de "miembros de la comunidad"¹⁸ y porque era el Comité de un hospital de agudos, en donde la particularidad -una de tantas- consiste en trabajar con casos donde la muerte es una compañera cotidiana de los "Equipos de Salud" que allí trabajan.

Entiendo que tampoco fue de menor incidencia mi trayectoria personal y mi formación académica, ser estudiante de dos carreras de la Universidad Nacional de Córdoba -Filosofía y Antropología-, y el contar con abordajes teóricos que no estaban presentes en el Comité, permitió que mi presencia fuera tenida en cuenta en todas las actividades donde se lo involucraba. El hacerme partícipe propició relaciones de confianza con los miembros de la institución que coadyuvaron a la construcción de este "campo" de trabajo.

Transitar por los pasillos del Urgencias no es tarea sencilla, así fuera que una solo caminara allí en calidad de "visitante". No es el horario de las 8:30 am para las reuniones del Comité, ni el frío de la mañana que entra por la costanera -patio trasero del hospital-, ni algún periodista insistente ante un caso rimbombante. Lo que interpela son los gritos. Gritos y llantos. De la madre que se entera de la muerte de su hijo, de los amigos que llevaron a su compañero y que son conscientes de que en esos minutos se juega por el todo, de la novia que se despidió de lo que para ella fue su único amor. Lo que interpela en el Urgencias es la muerte, vestida de accidente, de homicidio, de pelea callejera, de robo a mano armada. Muertes que se dicen a medias, "acá de la muerte no se habla" me había dicho José, enfermero del

hospital y miembro de la Comisión *ad hoc*, pero que las hay, las hay.

Las paredes no hablan, pero bien que lloran...

De biopolíticas y de bioéticas, de muertes y de hospitales

Para poder adentrarme en las cuestiones enunciadas en la introducción de este trabajo, debí valerme de un horizonte teórico que me brindara las herramientas necesarias para acompañar mi proceso de reflexividad¹⁹ durante el trabajo de campo, buscar esas categorías teóricas y analíticas que me permitieran construir datos con la información obtenida y explorar las categorías nativas de mis interlocutores. Para ello, en la realización de esta pesquisa y para (in)formar mi mirada, decidí partir de tres pilares teóricos. El primero de ellos fue el planteo biopolítico de Foucault en relación a una reconfiguración que implicaría que "la vida entra en consideración por parte del poder" (Foucault 2010: 217) produciéndose una "estatización" de lo biológico.

En el planteo biopolítico foucaultiano, la población, nueva entidad, aparece como problema político, científico y biológico, y los mecanismos introducidos en el ejercicio biopolítico en relación a su gestión tendrán especial interés en intervenir en fenómenos generales tales como la morbilidad, alargar la vida, estimular la natalidad. Para ello, la

disciplina médica como menciona Edgardo Castro²⁰ no sólo es un conjunto de descripciones, sino que involucra un corpus de prescripciones políticas, económicas y modelos de enseñanzas.

El planteo no es menor a mí entender en un contexto como el trabajado para esta investigación, donde están en la agenda de debate tanto a nivel nacional como provincial la *muerte digna*, el aborto, y la reproducción asistida. El Hospital Municipal de Urgencias no es ajeno a tales cuestiones, su Comité de Bioética aborda mayoritariamente casos que entienden como de *muerte digna*, y es relevante que estos temas sean puestos sobre la mesa en una institución hospitalaria donde la disciplina por excelencia es la medicina. En cuanto el accionar estatal y el de los médicos en relación a las muertes, me remito al trabajo de Liliana Pereyra (1999) *La muerte en Córdoba a fines del siglo XIX*, quien explica a partir de evidencia histórica local, que el momento de la muerte configura un instancia crucial donde la actuación estatal en general, como gestores de los procesos vitales de la población, y la de los médicos en particular, disputan un lugar de privilegio.

El planteo biopolítico que es nodal para comprender el lugar de enunciación desde el cuál elaboré esta pesquisa, se centra también en las herramientas teórico-analíticas brindadas por el trabajo del sociólogo Nikolas Rose, posibilitándome pensar la

incorporación de la bioética como un horizonte disciplinar en este trabajo. Porque vincula la medicina y la biopolítica y porque el Comité de Bioética del hospital, efectiviza una puesta en práctica de la bioética, en particular una bioética Latinoamericana²¹.

En el planteo de Rose encontramos la presunción de que en el transcurso de este siglo XXI se ha producido una reorganización de los poderes estatales y una delegación de responsabilidades en el campo de la salud y la reproducción humana a cuerpos regulatorios cuasi autónomos y comités de bioética.

Un ámbito que Rose destaca en la biopolítica del siglo XXI es el del “conocimiento somático especializado” con el surgimiento de sub profesiones como la bioética, cual “especialistas pastorales” que guían, aconsejan, cuidan y apoyan, lo que se evidenció en mi paso por el Comité. En términos de Rose,

El aparato de la bioética ha alcanzado su actual prominencia en la biopolítica contemporánea como resultado de los problemas que entraña gobernar la biomedicina (Rose, 2012: 33)

A su vez, la biopolítica del siglo XXI es definida por Rose como

Estrategias específicas que suponen luchas en torno de los modos en que deben problematizarse la vitalidad humana, la morbilidad, respecto del nivel y las formas deseables de intervención requerida (Rose, 2012: 127)

La bioética Latinoamericana o Intervencionista²² brindó otro horizonte de análisis en tanto que la llamada *muerte digna* es una problemática que se encuentra ineludiblemente atravesada por el análisis bioético, una temática “propia” de este ámbito disciplinar, y fundamentalmente, porque la Comisión *ad hoc* del hospital se conforma a pedido de su Comité de Bioética. Lo que circuló en términos de discusiones teóricas en la Comisión estuvo atravesado por la concepción bioética del Comité, que se posicionaba desde una bioética clínica y social de carácter intervencionista.

La bioética aplicada en el Comité –y durante el funcionamiento de la Comisión en el 2011– supedita los principios de autonomía, justicia, beneficencia, y no maleficencia de la Bioética Principalista norteamericana de los 70, y la pretensión de universalidad de estos principios éticos a los DDHH, a las políticas, localías y situaciones propias de los países “periféricos” incorporando elementos tales como la justicia social y sanitaria.

En relación a la *muerte digna* como uno de los elementos articuladores en el proceso de elaboración de la Guía, Lourdes²³ señalaba en la entrevista que le realicé en el hospital, que la manera de significarla en la Comisión fue la misma que apareció redactada en el material editado,

Muerte que ocurre sin aislamiento, sin desfiguraciones y sin sufrimiento. En la fase terminal de una enfermedad el

fracaso no consiste en la llegada de la muerte sino que el paciente se muera sufriendo (Soriano et al, 2012:5)

Esto es importante para pensar en contraste a cierta formación médica donde la muerte se lee como un fracaso²⁴, y a su vez, cómo el aislamiento y la deshumanización son parte del modo "acético" propio de la muerte "contemporánea" tal como plantea Elias (1983) en *La Soledad de los moribundos*.

Opté poner a jugar todos estos conceptos como un horizonte de referencia presente en el universo hospitalario estudiado, dado que considero fructífero trabajar con referencias comunes al de los interlocutores, pudiendo así entrar en diálogo y construyendo de este modo un movimiento descriptivo crucial, un primer movimiento que analíticamente pusiera en juego el aparato conceptual que de hecho está operando actualmente en el Comité, y que en el año 2011 también operó en la Comisión *ad hoc*.

Fui realizando las entrevistas y notando la centralidad del núcleo *urgencia-muerte digna* como eje en torno al cual era posible, tal como veremos renglones abajo, pensar en el punto de sutura de los pares anteriormente expuesto en dicho proceso, indagando con y sobre los agentes participantes en la elaboración de la Guía.

Narrar aquí todo el proceso de elaboración sería un exceso de pretensión, no obstante, es menester mencionar quienes la

conformaron, el modo de referenciar la *urgencia*, la *muerte digna* y la vinculación entre ambas, para construir nuestro punto de fuga de los pares indagados a través de los datos configurados en la investigación, evidenciar cómo en esa relación se estructuraba un vínculo entre el hospital y la comunidad producto de las DAD y DAF, y a su vez la presencia de la disciplina médica donde el principio hipocrático de realizar todo lo clínicamente posible para sostener al paciente con vida biológica tomando la muerte como un fracaso, implicaba a veces asumir posiciones contrarias en espacios donde la "justicia sanitaria", entendida como un sistema de salud que garantice la universalidad en el acceso a los servicios, así como a un Estado con responsabilidad social referida a proveer recursos, no se cumple.

Urgente! Una ad hoc!

Transcurría el primer semestre del año 2011 en el Urgencias, cuando se efectivizó la creación de una Comisión *ad hoc* a pedido de los "Equipos de Salud" que trabajaban mayoritariamente con pacientes en estado grave, y avalada por los directivos del hospital²⁵.

En aquel entonces, el Hospital Municipal de Urgencias no contaba con ninguna guía de adecuación de esfuerzos terapéuticos, siendo una charla recurrente entre los miembros del

Comité la necesidad de conformar una Comisión *ad hoc* con el fin de elaborar un protocolo de estas características. Soledad, trabajadora social y jefa del área de servicio social- me comentaba en la entrevista que le realicé en el consultorio del Servicio Social del hospital

Pedimos a la dirección que convocara a los diferentes servicios, un representante de cada servicio, (...) entonces la dirección larga un memorándum y cada servicio manda un representante (Registro de entrevista 28/3/2014).

Según Rodolfo del Boca, neuro cirujano miembro de la Comisión *ad hoc*, los servicios más que seleccionar por aptitudes enviaron gente "a dedo" señalando que

Concretamente creo que había personas que no tendrían que haber estado nunca, que no eran representativos de nada (Registro de entrevista 17/5/2014)

Registros como éste daban la pauta de situaciones de conflicto durante la elaboración de la Guía que ya se manifestaban en el momento de conformación de la Comisión. Como pude luego constatar en las "charlas de pasillo"; estos conflictos hacían en parte a relaciones estructurales adentro del hospital, disputas de poder por parte de los jefes de los distintos servicios, mostrando como la "situación social" de la elaboración de la Guía no fue ajena a las dinámicas vinculares que ya estaban sedimentadas en el nosocomio.

La Comisión se formó con doce miembros, todos ellos personal activo del hospital y provenientes de distintas disciplinas – neurocirugía, psiquiatría, medicina intervencionista, enfermería, kinesiología, obstetricia, trabajo social-. La Comisión trabajó *ad honorem* y se reunía una vez por semana en horario laboral, utilizando bibliografía sobre bioética para abordar la temática de la *muerte digna*.

Desde la dirección, Mario Salinas, Director del hospital, propició y avaló este pedido, dado que al igual que los miembros del Comité de Bioética en aquella época, notaba que la problemática referida a la muerte estaba vinculada tanto con las *urgencias* que se vivían en el hospital como así también con la cronificación de camas y la falta de recursos en la institución.

En relación a la noción de *urgencia*, - ventana de acceso al proceso de elaboración de la Guía- sus significaciones y su vinculación a la *muerte digna*, fue posible identificar al nodo de relación *urgencia-muerte digna* construido por algunos de mis interlocutores desde una definición por "sinonimia", es decir, la *muerte digna* era leída como una *urgencia*.

Para Jose Vignola, enfermero y miembro en 2011 de la Comisión y actualmente miembro del Comité de Bioética, la *muerte digna* constituía una forma de actuación en situaciones de *urgencia* clínica, con la

finalidad de que el paciente no continuara padeciendo situaciones de dolor producidas por intervenciones externas o por la misma condición traumatológica, si es que ya no restaba nada por hacerse en el caso en cuestión. Para Soledad Ripoll, la *urgencia* en relación a la *muerte digna* se manifiesta en tanto, *urgencia* clínica, pacientes críticos que ingresaban al hospital y que constituían una problemática tanto para el "Equipo de Salud" como para los familiares, en relación a como afrontar o que actitudes o "protocolos" poner a actuar en casos éticamente complejos y como *urgencia* sanitaria que implicaba "demandas" de recursos por parte del "Equipo de Salud" y control de la cronificación de camas, que en los hechos implica que una persona que ingresa al hospital no sea atendida inmediatamente, porque su cama se encuentra ocupada por un paciente de "estadía crónica", cuando en realidad este último necesitaría una rehabilitación que excede el perfil hospitalario.

En la entrevista realizada a Sofía, psicóloga perteneciente al área de Salud Mental del hospital, encontramos que

En un principio no se veía una relación explícita entre urgencia y muerte digna, pero a medida que se fue trabajando (en la Comisión *Ad Hoc*), estaba claro que había una relación, que todos teníamos que conocer y manejar mínimamente, de poder acompañar en este trabajo de muerte digna en situaciones de la urgencia de la desesperación de la

familia, del dolor y la angustia (Registro de entrevista 27/7/2015).

La noción de *urgencia* que utiliza Sofía, a diferencia de la que utiliza Soledad y José, es una *urgencia* que se asienta en emociones y en factores psicológicos que la psicóloga vincula en forma directa a la experiencia de los familiares y los pacientes.

Por testimonios como estos que fueron surgiendo en las entrevistas, interpreto que los recorridos académicos y de formación de mis interlocutores incidieron en su comprensión de la *urgencia*, y como pude explorar en el proceso de elaboración de la Guía, sus lugares de procedencia y sus funciones determinaron las relaciones que los sujetos establecían entre ellos, entre el tema a tratar, y con la "comunidad" – pacientes y familiares-.

Las distintas maneras en las cuales mis intérpretes fueron conceptualizando a la *urgencia* en el proceso de elaboración de la Guía, en relación a la *muerte digna*, fue dejando en evidencia que esa relación propició una convergencia entre la "comunidad" y el Hospital Municipal de Urgencias. Tal como relataba Soledad,

También intervinieron en cierto modo los familiares de los pacientes, nosotros desde el Comité llevamos los casos, o sea no es que intervinieron directamente, pero si llevamos los casos en donde nos habían pedido la adecuación de esfuerzos terapéuticos (Registro de entrevista 9/10/2014)

Mario, Director del hospital, señalaba que en esas situaciones críticas de pacientes irreversibles y/o vegetativos permanentes, se gestaba una afinidad entre el "Equipo de Salud" y los familiares, lo cual traía aparejado en los primeros el florecimiento de frustraciones y cuestionamientos, la mayoría de ellos en relación al "¿Qué hacer?" ético a la hora de acompañar e intervenir (o no).

A su vez, los testimonios de Soledad y Mario permiten mostrar dos modos de comprender la participación de la "comunidad" entendida y representada por pacientes y sus familiares.

Por un lado, Soledad hace mención a que

Con los familiares de los pacientes, nosotros desde el Comité llevamos los casos, o sea no es que intervinieron directamente (Registro de entrevista 9/10/2014)

A diferencia de ello, Mario considera que el vínculo se establecía directamente entre la familia del paciente y/o el paciente y el "Equipo de Salud", que en varios casos se constituía por profesionales que participaban del Comité de Bioética y de la Comisión *ad hoc* que operaban en el hospital en el año 2011.

En las entrevistas que les realicé a José –enfermero- y a Adrian –psiquiatra-, ante la mención del vínculo entre "comunidad" y el Hospital de Urgencias durante la elaboración de la Guía, ambos coincidieron en que dicho vínculo se visibilizó, con la salvedad de que la "comunidad" era definida en términos de los

"miembros de la comunidad" que se hacían presentes en el Comité de Bioética y en la Comisión *ad hoc*.

En cuanto a las DAF que expresaba la "comunidad" – identificada ahora como familiares y pacientes- se exteriorizaban en los comentarios que realizaban a los miembros del "Equipo de Salud" y eventualmente del Comité y la Comisión, en expresiones tales como "hacer algo", "que mi pariente deje de sufrir", "total ese que está ahí ya no es mi marido". Esas menciones entre otras fueron definidas como DAF, demandas de la "comunidad" por mis interlocutores, que junto a las DAD del "Equipo de Salud" confluyeron y propiciaron la necesidad de conformar la Comisión y la elaboración de la Guía.

En cuanto a las DAD expresadas por parte de profesionales de los "Equipos de Salud" respecto al "¿Qué hacer?" en las circunstancias clínicas de pacientes en estado vegetativo permanente, Soledad sintetizaba que

El tema es el de la deshumanización que veíamos en estos pacientes, la falta de atención adecuada y los médicos y los clínicos no tenían las herramientas para intervenir (Registro de entrevista 16/3/2015)

En las entrevistas con Mario y Soledad, las DAD se daba a raíz de la falta de información o de herramientas teóricas y reflexivas a la hora de abordar un tópico de la complejidad

jurídica, ética y práctica que representa la *muerte digna*. Como pude observar mediante las entrevistas realizadas, los pacientes crónicos y neuro críticos²⁶ que necesitaban una rehabilitación fueron también parte de las DAD manifestadas en el interior del hospital.

Como decía al comienzo, a través de las entrevistas realizadas y de las observaciones participantes, como así también el haber estado atenta a las "charlas de pasillo", pude "registrar" la convergencia del otro par planteado en la hipótesis de este trabajo: el constituido por las formas de conceptualizar la muerte por parte de los médicos que conformaron la Comisión *ad hoc* y la "justicia sanitaria" referida, tanto en los términos apropiados por Soledad y José y expresados en sus entrevistas, con la "demanda" por recursos y la resolución de la problemática de la cronificación de camas, que como dijera anteriormente, implicaba que pacientes con traumatismos graves no pudieran ser atendidos en tiempo y forma ya que las camas se encontraban ocupadas por pacientes que necesitaban una rehabilitación que excedía el perfil hospitalario del Urgencias.

La falta de recursos, la cronificación de camas, y el perfil del hospital hicieron que las situaciones de *urgencia* vinculadas como una constante a lo largo de las entrevistas con la *muerte digna*, derivara en aquel 2011 en la

búsqueda de un "hacer algo", encaminado a saldar estos inconvenientes. En relación a la "justicia sanitaria", el Estado aparece en las entrevistas de Mario –recordemos, médico obstetra y Director del Hospital de Urgencias en el año 2011- y Viviana –jefa del Servicio de Enfermería del hospital, que fue miembro de la Comisión en el año 2011-, representado en la figura del Estado nacional, provincial y municipal en el primero, y estrictamente municipal en la segunda, en tanto responsables de la salud de la población. El Estado –con E mayúscula-²⁷ era a quien había que "reclamar" y "no escuchaba". A pesar de que los miembros del Hospital Municipal de Urgencias son agentes estatales que trabajan en la administración sanitaria, como empleados de planta permanente, ellos no se consideran parte de ese Estado al que hacen responsable por la falta de respuesta en lo que refiere a la "justicia sanitaria".

La cronificación de camas y la falta de preparación del hospital dado su perfil para tratar pacientes crónicos, podían llegar a entrar en contradicción con ciertos lineamientos de la formación profesional en algunos de los miembros que conformaron durante el año 2011 la Comisión *ad hoc*, provenientes del campo de la medicina, como veremos en el caso de Perla, médica "terapista" –especialista de terapia intensiva- que actualmente se desempeña en el Shock Room²⁸.

Trabajar sobre la conceptualización de la muerte fue un punto basal en la elaboración de la Guía, señala Adrián, psiquiatra Jefe de Salud Mental del hospital

Empezamos con la muerte, que era la muerte, que era la muerte digna. Acá la muerte es una compañera constante, y de tan cotidiana no se reflexiona, por eso decidimos empezar por ahí (Registro de entrevista 17/9/2014)

Hablar de muerte implica a veces poner el foco en las emociones, que atraviesan a los sujetos y a las posiciones que estos ocupan al interior de dinámicas específicas de una "situación social" más amplia. De esto hablaré un poco a continuación.

La fuerza de las emociones

Cuando comencé a desandar el trabajo de campo y los pasillos que parecieran no tener principio ni fin –arquitectónicamente el hospital se asemeja a un espiral-, me fue de gran utilidad a la hora de pensar los modos de conceptualización de la muerte que surgían en función de las trayectorias personales y profesionales de los miembros de la Comisión, el trabajo del antropólogo Renato Rosaldo que llama la atención sobre la "fuerza de las emociones" a la hora de abordar los modos de procesar la muerte, que excederían el considerar la formación académico profesional.

Al respecto, Rosaldo en *Aflición e Ira de un cazador de cabezas* mencionaba que

En lo que sigue, quiero hablar sobre la fuerza cultural de las emociones. La fuerza emocional de la muerte, por ejemplo, deriva menos del hecho, en bruto abstracto, que de la ruptura permanente de una relación íntima particular. Se refiere al tipo de sentimientos que uno experimenta al enterarse de que el niño que acaban de atropellar es propio y no de un extraño. Más que hablar de la muerte en general, debe considerarse la posición del sujeto dentro del área de relaciones sociales, para así comprender nuestra experiencia emocional. (Rosaldo 1989: 15)

José –recordemos, enfermero del hospital y miembro en el 2011 de la Comisión- es claro al respecto cuando dice que la muerte

Es muy mala palabra, por ahí es preferible insultarle la madre a uno que hablar de la muerte acá en el hospital. Porque toca y mueve fibras internas de cada uno, más allá de la preparación de la disciplina que uno tenga. Y aún hoy se sigue cuestionando si es un cadáver o un paciente, para mí, el que está muerto es un cadáver (Registro de entrevista 15/03/2015)

Sin embargo, existían tensiones que se observaron durante el proceso de elaboración de la Guía, entre la situación de los pacientes y los hábitos derivados de la formación disciplinar –en este caso en la formación médica- que tienen algunos agentes en el hospital. Así podemos verlo en lo planteado por Viviana, -Licenciada en Enfermería y miembro en el 2011 de la Comisión-, cuando refiriéndose a la situación

de cronificación de camas en la entrevista contaba que

El médico, siempre tenía que realizar tratamientos que estaban encarnizados con el paciente con los fines de seguir manteniéndole la vida, pero sabiendo, ya conociéndose de antemano, cual iba a ser el final del paciente. Y eso entre lo que el médico podía hacer y que se hacía totalmente todo, y estaba la familia también, porque uno siempre está con el paciente en sí, pero la familia también. No se sabía cómo actuar en ese momento ante lo que pedía la familia también. (Registro de entrevista 15/03/2015)

Mediante las entrevistas se evidenció también cómo espacios que ocupaban los miembros de la Comisión *ad hoc* en función de sus trayectorias personales y profesionales podían conllevar a diversas posiciones y diversas reacciones a la hora de debatir sobre la *muerte digna*.

Perla, médica terapeuta que se desempeña en el Shock Room, -ingreso al hospital de los pacientes con traumatismos severos-, fue señalada en las "charlas de pasillo" y se reconoció a sí misma en la entrevista como la voz en conflicto, en desacuerdo con el modo de aplicabilidad y el modo en el cual se hablaba de *muerte digna* en el hospital.

Perla sostuvo a lo largo de las entrevistas que le resultaba un despropósito que la Comisión *ad hoc* sólo conversara sobre el cómo ante la posibilidad de adecuar esfuerzos terapéuticos, cuando lo realmente acuciante era, según su óptica, reclamar al municipio

aparatos de mayor complejidad para mantener con vida más tiempo a los pacientes.

A lo largo de la entrevista fue enfática remarcando como mandato imperativo el hacer todo lo que se pueda para que el paciente viva y que después los profesionales adecuados trabajen como corresponda con "lo que sea que te quedas".

Perla también manifestaba que era un problema el nivel de "in-justicia sanitaria" que se vivía en el hospital en particular y en la salud pública en general, porque a final de cuentas, ley más o ley menos, los recursos escaseaban, ya sea para la aplicación o no de la misma.

Perla entraba en conflicto no sólo con el resto de la Comisión en la discusión sobre la *muerte digna*, sino que para ella "la discusión bioética pasaba por otro lado", un carril que lamentablemente no se pudo profundizar en esta investigación.

En este sentido fue interesante ver como los sujetos se apropiaban también de los términos teóricos trabajados en la Comisión y los re-significaban acorde a sus posiciones y experiencias.

Las puertas de salida

Una particularidad de la arquitectura del Urgencias, se refiere a que uno nunca sabe a ciencia cierta cuáles son las puertas de

ingreso y cuales las de salida. Considero que no es una mala metáfora para pensar los ingresos y las salidas del trabajo de campo.

Una tentativa sería decir que a través de lo dicho, vimos cómo la muerte definida en términos de *muerte digna*, relacionada a la adecuación de esfuerzos terapéuticos como se los comprende en el Hospital Municipal de Urgencias, y durante el proceso de elaboración de la Guía, constituye una disputa entre profesionales del hospital que no sólo cuentan con una determinada formación sino que ocupan un lugar "emocionalmente complejo", como el caso de Perla en el Shock Room

A su vez, emerge del trabajo de campo realizado la sensación generalizada de que en el Hospital Municipal de Urgencias hoy se vive una situación de "in-justicia sanitaria" y de "demanda" al Estado que pone en jaque muchas veces la toma de decisiones de los "Equipos de salud" frente a las condiciones estructurales y materiales concretas, como la cronificación de camas, el qué hacer con pacientes irreversibles y/o vegetativos permanentes, y cómo hacerlo "dignamente" en los términos anteriormente expuestos.

A través del trabajo sistematizado en este artículo, logré adentrarme en la elaboración de la Guía tomando como eje de acceso la noción de *urgencia* y su relación a la *muerte digna*. El proceso de elaboración fue entendido como una "situación social", en la

cual se consideran eventos, agentes y dinámicas intervinientes, lo que permitió durante los dos años que duró el trabajo de campo construir una aproximación a las estructuras sociales de funcionamiento interno del hospital, y dar cuenta de cómo esa situación puede construirse focalizando en el proceso de elaboración de la Guía. Cómo se estructuran las relaciones por amiguismo y no por desempeño, cuales son las disputas históricas entre jefes de servicios que se trasladaron a la Comisión, cuáles son las relaciones con la formación disciplinar y con el Estado, aparecen como lugares comunes en las discusiones en 2011 y en la actualidad.

Aquí se anudaban las "demandas" de los "Equipos de Salud", y las de la "comunidad", como así también reclamos de "justicia sanitaria" y conflictos generados por posiciones divergentes en coyunturas en las que convergen determinadas carencias de recursos con ciertas formaciones disciplinares, trayectorias profesionales y experiencias personales. El instrumental teórico permitió no sólo analizar los fenómenos descritos para dar cuenta del proceso de elaboración de la Guía, sino que también busca contribuir al conocimiento de los modos de implantación de la bioética Latinoamericana en la ciudad de Córdoba actual, a través de las particulares

modalidades de apropiación que se dieron en el hospital a través de su Comité.

Me quedo con el interrogante abierto a futuras investigaciones de hasta qué punto algo como *la muerte digna*, en particular y la bioética en general, acaban oficiando también, en alguna medida, como otro brazo o mecanismo de este universo de regulaciones estatales que extiende su presencia en términos socio-políticos y éticos. Pienso aquí en Rose cuando señala que

la bioética puede funcionar como dispositivo de legitimación de las técnicas de regulación y gobierno a la hora de ocuparse de éstas cuestiones tan controversiales de la vida y su administración" (2012 :500).

La elaboración de un "protocolo" sobre la adecuación de esfuerzos terapéuticos de circulación no solo intra-hospitalaria sino de amplia repercusión en la Córdoba del presente podría pensarse como la extensión de un instrumento de regulación estatal sobre el final de la vida de nuestra población y como otro ejercicio eficaz del poder estatizado. Pero tal como dije, permanece el interrogante y no la certeza, abierta a quienes quieran dialogar en futuras conversaciones.

Notas

¹ De aquí en adelante, las palabras utilizadas en *itálica* darán cuenta de las categorías analíticas, mientras que las entrecomilladas harán

referencia a los términos nativos utilizados por los entrevistados.

² La Ley Nacional N° 26742 fue sancionada el 9 de mayo del año 2012, y promulgada y publicada por Boletín Oficial el 24 de mayo del mismo año. Para más información puede consultarse en http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/ley_26742_muerte_digna.pdf fecha de última entrada 04/05/2016

³ La Comisión a la cual haremos referencia aquí es una Comisión *ad hoc* que se constituyó en el año 2011 en el Hospital Municipal de Urgencias a partir de una convocatoria realizada por el Comité de Bioética del hospital, a través de la Dirección del nosocomio. La convocatoria se debió a casos recibidos hacia el primer trimestre de 2011, cuando el hospital no contaba con ninguna Guía de adecuación de esfuerzo terapéutico que pudiera ser utilizada como un protocolo –un paso a paso detallado por escrito- ante pedidos y consultas realizadas por los pacientes, familiares, y los "Equipos de Salud" en torno a la *muerte digna*. La nominación *ad hoc* es de uso coloquial en el hospital, amén de que la Comisión fue creada exclusivamente para la elaboración de la Guía y se disolvió inclusive con anterioridad al momento de su edición.

⁴ Vale señalar que la particularidad que define el perfil del Hospital Municipal de Urgencias es la de tratarse del único hospital de Córdoba para pacientes "agudos"; es decir, para personas que han sufrido algún tipo de traumatismo, golpe, que requiere una rápida intervención quirúrgica o en donde peligra la vida del paciente. Trabaja con exclusividad en situaciones de *urgencia* y no en casos de patologías crónicas.

⁵ La noción de "demanda" es un término *nativo* al que se hizo referencia a lo largo de las entrevistas realizadas en la etapa de trabajo de campo, que indicaba los pedidos y necesidades generados por el "Equipo de Salud" y por pacientes y familiares, y que eran denominados en términos de "demandas" por los miembros de la comisión *ad hoc*.

⁶ Las expresiones de "adentro" y "afuera" fueron usadas a lo largo de las entrevistas por los miembros de la Comisión *ad hoc* y remitían no sólo a la percepción del espacio sino en

relación a la "comunidad" como el elemento del "exterior" y de los "Equipos de salud" del hospital como constitutivos del "interior". Los pacientes y familiares además fueron expuestos en las sucesivas entrevistas bajo las expresiones de "comunidad" y el "afuera".

⁷ A los fines de este trabajo, las nociones de "irreversibilidad" y "vegetativo permanente" serán utilizadas como sinónimos, ya que como pude constatar en las observaciones y en las entrevistas son utilizadas como sinónimos en la jerga cotidiana del hospital.

⁸ La figura de "miembro de la comunidad" es generada por el mismo Comité de Bioética del Hospital Municipal de Urgencias y se presenta en su estatuto como una categoría de personas que puede solicitar unirse al Comité en dicha condición mas allá de su formación o trayectoria personal/laboral con interés por cuestiones bioéticas. Haciendo uso de esta figura comencé mi trabajo de campo en el hospital.

⁹ Mi trabajo de campo abarcó el periodo que va desde octubre de 2013 a julio de 2015. Luego de eso me aboqué a la escritura final de lo que fue mi trabajo final de Licenciatura en Antropología.

¹⁰ De aquí en mas, cada vez que se haga referencia a los "Equipos de Salud", estaremos indicando al conjunto de profesionales que trabajan en el Hospital de Urgencias, conformados por neurocirujanos, kinesiólogos, traumatólogos, anestesistas, terapeutas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, que conforman equipos en relación a un caso en particular. Un paciente al ser atendido estaba a cargo de un "Equipo de Salud" integrado por especialistas considerados pertinentes en su tratamiento. Esta denominación replica la usual durante mi observación participante en las prácticas hospitalarias, y fue recurrente en las conversaciones mantenidas con personal del hospital.

¹¹ La muerte en el Hospital Municipal de Urgencias es una dimensión constitutiva de la cotidianeidad del mismo, que se presenta como un elemento constante en los casos que dicho hospital atiende. Cuando realicé las entrevistas y participé y observe distintas situaciones, el hablar de la muerte era algo que los mismos interlocutores buscaban, dado que

consideraban que al ser un hospital que "funcionaba de guardias", las situaciones de *urgencia* derivaban muchas veces en el deceso del paciente.

¹² La "justicia sanitaria" también es una dimensión de la bioética en donde se contemplan condiciones de carácter estructural del sistema de salud y que remiten a la escases de presupuestos, espacios, profesionales y condiciones habilitadas para que el "buen vivir" y para que la salud del paciente y de la comunidad toda se encuentren garantizadas. Es la dimensión en la cual la bioética hace partícipe al Estado y al análisis de las políticas gubernamentales de salud como elementos fundamentales a trabajar en su ámbito de producción de saber y de acciones concretas.

¹³ Dado que haré referencia varias veces a la cronificación de camas, a modo aclaratorio hay que señalar que la misma refiere a pacientes que se encuentran en las camas del hospital que han salido de un traumatismo complejo y/o grave, pero que han quedado en condiciones clínicas que ameritan una rehabilitación específica que excede el perfil hospitalario.

¹⁴ Durante las entrevistas y la observación participante, me fue posible detectar lo que podría clasificarse como dos tipos distintos de *urgencias*. Por un lado, una *urgencia* "clínica", que remitía a los casos de pacientes "críticos" que ingresaban al hospital y que constituían una problemática tanto para los "Equipo de Salud" como para pacientes y familiares. Por el otro, hablamos también de *urgencia* "sanitaria" que implicaba "demandas" de recursos del "Equipo de Salud" y control de la cronificación de camas, es decir, pacientes que quedan internados y que necesitan ser rehabilitados, funciones que exceden el perfil clínico del Hospital de Urgencias.

¹⁵ La Red Provincial de Bioética es parte integrante desde hace una década del Área de Bioética del Gobierno de la Provincia de Córdoba, y está conformada por los Comités de Bioética Clínica de distintos nosocomios de la Provincia de Córdoba. Las reuniones se llevan a cabo el viernes último de cada mes, en las dependencias del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia, ubicado en Av. Vélez Sarfield 2311. En estas reuniones se exponen casos de bioética clínica –cambio de género,

muerte digna, cuestiones vinculadas a la salud clínica y social- presentados por cada Comité y se trabaja sobre los mismos.

¹⁶ Soledad Ripoll es trabajadora social y Jefa del Servicio Social del Hospital Municipal de Urgencias. Fue no sólo mi primer informante, sino también la persona que facilitó mi ingreso al hospital invitándome a formar parte del Comité de Bioética, del cual era coordinadora. El dato relevante también es que Soledad era miembro de la Comisión *ad hoc* en el año 2011 y miembro del Comité de Bioética de aquel entonces, por lo que fue una informante clave de lo que sucedía en aquel entonces no sólo en la Comisión, sino también en el hospital a niveles organizativos y estructurales de relaciones y funcionamiento. De aquí en más, todos los miembros de la Comisión serán señalados con nombre y apellido, siendo ellos como interlocutores los que solicitaron aparecer en esta investigación mencionados con sus nombres reales.

¹⁷ El Comité de Bioética del Hospital Municipal de Urgencias remonta sus inicios al año 1996 y desde entonces ha funcionado con algunas interrupciones por falta de miembros, analizando casos del hospital, vinculados en su mayoría a la aplicación de cuidados paliativos y minoritariamente a situaciones conflictivas médico-paciente. Actualmente dicho Comité no trabaja en un lugar fijo, sus reuniones suelen efectuarse semanalmente en algún consultorio que se encuentre desocupado en el hospital. Se encuentra conformado por una trabajadora social, un psiquiatra, un médico neuro cirujano, y un enfermero. Todos ellos a excepción del médico neuro cirujano fueron parte integrante tanto del Comité de Bioética del año 2011 como de la Comisión *ad hoc* que elaboró la Guía.

¹⁸ Ver nota al pie 6

¹⁹ Al respecto, la antropóloga Rosana Guber señalaba que "La presencia directa es, indudablemente, una valiosa ayuda para el conocimiento social, pero no porque garantice un acceso neutro y una réplica exacta de lo real, sino porque evita algunas mediaciones de terceros y ofrece lo real en su complejidad al observador crítico y bien advertido de su marco explicativo y su reflexividad. Resulta inevitable que el investigador se contacte con el referente empírico a través de los órganos de la

percepción y de los sentimientos, pero éstos se amoldarán a su aparato cognitivo –cargado de nociones de sentido común y teorías- ya que éste será el qué, en última instancia, dará sentido a lo que los afectos, la vista y el oído le informan, Además, la subjetividad es parte de la conciencia del investigador y desempeña un papel activo en el conocimiento" (2005: 112).

²⁰ El filósofo Edgardo Castro es lector, traductor y editor de la obra de Michel Foucault publicada *post mortem*

²¹ En la década de los noventa del siglo pasado, con el proceso de globalización de los países llamados periféricos, en América Latina comenzaron a surgir nuevos temas de preocupación bioética con un abanico más amplio que aquel de la bioética principalista de los años 70 –no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía-. Aparece en escena una bioética arraigada en las nociones de justicia social y equidad. La bioética pasa a constituirse como una práctica multidisciplinaria y pluralista que intenta ubicar en un mismo nivel a la justicia y la responsabilidad social en términos de salud y bienestar colectivos, como así también abordar el cuidado y la preservación del medio ambiente y de la diversidad cultural.

²² Aquí serán utilizadas como sinónimos, al igual que en el Diccionario Latinoamericano de Bioética, editado en el año 2008 por la UNESCO en colaboración con la Universidad Nacional de Colombia. La particularidad de este Diccionario no solo radica en que fue elemento de consulta durante la elaboración de la Guía en la Comisión *ad hoc*, sino que el mismo posee artículos cuya autoría corresponde a profesionales que también son miembros consultores del Comité de Bioética del hospital, como ser el caso de Cristina Donda, filósofa perteneciente a la Universidad Nacional de Córdoba.

²³ Lourdes es trabajadora social y trabaja como contratada en el hospital desde el 2010, se desempeña en el Servicio Social del mismo y también conformó la Comisión *ad hoc* en el año 2011.

²⁴ En relación a este punto, rescato la entrevista realizada a Pecas, médico generalista y bioeticista que trabajó en el Hospital de Urgencias en el 2011 y que conformó también la Comisión *ad hoc*, cuando en la entrevista que le realicé en un bar de barrio Alto Verde me

comentaba que “La muerte es considerada un fracaso médico. En general, cuando hablo de fracaso médico hablo de todo el personal de salud. Estamos entrenados y durante muchos años para salvar vidas, entonces que se nos muera un paciente lo consideramos un fracaso, lo consideramos como que algo en nosotros nos falló, porque no figura en los libros de medicina” (Registro de entrevista 3/7/2015)

²⁵ En el año 2011, y el año 2012 inclusive, año de edición de la Guía, el director del Hospital de Urgencias era el Dr. Mario Salinas, obstetra especializado luego en Salud Pública. Salinas fue uno de los entrevistados para esta investigación, no solo en calidad de directivo en aquel entonces, sino porque también fue miembro de la Comisión que originó la Guía. Actualmente se desempeña en otro nosocomio perteneciente a la Municipalidad de Córdoba, por lo que su entrevista fue una de las dos que realicé fuera de las instalaciones del Hospital de Urgencias.

²⁶ Los pacientes neuro-críticos son el tipo de pacientes secuelesados –pacientes que quedan con secuelas a raíz de un traumatismo- que necesitan una rehabilitación acorde a la complejidad de su cuadro clínico y para lo cual el perfil hospitalario del Urgencias se encuentra excedido.

²⁷ El Estado con “E mayúscula” es tomado del trabajo de Taussing (1995) que permite tanto considerarlo en su dimensión “ficcional” –en tanto sujeto autónomo con voluntad propia- como también tener en cuenta la eficacia política sostenida por creencias compartidas sobre dicho Estado, como las que se presentan en este trabajo.

²⁸ El Shock Room del Hospital Municipal de Urgencias es un área específica ubicada en el sector de la Guardia, ala lateral izquierda del hospital, donde ingresan pacientes con traumatismo buscándose su estabilización, para ser derivados luego a Terapia Intensiva o al internado. Es una habitación amplia con cuatro camas puestas en hilera, más otras pequeñas habitaciones en donde se guardan elementos varios. Hay un solo escritorio que se ubica de frente a las camas, ubicado en el centro del salón, donde trabaja una secretaria que toma nota de los ingresos a la sala.

Bibliografía

Ariès, Philippe. *Morir en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*, Adriana Hidalgo Editora, Buenos Aires, 2008.

..... *O homem diante da morte. Vol. I y II*. Editorial Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1982

Blanco, Luis Guillermo, “Morir con dignidad” en *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, Editado por UNESCO y Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2008, pp. 508-511.

Cardoso de Oliveira, Roberto, *El trabajo del antropólogo: Mirar, escuchar, escribir*, Conferencia en la Fundación tabuco, Recife, 1994.

Castro, Edgardo, *Introducción a Foucault*, Editorial Siglo XXI, Buenos Aires, Argentina, 2014.

....., *Diccionario Foucault*, Editorial Siglo XXI, Buenos Aires, Argentina, 2011.

Elias, Norbert, *La soledad de los moribundos*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1983.

Fasano, Patricia, *De boca en boca. El chisme en la trama social de la pobreza*, Editorial Antropofagia y Centro de Antropología Social del IDES, Colección “Serie Etnográfica”, Buenos Aires, 2006.

Foucault, Michel, *Nacimiento de la biopolítica*, Ed. Fondo de Cultura Económica Argentina, Buenos Aires, 2007.

..... *Defender la sociedad*, Editorial Fondo de Cultura Económica, Argentina, 2010.

..... *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, Editorial Siglo Veintiuno, Argentina, 2013.

Geertz, Clifford, *La interpretación de las culturas*, Editorial Gedisa, Barcelona, 1992.

Gluckman, Max. “Análisis de una situación social en la Zululandia moderna.” En: *bRiCoLaGe*, 2003, pp. 49-68

Guber, Roxana, *El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 2005.

Pereyra, Liliana *La muerte en Córdoba a fines del siglo XIX*. Ed. Alción, Argentina, 1999.

Rosaldo, Renato, “Aflicción e ira de un cazador de cabezas” en *Cultura y verdad. Nueva*

propuesta de análisis social. Ed. Grijalbo,
México, 1991, pp. 15-31

Rose, Nikolas, *Políticas de la vida. Biomedicina,
poder y subjetividad en el siglo XXI*, Editorial
UNIFE, 2012.

Soriano, Carlos y otros, *Muerte Digna. Guía para
la adecuación del esfuerzo terapéutico*, Editorial
El emporio, Córdoba, Argentina, 2012.

Taussing, Michael, "Maleficium: el fetichismo
del Estado" en *Un gigante en convulsiones. El
mundo humano como sistema nervioso en
emergencia permanente*. Ed. Gedisa, Barcelona,
1995, pp. 144-180.