

REFLEXIONES SOBRE VIOLENCIA Y LA PROFESIÓN MÉDICA. REEDUCACIÓN PARA LA SALUD

Dr. Jorge Spatakis*

Del análisis de casos de violencia, parece poder observarse que se originan muchas veces por 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 plurilocalidad);

-de comunicación en cuanto a su realización en el espacio social, como en una institución, etc.

La insatisfacción parecería surgir entonces de una no coaptación de la dupla médico-paciente, una discrepancia en los planos de expresión de las mismas:

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?

La institución y la actitud “médico ante todo”⁽¹⁾.

1. Modelo propuesto por Sonia Romero, ver análisis en “Violencia objetiva, violencia simbólica. Estudio de

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 humana 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 complementaridad 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 curricular, está dis-

caso en Salto, Uruguay”, en prensa. Academia de Medicina 2009.

puesto a asistir sólo a aquellos sectores del paciente que considera abarcables por el foco de su visión académica y asistencial.

El significado de la salud. 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 este se pierde, o evita que esto ocurra, es 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 *sýmbolon* es un sello partido en dos, y necesita de las dos mitades, perfecta-

mente 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”.

“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(...)²

No podemos, sin embargo, detenernos allí. Se hace necesario ver también cómo funciona una institución, cómo piensa, cómo condiciona las relaciones interpersonales que en su seno ocurren, aun restringidas a aspectos meramente técnicos.

Si buscamos acceder al nivel fundamental a partir del cual ocurre el conflicto y se genera la tensión, se hace imprescindible una labor de reflexividad y de autocrítica, una reconsideración de roles y de estatus, una reformulación de competencias, estructuras, dimensiones y representaciones.

La construcción de la enfermedad. Nombrar es más que poner nombre

Todo esto ocurre sin trasponer, sin embargo, las fronteras impuestas por el uso de una lengua específica. No en todas las lenguas se dispone de iguales significaciones (valores), significados (contenidos) y significantes (términos o ítems léxicos). No siempre lo mismo se llama de igual modo y quiere decir las mismas cosas en todas las lenguas. Podemos afirmar, entonces, que hay, de algún modo

2 “Entre politiques de la vie et politiques du vivant. Pour une Anthropologie de la santé”, 96-116. En: Anthropologie et société. Numéro spécial “Terrains d’avenir”. 2006.

y cierta medida, un *condicionamiento lingüístico*, en el doble entendido de algo condicionado por el lenguaje para ser expresado y condicionado en el lenguaje para su manejo y comprensión.

Baste aquí recordar que el concepto de *enfermedad* no deriva sólo de su historia lingüística, su etimología, sus elementos troncales, sino especialmente en cómo una cierta mirada social considera a la enfermedad, y a qué considera que es una enfermedad.

Al decir “enfermedad” no sólo no establecemos una dicotomía frente al término “salud”, sino que sentamos la base para recorrer los campos humanos en que esta llamada “enfermedad” se manifiesta, desarrolla u origina.

Existe, sin embargo, un paradigma prevalente, un modelo. Se parte de una determinada ontologización, de una observación elaborada como producto cultural que recibe una denominación para poder así trazar una marca en el mundo visible, constituyendo una entidad, designada con algún término que permite referirla y reconocerla.

Existe una vasta producción etnográfica que nos permite reconocer que las diferentes culturas no sólo definen, sino también experimentan la “enfermedad” de modos diferentes, aun 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.

“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⁽³⁾.

Con Canguilhem⁽⁴⁾ 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

3. Jean Clavreul, 1980 “L’ordre médical”, Seuil, pág. 231. Traducción libre del autor.

4. Canguilhem, Georges, 1969. “Le normal et le pathologique”. Ed. P.U.F, París.

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 y periferia

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”⁽⁵⁾.

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 este ya como tal, y debidamente rotulado) con la posible salvedad de los pacientes psiquiátricos, para los cuales también el enfoque biologicista parecería prevalecer.

“Incluso los modelos biopsicosociales, ampliamente aditivos, articulados en el lenguaje de la teoría de los siste-

mas, sitúan la biología en el centro y las relaciones sociales en la periferia”. (*ibídem*)

En este sentido, situar lo social de modo periférico a un sustrato 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 anátomo-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 ‘biopolítica de la población’ por la cual las ‘regulaciones’ controlan, a la vez por medidas y por intervención, la especie, y más particularmente, los fenómenos vinculados al nacimiento, a la enfermedad y a la muerte, estos dos últimos estrechamente vinculados entre sí”⁽⁶⁾.*

5. Byron Good, 2003 “Medicina, racionalidad y experiencia. Un enfoque antropológico”. Edic. Bellaterra, Barcelona, pág.148

6. Didier Fassin, 2006, “Entre politiques de la vie et politiques du vivant, pour une anthropologie de la santé”–.

Violencia de situación y violencia de base

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 una clara noción de qué mecanismos se involucran. No es suficiente con un reconocimiento del emergente.

Las quejas de unos y de otros

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

Otro tanto ocurre, claro, cuando el médico indica la suspensión de un hábito (dietario, habitacional, ocupacional, farmacológico) que se reconoce perjudicial, como la “prohibición” de comer con sal o carnes rojas a aquellas personas para las cuales es indispensable. Muchas veces no se aprecia el gesto terapéutico, sino que se ve como una recomendación enojosa a la cual conviene desoír porque impide el disfrute.

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.

La violencia encubierta. “Nada que ver”

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.

El discurso del reclamante. Retórica de la reivindicación.

Los cuatro 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,
- la justicia (la reivindicación de derechos)⁽⁷⁾.

7. (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, pág 49-78, 2003, UBA).

Mediante la exposición de elementos pretendidamente objetivos (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 “objetivos” 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”.

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 ca-

sos, sacrificando ciertamente el éxito en la mayoría. Se hace necesaria una revisión, o incluso una sustitución 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, el hombre común que dispone de

un limitado conocimiento de las cosas y una valoración sesgada por su historia personal. Se requiere de una tarea educativa integral para él, en la que se 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.

***Doctor en medicina. Estudiante avanzado en la Licenciatura en Ciencias Antropológicas. Colaborador en el Programa de Antropología y Salud, FHCE**