

margen N° 78 – setiembre 2015

Sujetos silenciados en el ámbito hospitalario. Propuesta desde un enfoque narrativo

Por Yanina Roslan Angeloni

Yanina Roslan Angeloni. Licenciada en Trabajo Social. Residente de Trabajo Social en Salud Pública. Hospital Luis C. Lagomaggiore. Provincia de Mendoza, Argentina.

Introducción

Transitando una institución hospitalaria se comienza a visualizar el modo en que los discursos circulan, se tensan y se anudan, tomando cuerpo en los diversos profesionales que componen el equipo de salud. Se instala y naturaliza una forma de ver, sentir y pensar al otro. Con todo, suele aparecer alguna excepción a la regla, cierta resistencia que se aspira a lo diferente, a lo alternativo, aunque, lamentablemente, éste no es el perfil del común de los profesionales de un hospital general.

El discurso médico arraiga y se extiende adquiriendo centralidad y protagonismo a la hora de interpretar el dolor del paciente, realizar un diagnóstico e intervenir posteriormente. Por lo general, el sujeto, junto con su relato, resulta anulado, pasando a constituir un “órgano enfermo”, objeto de intervención, aislado de su contexto y sin posibilidad de asumir la palabra.

Ahora, ¿siempre esto fue así? ¿Desde cuándo el discurso médico se torna hegemónico en el ámbito de un hospital? ¿Quiénes lo sostienen? ¿Es posible incorporar otras miradas al campo de la salud? ¿Desde dónde construir la alternativa? A lo largo de este trabajo se intentará abordar estas preguntas, entre otras, no con el propósito de hallar las respuestas sino más bien con la intención de cuestionar las prácticas del trabajo social en vistas de esbozar escenarios posibles de transformación.

Para esto se analizarán los discursos y saberes que circulan por el campo de la salud, particularmente en el ámbito hospitalario. En función de ello se desarrollarán nociones teóricas vinculadas al modelo médico hegemónico y al enfoque de la medicina basada en la narrativa, intentando luego reflexionar sobre la intervención del trabajo social y su relación con los discursos predominantes.

Aproximación al surgimiento de los hospitales y su función social

Recién a fines del S. XVIII comenzó a programarse el hospital que hoy se conoce, como un instrumento terapéutico y de cura. Tal como lo plantea Foucault (1996), el hospital que funcionaba en Europa en la Edad Media no era en absoluto un medio de cura, no había sido creado para tal fin. Por el contrario, previo al S. XVIII el hospital era básicamente una institución de asistencia, pero también de exclusión y segregación.

El pobre era considerado un miembro a tutelar de la sociedad. Por un lado brindándole asistencia para que no incurriera en vagabundeo ni en prácticas inmorales; pero por otro lado, separándolo del resto, ya que, por su condición, era portador de enfermedades y posible propagador de las mismas. En resumen, era peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital, dirá el autor, tanto para contenerlo como para proteger a los demás contra el peligro que implicaba. De este modo, la institución hospitalaria, lejos de constituir un servicio de orden médico, se erigía como un mecanismo de asistencia que, paradójicamente, segregaba a locos, enfermos y prostitutas. En consonancia con esto, el personal hospitalario tampoco estaba destinado a la curación de los enfermos, más bien era un personal caritativo que aspiraba, con su

tarea, a conseguir la salvación eterna (Foucault, 1996).

Es así como hasta ese momento el saber médico era una profesión no hospitalaria. Hasta mediados del S. XVIII, quien ejercía el poder en el hospital era, por lo general, el personal religioso. Dicho personal estaba encargado no sólo de la vida diaria del hospital, sino también de la salvación de los enfermos. En esos momentos se llamaba al médico para la atención de los pacientes moribundos que se encontraran en grave estado. Esto, más como práctica de garantía que de curación. De hecho, la visita médica era una práctica bastante irregular en el ámbito hospitalario. Por añadidura, el médico dependía laboral y económicamente del personal religioso, quienes tenían la facultad de contratarlo o despedirlo si fuese necesario. Asimismo, el médico que acudía a los hospitales por demanda de las comunidades religiosas no era el más distinguido de su profesión, sino más bien todo lo contrario. Los grandes médicos no aparecían por el hospital, sino que se circunscribían al ámbito de la consulta particular. Eran profesionales que habían adquirido prestigio y reconocimiento por el descubrimiento de la cura de diversas enfermedades. Tal como expresa Foucault: *“El gran médico de hospital, más preparado cuanto mayor sea su experiencia en esas instituciones, es un invento de fines del siglo XVIII.”* (Foucault, 1996: 77).

En términos de Foucault, el hospital comienza a “medicalizarse” cuando se introducen los mecanismos de “disciplinamiento” de los cuerpos, los que son colocados en un espacio individualizado que permita su clasificación (Foucault, 1996: 75). El autor retoma esta idea en *El nacimiento de la clínica*, al sostener que: *“Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido necesaria toda una reorganización del campo hospitalario, una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio y el saber; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo”* (Foucault, 2011: 256).

En esa época se produce una transformación del saber médico. Se desplaza la mirada que se mantenía sobre la enfermedad. La misma pasa a despegarse de la concepción de fenómeno natural, a considerarse como naturaleza, pero provocada por la acción del medio sobre la persona. Esas acciones serán entonces la base sobre la cual se desarrollan diferentes especies de enfermedades.

Es allí, en el ajuste entre el desplazamiento de la intervención médica y la aparición de la disciplina en el ámbito hospitalario, donde se produce el origen del hospital médico. La función de esta disciplina hospitalaria consistirá en *“(…) garantizar las averiguaciones, la vigilancia, la aplicación de la disciplina en el mundo confuso de los enfermos y de la enfermedad, y en transformar las condiciones del medio que rodeaba a los enfermos.”* (Foucault, 1996: 76).

Así es como nace el hospital: de las técnicas del poder disciplinario y de la medicina de intervención sobre el medio.

Cuando nos aproximamos a las descripciones de Foucault y a la riqueza en los detalles de su relato, inmediatamente aparecen en la mente escenas de la vida actual de la institución hospitalaria: salas de aislamiento, grados de mando, distribución de los espacios, registros, rituales y ceremonias mínimas que se despliegan en torno a la jerarquía médica.

Resulta interesante poder transitar este recorrido teórico a fin de comprender el modo en que el hospital y la medicina fueron estableciendo las bases de lo que hoy se conoce. Así como entender que, antes de que el discurso y las prácticas médicas fueran hegemónicos, el hospital ya prescindía de la voz de quienes allí alojaba.

Modelo médico hegemónico

El rol predominante del médico dentro de la institución hospitalaria desde un principio se encuentra íntimamente emparentado con lo que ha dado en denominarse *biomedicina*. La misma comenzó a instaurarse en algunos países europeos a fines del S. XVIII y principios del XIX; y en los países americanos en la segunda mitad de este último.

La biomedicina instala una noción mecanicista del cuerpo como suma de partes, equiparando su funcionamiento al realizado por una máquina. Por lo tanto, si es posible diferenciar estas partes que lo componen, entonces es posible desarrollar un saber especializado para cada una de ellas. *“En la medicina de especialidades, el cuerpo pasará de ser considerado una suma de partes a ser reducido a una parte*

aislada, donde cada una tiene la denominación de la especialidad que se hace cargo de la misma" (Menéndez, 2005: 24-25). Esta interpretación del cuerpo humano y su tratamiento adolece por su propia naturaleza de ciertos rasgos que cosifican al sujeto, abstrayendo sus padecimientos de su historia y su cotidianidad.

No es casual el contexto histórico, económico y político en el que surge este modelo. Menéndez sostiene que: "*(...) se instituye durante la denominada Primera Revolución Industrial, acompañando la constitución de la clase obrera, de la nueva ciudad industrial y más adelante de la expansión colonial correspondiente al período imperialista.*" (Menéndez, 2005: 12).

Es decir, que la salud (pero más precisamente la enfermedad) de la población (pero más concretamente de la clase obrera) comienza a ser un problema de orden público. No hay que olvidar el valor social y económico que tenía la fuerza de trabajo de los obreros en los comienzos de la expansión capitalista. De hecho un día de ausencia al trabajo por enfermedad no sólo aparejaba pérdidas en la producción, sino también elevadas mermas en la economía familiar de la clase obrera. De este modo, el trabajador, frente a alguna contingencia de salud, encontraba en la medicina convencional soluciones reales e imaginarias a sus padecimientos. Por ello, este modelo es tanto producto de la injerencia e intereses de los sectores sociales hegemónicos, como del desarrollo científico y profesional de la biomedicina.

Las principales características estructurales del modelo médico hegemónico son: su biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. Este modelo articula el conjunto de los rasgos señalados y excluye las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. En este sentido, propone una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos, así como la historicidad de los sujetos, quedan excluidas, o en el mejor de los casos, convertidas en variables demográficas (sexo, edad, ingresos). En definitiva, el modelo médico, al reducir la mirada a la enfermedad en sí misma, despoja a los sujetos de su condición social y cultural, reduciéndolo a la existencia de un órgano enfermo.

El biologismo excluye del análisis de la causalidad y desarrollo de los padecimientos los procesos históricos y los condicionantes socioeconómicos, culturales e ideológicos. Esta exclusión de lo social no hace más que negar el papel que juegan los sujetos en su proceso de salud-enfermedad, así como el de los determinantes sociales, económicos y culturales, tanto en la etiología de su sintomatología, como en la terapéutica y prevención de la misma. De esta manera, tanto el saber como las instituciones médicas tratan de imponer la existencia de una mirada autónoma, profesional y científica, desprendida de un contenido social y subjetivo.

Modelo de la medicina basada en la narrativa

La medicina narrativa es un movimiento médico contemporáneo que pretende revisar sus modelos profesionales, tomando en cuenta su práctica asistencial y sus propias experiencias como pacientes. Lo que se pretende es enseñar la comunicación y la capacidad de escuchar e interpretar la historia de los sujetos. Dicha corriente parte de entender que la relación médico-paciente es un encuentro mediado por la palabra. Reconoce que desde las ciencias médicas y todas sus especialidades, mucho se habla de la enfermedad, pero poco de lo que significa *estar* enfermo para un sujeto.

Se entiende que la enfermedad es para la persona su experiencia de vida. Tal como lo plantea Isabel del Valle: "*Situaciones de alta intensidad emocional necesitan ser puestas en palabras como forma de entender, explicar y dar sentido a aquello que le pasa y que quiebra su vida.*" (Del Valle, 2012: 10). De ahí la necesidad de desarrollar una narrativa. La palabra se convierte en vía de reestructuración simbólica: "*Cuando los sucesos de la vida se incorporan a un relato, cobran sentido y se va dando un encadenamiento entre lo que hemos sido, lo que somos y lo que soñamos ser. (...) Entender la medicina como una práctica humanizada es entender la relación médico-paciente en su dimensión narrativa, como un encuentro humano en el que media la palabra*" (Del Valle, 2012: 11).

La medicina moderna tiene pocas herramientas para dar lugar a los significados personales de los pacientes, para acercarse al sufrimiento interior, al dolor moral, a la desesperación y a la pena que casi siempre acompañan las enfermedades que padece la gente. Por eso, al decir de la doctora Rita Charon (2011), la medicina narrativa se propone fortalecer la capacidad de los profesionales para acoger las historias que el paciente cuenta. Empresa significativamente compleja dado que dichas historias no

siempre son contadas con palabras, sino también a través de silencios, gestos y sintomatologías, elementos todos que requieren ser convertidos en “narrativas”.

Varios autores que se posicionan desde este enfoque coinciden en pensar que la medicina tradicional se equivocó al separar las cuestiones de la vida de las cuestiones de la enfermedad, como si ésta no formara parte de la primera. Desde este enfoque se pretende que cada vez más médicos, enfermeros, trabajadores sociales y el resto de los trabajadores de la salud, traten de comprender lo que para los sujetos significa su experiencia vivida de salud y enfermedad.

El doctor Francisco Maglio sostiene que la medicina basada en la narrativa no se opone a la medicina biologista. Por el contrario, enriquece la visión técnica de ésta incluyendo la subjetividad del paciente, la visión que el mismo tiene de su enfermedad, la búsqueda de sentido de su sufrimiento. El autor incorporó el término “escuchatorio” para referirse a la escucha activa, respetuosa del paciente, interesándose en lo biográfico, en su proyecto de vida, en su visión de la enfermedad, diferenciándola del “interrogatorio” y su connotación inquisitiva (Lanzilotta, 2013).

Este autor ha puesto en cuestión la relación médico-paciente, una relación que a su entender se ha “tecnologizado” y “despersonalizado”, tornándose alienante. Allí desaparece el *otro* como persona.

Para el paciente, el médico es un técnico con guardapolvo que extiende recetas y para el médico, el enfermo es un “libro de texto”, con signos y síntomas que hay que interpretar y codificar. “(...) *En este tipo de RMP [Relación Médico Paciente] desaparece la “otredad” humanizada, son dos “yoidades” despersonalizadas, un (des)encuentro (sic). (...) La MBN [Medicina Basada en la Narrativa] consiste básicamente en las subjetividades dolientes (más que en las objetividades medibles), esto es, lo que el enfermo siente qué es su enfermedad, la representación de su padecimiento, la experiencia social de lo vivido humano como enfermo*” (Maglio, 2012: 1).

El autor sostiene que con los aportes de la medicina basada en la narrativa podemos desentrañar el verdadero proyecto de vida del paciente. Y esto es trascendental, porque constituye el motor para vivir tanto en la salud como en la enfermedad. “La narrativa es ‘invisible’ a la biología, se ‘visibiliza’ en la biografía, de esta manera convierte ‘el caso’ en una historia de vida.” (Maglio, 2012: 2).

En este sentido, los proyectos de vida son fundamentales. Más allá del comienzo biológico de la enfermedad, es decir, el día que aparecieron los primeros síntomas, desde una perspectiva antropológica nos enfrentamos al día en que a causa de esos síntomas, se vio interrumpido el proyecto de vida de algún sujeto. Por el contrario, “(...) *empezamos a ‘sanarnos’ el día en que a pesar de esos síntomas podemos reiniciar dicho proyecto.*” (Maglio, 2012: 3).

¿Por qué narrativa? Silvia Carrió (2006) expresa que las narraciones otorgan sentido, contexto y perspectiva a la experiencia, porque las cosas que nos suceden no tienen ningún significado independientemente de los relatos que contamos acerca de ellas. El acto de narrarlos vuelve comprensibles los acontecimientos.

Para esta autora las narraciones de los pacientes se refieren a la manera en que padecen o están enfermos, a cómo viven su dolencia. Por lo tanto, comprender el contexto narrativo de la enfermedad, permite acercarse no ya a la patología, sino al problema del paciente de una manera integral, brindando una posibilidad crucial para su comprensión.

Aportes del trabajo social

La intervención social se orienta a reconstruir con el sujeto su realidad, comprendiendo la relación entre lo macro y lo micro, y el modo en que esto dialoga con su problemática actual, a fin de generar estrategias de abordaje. En el campo de la salud, se entiende que la enfermedad “(...) *articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece.*” (Carballeda, 2012: 3).

No obstante, esto no siempre ha sido así, ni lo es actualmente en muchos casos. Es más, Menéndez (2005) recuerda que el desarrollo del trabajo social (o más bien, de ciertos trabajadores sociales) ha estado vinculado, a través de sus prácticas, al control social, y por sobre todo al control ideológico. Y agrega: “(...) *para ellos, la explicación de las patologías radica en las características individuales de la madre soltera, de*

la prostituta o del alcohólico, y no en las condiciones sociales donde viven los sujetos” (Menéndez, 2005: 29). Desde esta lógica las acciones promovidas se orientan hacia una salvación del individuo, dado que el problema estaría focalizado en el sujeto.

Se advierte que dichas prácticas en los ámbitos hospitalarios son funcionales al modelo médico hegemónico, y retroalimentadas por el mismo. Por lo tanto, otro tipo de práctica sólo podrá arraigar en una comprensión del proceso de salud-enfermedad entendido como un proceso subjetivo, histórico y social esencialmente dinámico.

La enfermedad, entendida como una problemática social compleja, se encuentra en permanente diálogo con situaciones de vulneración de derechos y padecimientos subjetivos. A partir de los relatos de los sujetos, de sus narrativas, es que se accede a la comprensión del modo en que significan esta contingencia de salud, su impacto en la vida familiar, en su proyecto de vida.

La narrativa de la enfermedad se constituye como una forma de acceso al mundo de ese otro sobre el que se ejerce la intervención social en la práctica cotidiana. De allí, la importancia de ésta como vía de entrada al conocimiento profundo del proceso salud enfermedad (Carballeda, 2012: 7).

De esta manera, se resignifica el valor de la palabra, pensando la intervención como lugar donde albergarla. Una intervención que logre cristalizar en la institución salud las narrativas de los sujetos visualizará la estrecha vinculación entre sus padecimientos y las secuelas de una sociedad fragmentada, pudiendo así comenzar a transitar el camino hacia una restitución de derechos socialmente vulnerados. Ésta es la oportunidad, tal como lo plantea Carballeda (2012), del trabajo social, como de las demás profesiones de la salud, de alejarse del tradicional lugar normativo, para acercarse al campo de los derechos, empezando por el derecho a la escucha.

Aquí cobran relevancia los instrumentos de registro del trabajo social, los que constituyen una estructura narrativa donde se ponen en juego los marcos referenciales de los profesionales y se da cuenta (o no) de la palabra del otro como sujeto. Facilitan así un acercamiento a la interpretación de una situación no sólo desde una dimensión instrumental, sino también política. Susana Castro menciona que: *“El procedimiento de registrar la voz de los sujetos que demandan intervención en un contexto institucional determinado y en el marco de los complejos atravesamientos histórico-sociales y políticos actuales, puede ser pensado como una herramienta en la promoción de derechos.”* (Castro, 2011: 7). ¿Se verifica esto en los registros del ámbito hospitalario?

Si se piensa en el registro instituido en los hospitales, aparece la historia clínica como denominador común a todos los profesionales que forman parte de dicho organismo. En la historia clínica figuran los datos del paciente, los consentimientos informados, prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios, planillas de enfermería, protocolos quirúrgicos, entre otros. Normativamente se otorga una estructura a seguir, se establece su composición y se detalla todo aquello que no debe faltar. Ahora bien, ¿y lo que el sujeto expresa? Pareciera ser un plus, algo a acotar según la voluntad o disponibilidad de tiempo que el profesional posea. Las demandas institucionales y los ritmos de trabajo atentan con la configuración de los “escuchatorios” que planteaba Maglio. De ahí que los registros terminen siendo construcciones sesgadas, despersonalizadas, se habla de órganos y patologías, ni siquiera de organismos. En esto el autor es muy claro cuando expresa que *“La historia clínica está sobrebiologizada y abiografiada; esto es, hiperabundan en ella datos biológicos (análisis, radiografías, pruebas, etc.), pero vacía de lo biográfico: de la vida del enfermo no se sabe nada. Sólo da cuenta del dolor, pero se ignora todo sobre el sufrimiento del paciente. (...) Conocemos la identidad jurídica del enfermo (nombre, apellidos, documentos), pero ignoramos su identidad social: su familia, sus amigos, sus afectos, sus temores, sus esperanzas, sus sueños, en fin, su experiencia de lo vivido humano”* (Maglio, 2011: 159).

De este modo, se manifiesta apremiante la necesidad de problematizar los instrumentos de registro, puesto que efectivamente pueden ser herramientas de transformación, siempre y cuando se encuentren fundados teórica y metodológicamente, reflejen la voz de los sujetos y den cuenta de sus complejidades. En el ámbito hospitalario, la historia clínica constituye un campo de lucha semántico, pero también político, capaz de introducir una mirada desde lo social y lo humano, en donde la palabra de los sujetos se erija como dadora de sentidos y generadora de posibilidades.

Reflexiones finales

Si bien el modelo médico hegemónico aún se encuentra fuertemente instalado, se comienzan a visualizar ciertos aires de cambio en algunas instituciones.

El trabajo social tiene mucho para decir y aportar, pero para ello debe ser capaz de buscar, además de en el saber médico, en el saber de los sujetos, las orientaciones y prácticas que posibiliten pensar y desarrollar otras alternativas de atención y promoción de la salud.

Se debería comenzar a incorporar en las instituciones otra mirada, donde el sujeto se torne protagonista de su propio proceso de salud-enfermedad. En este sentido, los aportes de la medicina basada en la narrativa vienen a recordar que el paciente no es sólo una sumatoria de estudios clínicos, radiografías y resonancias. El paciente es más que sus datos biológicos, también es biografía, no solo padece una enfermedad, sino que también tiene temores y expectativas, un modo de *ser* vida.

Desde el trabajo social se cuenta con el privilegio de disponer de la entrevista como una de las principales técnicas de intervención, rescatando la voz de los sujetos, ahondando en sus relatos. Reconstruir con ellos mismos su historicidad y elaborar estrategias junto al resto de los profesionales de la salud, es un desafío para los trabajadores sociales que se desempeñan en el ámbito hospitalario.

Se considera que en un momento histórico-político que reconoce y se fundamenta en un enfoque de derechos, volver la mirada hacia las instituciones y revisar los instrumentos a la luz de este nuevo paradigma, no sólo constituye un aporte institucional, sino, por sobre todo, una responsabilidad ética y política que debería asumir el colectivo profesional.

Bibliografía

CARRIÓ, SILVIA (2006). Aproximaciones a la medicina narrativa. *Revista Hospital Italiano de Buenos Aires*. Vol. 26 N° 1. Recuperado el 20 de agosto de 2015, de http://www.aeten.es/mediapool/103/1038089/data/Aproximaciones_a_la_medicina_narrativa.pdf

CASTRO, SUSANA (2011). El registro en la intervención: una reflexión epistemológica. Capítulo 3. Recuperado el 15 de junio de 2015, de http://trabajosocial.sociales.uba.ar/contenidos/pdf/d_castro.pdf

CHARON, RITA (2011). Entrevista a la Dra. Rita Charon en Nueva York. Recuperado el 3 de marzo de 2015, de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=69837>

DEL VALLE, ISABEL (2012) Medicina basada en la Narrativa. Trabajo presentado en la 9ª Jornada de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica. Recuperado el 20 de agosto de 2015, de <http://www.sama.org.ar/Isabel%20Del%20Valle%20-%20Medicina%20Basada%20en%20la%20narrativa%2012-11-2012.pdf>

FOUCAULT, MICHEL (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Altamira. Recuperado el 17 de marzo de 2014, de <http://www.edipica.com.ar/archivos/jorge/foucault2.pdf>

FOUCAULT, MICHEL (2011). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. 2ª ed. 1ª reimp. Buenos Aires: Siglo XXI.

LANZILOTTA, ALICIA (2013). Francisco Maglio y la Medicina basada en la Narrativa. Recuperado el 10 de julio de 2015, de <http://pizarrasypizarrones.blogspot.com.ar/2013/10/francisco-maglio-y-la-medicina-basada.html>

MAGLIO, FRANCISCO (2011). *La dignidad del otro. Puentes entre la biología y la biografía*. 2ª ed. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

MAGLIO, FRANCISCO (2012). El “escuchatorio” en la relación médico- paciente. Recuperado el 13 de abril de 2015, de <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74516>

MENÉNDEZ, EDUARDO (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Revista SALUD COLECTIVA*. Recuperado el 6 de agosto de 2015, de <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a02.pdf>