



EL PODER DE LA MEDICALIZACIÓN COMO UNA FORMA DE VIOLENCIA ESTRUCTURAL DURANTE EL PARTO

Anderson Díaz Pérez y Zuleima Yáñez Torregrosa

Tradicionalmente la medicina ha sido reconocida por la sociedad y el Estado como una profesión que otorga un cierto “estatus especial” en razón al conocimiento sobre el estado de salud de las personas, pues otorga al médico el poder de dictaminar si una persona se encuentra sana o enferma, así como identificar factores de riesgo que podrían asociarse a lo considerado como patológico.

Por otra parte, la Salud Pública hace énfasis en la promoción y prevención de las enfermedades y en evitar al máximo el desarrollo de complicaciones en los diferentes cuadros clínicos cuando estos se han instaurado, pero también prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados (36).

Es así, que se trata de exponer en estas líneas el poder del médico y cómo es utilizado por este para tomar o influenciar decisiones en las cuales también debe ser tenido en cuenta la autonomía del paciente pero tam-

bién la dignidad al momento de garantizar a las personas las mismas posibilidades de recibir tratamiento y curarse, pero la medicina como herramienta del biopoder no desconoce que la salud es objeto de una verdadera lucha política como Foucault (37) lo expone: “La medicina mata, siempre mató, y de ello siempre se ha tenido conciencia” donde el hospital del siglo XVIII pasó de representarse como un claustro para morir, a una institución como aparato del poder de la medicalización, donde se vulneran todos los derechos, es decir ya el médico no interviene solamente en lo biológico sino también en las dimensiones del individuo donde el paciente es un registro con establecimiento estadístico; el médico es una autoridad que participa en las decisiones de una ciudad, un barrio, una institución, incluso en la moral al intervenir en los reglamentos o en este caso en los derechos fundamentales de la mujer (37).

El origen del poder médico se remonta a la Edad Media, época en la cual el Estado diferencia al médico del hechicero, brujo y sacerdote adquiriendo así “otro estatus” un “estatus especial”, donde se concebía a la profesión médica como la única con derecho exclusivo a poner en tela de juicio su práctica curativa y la única legalmente permitida para autoeducarse y decidir sobre las personas que la irían a ejercer. Con el pasar del tiempo y el progreso de los países, esa concepción ya no está vigente en muchos aspectos, sin embargo, hoy en día a pesar de la regulación legislativa existente en los países sobre la praxis médica, la profesión médica sigue gozando de un mayor nivel de autonomía si la comparamos con otras profesiones. Es considerada como uno de los vehículos ideológicos más importantes del Estado pues no solo aplica y desarrolla la concepción del Estado acerca de la salud sino que también influye en el Estado al hacerle asumir sus propios criterios y concepciones de lo normal y anormal (38,39).

La investidura del médico carga con una tradición muy interiorizada tanto en el profesional como en el paciente, que percibe el poder (medi-

calización) como un “todo poderoso”. El poder del médico nace de un conjunto de representaciones y dominios teórico-prácticos que son dados desde la formación del médico tales como el poder de Esculapio (su capacidad de adentrarse en la compleja “maquinaria humana” y actuar sobre ella), el poder del uso del conocimiento, y el poder social (estatus social). También se habla del poder carismático que poseen algunos médicos y se entiende como las habilidades personales del médico, reflejadas en su trato con el paciente y el manejo de sus relaciones con el resto del personal de salud y de la forma particular de ejercer su praxis médica, las cuales le proporcionan como un plus que toma peso en la toma de decisiones frente al paciente. Sin embargo, el poder que usa más el médico en nuestra sociedad es el paternalista, donde el médico actúa en el paciente sin tener en cuenta los derechos morales. Que son: estar informado, comprender la situación, compartir y pedir consentimiento, en el fondo respetar su autonomía (40,41).

La justificación del poder paternalista se basa en la posición del médico en tomar decisiones por el bienestar del paciente (40).

También se usa el poder médico para tomar decisiones por los pacientes con la justificación de prevenir enfermedades o aparición de complicaciones en un cuadro clínico ya instaurado e inclusive algo muy preocupante, como la de asumir la presencia de ciertos factores de riesgo como causal de enfermedad. De esta manera, el médico termina tomando decisiones sin tener en cuenta la autonomía del paciente, asumiendo una posición paternalista que conlleva a procesos preventivos, diagnósticos, terapéuticos en intervenciones que resultan ser innecesarios y excesivos en los cuales muchas veces se pone en riesgo la seguridad del paciente (41). En el libro del Dr. Miguel A. Moreno aparece una escalofriante cita de Castillo del Pino: “Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías. El médico no ha sido ni es un científico, sino un técnico que se limita a aplicar un conocimiento y

que solo tiene la obligación con los enfermos de ser cortés, pero no humano. Deshumanización justificada, no es más que el precio de la actual eficacia médica. El paciente debe aceptar que lo único que puede pedir es que lo curen, no que lo quieran ya que no son ni deben ser más que funcionarios del sistema productivo, manipuladores calificados de una tecnología sofisticada y altamente eficaz que ni tienen tiempo ni saben descender a la demanda de la humanización, demanda que el Estado ha delegado en otros especialistas, funcionarios, trabajadores sociales, psiquiatras, enfermeros, entre otros” (42).

La presencia de factores de riesgo no es causal directo de enfermedades. Sin embargo, en el argot popular, existe la equivocada concepción que el presentar factor de riesgo es una causa suficiente para enfermar, es entender la diferencia entre riesgo y probabilidad como herramientas de decisión de la biopolítica como el “dejar morir” lo cual que no es lo mismo que “hacer morir” (biopoder) (43). En palabras de Canguilhem (44), “es la vida en sí y no el juicio médico lo que hace de la norma biológica un concepto de valor y no un concepto de realidad estadística”. Es decir, no se tiene la claridad de que el factor de riesgo es algo que se asocia estadísticamente con la enfermedad, pero cuya presencia no es necesaria ni suficiente para desarrollarla, al menos no en todos los casos.

El factor de riesgo es lo que se puede evitar para disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad. Sin embargo, hoy en día vemos cómo la presencia del factor de riesgo es también utilizado por parte de los médicos para implementar acciones de intervención que no siempre son explicadas al paciente y que la mayoría de las veces no son necesarias (43).

Ahora bien, si nos preguntamos ¿cuáles serían las razones por las cuales el factor de riesgo es usado como justificación por parte del médico para tomar acciones de intervención médica? podemos entonces dar respuestas como la poca claridad que tiene el médico de asumir el concepto de

factor de riesgo entre lo que es riesgo y probabilidad como un concepto estadístico de asociación que no denota causal de enfermedad. Pero también está el lado oscuro de los intereses farmacéuticos y tecnológicos que rodean al médico y hacen que este utilice su poder para convertir el factor de riesgo en enfermedad. Cuando esto sucede se legitima la intervención al paciente, como por ejemplo una medicalización innecesaria al momento de considerar algo biológico y natural como patológico y urgente en la mente del paciente por consideración del médico (45).

Frecuentemente se viven situaciones en las que el médico abusa de su poder, como lo es al momento de atención del parto, incluso muchos obstetras piensan que son ellos los que deciden la vía del parto y no la mujer. En este sentido vale la pena citar un estudio realizado en Chile en 2014 sobre la toma de decisión de la mujer en la vía del parto, el cual hizo parte de los proyectos del Programa del Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud –FONIS (SA13I20259)–, donde se realizaron encuestas en instituciones públicas y privadas que revelaron que cuando las mujeres toman cursos prenatales que fomentan el parto vaginal, se registra una baja sustantiva de las cesáreas. Incluso, el 20 % de las parejas encuestadas resolvieron cambiar de equipo médico. Pero quizás lo que más llama la atención de este estudio es que demostró que la responsabilidad de la alta tasa de cesáreas en Chile (71,8 % en 2012) no es ni por la preferencia de la mujer ni la solicitud directa de la misma. Se concluye entonces que la cesárea se realiza por orden médica sin tener en cuenta la autonomía de la paciente en la decisión de la vía del parto, aludiendo a los riesgos que se puede ver expuesta la madre o el feto (46,47).

La decisión del médico por la cesárea podría estar relacionado a un interés económico ya sea representado porque recibe una mayor remuneración si realiza una cesárea que si atiende un parto o por el interés de no asistir un trabajo de parto de muchas horas que le impide dinamizar

su práctica en varios centros asistenciales lo cual es un problema tanto de los países industrializados como Estados Unidos (48) como de África (49), México (50), Argentina (51), entre otros, así como de todos los profesionales que intervienen en el proceso de parto (52), donde el abuso y la falta de respeto es el común denominador como una forma de violencia estructural contra la mujer (53).

Ahora bien, ¿es aceptable la indicación de cesárea por elección previa como vía de parto? ¡No! Cuando se hace uso de falsas justificaciones de acciones preventivas y supuestos factores de riesgo para inducir en la mujer un “acuerdo mutuo” en realizar una cesárea como mejor opción para la vía del parto, lo correcto sería que el médico explicase a la embarazada las indicaciones de la cesárea y sus complicaciones así como del trabajo de parto teniendo en cuenta las condiciones en las que se ha desarrollado la gestación, una vez hecho esto, el médico debe esperar que sea la mujer la que decida la vía del parto a través de una decisión sobre la cual ha meditado y se sienta completamente empoderada, haciéndole saber que tener una cesárea para el primer hijo puede tener graves consecuencias para los embarazos posteriores (54).