

Una de las características predominantes de lo que Menéndez llama el Modelo Médico Hegemónico es el biologicismo o la tendencia a reducir todo aspecto relevante de la atención sanitaria a los factores biológicos.<sup>1</sup> Este reduccionismo tiene efectos observables en las instituciones de salud: las miradas que en ellas predominan y los roles de los sujetos que trabajan en ellas, las prioridades y los criterios, afectando de manera directa a la calidad de la atención y la vida de las personas. Yo lo aprendí con Luciana.

# La lección que dejó Luciana

Esteban JUSTO

Enfermero. Mar del Plata, Argentina  
Correspondencia: estebanjusto@hotmail.com



Un mediodía, cerca de la hora de cierre, aparece en la puerta de mi consultorio una chica “trans” con su amiga, diciéndome que hace poco la dieron de alta en el Hospital Regional, y

que debía continuar su tratamiento de Tuberculosis (en adelante TBC) de manera supervisada, pero no podía hacerlo de forma convencional ya que sus prótesis en los glúteos impedían la aplicación intramuscular de la Streptomina, por lo tanto según le indicaron en el Hospital debíamos hacerlo de manera intravenosa por goteo, lo que llevaría por lo menos 30 minutos.

Lo primero que hice fue preguntarle si alguna vez había hecho una consulta en el instituto, a lo cual me respondió que sí, y luego me dirigí al sector de archivos para tratar de ubicar su historia clínica, cosa que no fue fácil, porque la habían registrado con su identidad masculina. Cuando finalmente encontré sus registros y pude rescatar resultados de laboratorio, encontré que tenía una prueba de Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) positiva, lo cual ponía en evidencia una situación de salud más delicada.

Luego de todas esas demoras por fin pude volver al consultorio y conversamos sobre sus resultados y la necesidad de que se adheriera estrictamente al tratamiento. Ella no estaba muy convencida de la gravedad de la situación, decía que no podía estar tanto tiempo realizando un tratamiento, que sus horarios eran muy diferentes a los de la institución, que no podía venir antes del mediodía a recibir la medicación, que el día anterior había venido también a esta hora y el policía de la puerta no la había dejado pasar porque “no había nadie”, que ahora estaba apurada porque tenía un remis [servicio de transporte] esperándola en la puerta. Para colmo yo no contaba con elementos para

hacer un goteo intravenoso como el que ella necesitaba, ya que ese tipo de recursos habían sido negados a nuestra institución por decisión política de “desalentar la atención”. Se suponía que nuestra función en atención de consultorios solo podía ser de referencia y esto a criterio de los directivos significaba que no debíamos manejar más medicación e insumos.

Quedamos en que volvería al día siguiente con un poco más de tiempo, y buscaríamos la manera de administrarle su medicación. Le repetí que por favor volviera, que tenía mucha importancia para su bienestar, que yo la esperaba hasta tarde pero que no dejara de venir, le imploré que volviera.

Al día siguiente no volvió, yo estuve todo el día mirando la caja de medicación que me había dejado, lamentando no haber podido darle el tratamiento aunque sea una vez, sintiendo impotencia y también culpabilidad: “si hubiera hecho algo más...”. Comunicué lo que había sucedido a la jefa de consultorio (una médica con muchísimos años de experiencia en trabajo con la TBC), estuve pensando en alternativas para administrarle la medicación que no fuera intravenosa, inclusive busqué artículos científicos y encontré evidencia de estudios que mostraban la administración exitosa de la Streptomina IV en forma de nebulización, lo cual solucionaría el problema. Todos los días miraba la caja de medicamentos en el consultorio, llena, y pensaba cuánto trabajo, cuánta ciencia sintetizada en esos medicamentos, que podían curar lo que antes irremediablemente nos llevaba a una muerte segura. Pero Luciana no volvió.

Algo así como un mes después llegó la noticia de que había muerto, vino su amiga que la había acompañado ese día en el remis, a hacerse los controles, y me dijo que Luciana había estado muy mal, que transpiraba mucho y se secaba el sudor frente al ventilador, que había vuelto una vez más al Instituto pero que yo no estaba. Yo me sentí realmente afectado. No podía dejar de mirar la caja llena de medicación, no podía dejar de plantearme muchas dudas sobre mi trabajo, sobre mi rol y el rol de nuestra institución, de nuestro sistema de salud.

Para entonces surgió la dificultad de tener que realizar el control de los contactos de Luciana, con toda la complejidad que tenía esta comunidad trans, de trabajadoras sexuales, de inmigrantes (Luciana era Peruana), de sujetos marginados y precarizados, con sus identidades puestas en contradicción por un sistema que tiene preparadas todas sus planillas para masculino o femenino, para registrar un documento de identidad y sujetarse a ello, pese a que la persona ya no quiere ser “Frank” sino que tiene otra realidad, otro nombre. Y esas divergencias teñidas con un manto de suspicacia, de mendacidad. La comunicación con ellas no era fácil, no estábamos preparados para llevarla a cabo. En vano busqué un marco teórico sustentable para lidiar con la situación, ni la lectura de “los desviados” de Goffman me sirvió como preparación. Luego entendí que ellas estaban tan determinadas a realizarse, a realizar su “verdadera” identidad que ya habían “quemado las naves”: nada ni nadie las haría retroceder, ningún riesgo a su salud, ninguna actitud de burla o agresión les impediría ser ellas mismas.

Sin embargo, en el ámbito institucional estas cosas no tenían mayor incidencia, las reuniones giraban en torno a los nuevos proyectos de investigación, que tenían que ver con los

avances en medicina genética. La gran noticia no era que Luciana había fallecido, sino que venía un especialista de Europa a hablar de perfiles genéticos que detectarían la mayor susceptibilidad de algunas personas a la infección y contagio. Había mucho entusiasmo entre los médicos y bioquímicos por esta nueva línea de investigación que se abría, y que contaba con todo el apoyo de los funcionarios del Ministerio. No en vano Breilh señala que existe un riesgo cierto de convertir la investigación genética en un refugio para el determinismo biológico, contrarrestando los modestos avances de la interpretación social de la causalidad de las enfermedades.<sup>2</sup>

Ahí estábamos, frente a un problema de salud con características para las cuales nuestra organización, nuestras tecnologías (porque el trabajo en enfermería, es una tecnología) no tenían eficacia, y sin embargo no entraba dentro de la problemática “científica” ni sanitaria para quienes manejan las riendas institucionales, la necesidad de abrir líneas de investigación sobre estos ejes, de que pudiéramos llevarlas adelante los mismos enfermeros, ni se cruzaba por la imaginación de estos funcionarios enfundados en prestigio académico.

Quisiera decir que las cosas se han modificado, que la valiosa lección que aprendimos con Luciana no fue desperdiciada, pero lamentablemente no puedo hacerlo. Meses después de este episodio, fui testigo atónito de una reunión del programa de TBC local, donde la doctora a cargo se ufano de haber logrado «deportar a una de esas». La hegemonía del biologicismo trae aparejada el perfil subalterno que tiene la mirada enfermera, el derrotero institucional transita por otros carriles, nuestra participación, y nuestro estatus como profesionales está rígidamente demarcado por las temáticas y las decisiones de otros perfiles, y solo tenemos entidad como sujetos mientras nos alineamos a ellos, o debiera decir, nos alienamos a ellos.

En todo este relato se evidencia como las decisiones institucionales sobre lo que es importante, lo que merece consideración, lo que constituye un interés científico, está ligado exclusivamente a factores biológicos. Pareciera que esta manera de entender la salud nos llevaría a un ideal donde la atención sería un modelo de “mostrador”: en un mostrador uno se acercaría y enunciaría su dolencia, y luego pasaría por el otro mostrador para retirar su remedio en forma de pastilla.

Lamentablemente para todos, este paradigma está destinado al fracaso. Es más factible pensar que se puede automatizar el rol de los médicos al hacer diagnósticos o de los bioquímicos al hacer análisis y determinaciones, pero no es susceptible de reemplazo la función sanitaria de brindar cuidados con todo lo que ello implica. No deja de resonar la expresión de una de las bioquímicas que es convocada frecuentemente a reuniones en el ministerio de salud, cuando nos decía “eso de lo que se ocupan ustedes, que yo llamo el mundo de la ‘saraza’...”.

#### Bibliografía

1. Menéndez, Eduardo. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Ponencia en las Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Buenos Aires, 1988; pp: 451-464.
2. Breilh, Jaime. Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003; p. 163.