

## **El rol de la Medicalización psiquiátrica en accidentes laborales graves de CABA y GBA.**

### **MESA N° 42: La medicalización de la sociedad en el siglo XXI. Transformaciones, límites y nuevas perspectivas para el análisis en Latinoamérica**

Florencia D. Diez (Flopy.10@hotmail.com)

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

#### RESUMEN

Con el surgimiento del capitalismo, emergieron problemas sanitarios desconocidos que originaron y sustentaron a la Medicina Social, la cual cobró protagonismo en la tarea de lograr la normalización social, es decir, de distinguir aquello considerado sano, de aquello considerado patológico, siempre comparando los “desvíos” con respecto a la norma, al promedio, siendo que todo aquello tildado de “anormal” sufrió un proceso de medicalización sin precedentes. En el caso de los accidentes laborales graves, los accidentados caen inevitablemente en la medicalización psiquiátrica, transformando a sus “patologías” en algo psicológico y personal y desviando la mirada de las relaciones sociales y laborales de explotación que están detrás del siniestro. En este sentido se ejerce una violencia invisible, que deja entrever una relación entre fuerzas dispares y jerarquizadas, oculta tras el marco del sistema sanitario, omitiendo o demonizando la violencia disidente, que cuestiona al poder establecido. Con este trasfondo, y a partir de bibliografía especializada, se analizarán algunas historias clínicas psiquiátricas de pacientes bajo tratamiento médico por accidentes laborales de gravedad en CABA y GBA de la provincia de Buenos Aires, a fin de analizar el rol de la medicina mental en el ocultamiento o visibilización de relaciones de explotación laboral.

Palabras Clave: Accidentes, laboral, ART, medicalización.

#### INTRODUCCION

Entre 1850 y 1880 se dieron en Argentina cambios políticos, económicos y sociales muy significativos, en relación a la llegada masiva de inmigrantes y a la nueva configuración internacional que traía aparejada la Revolución industrial. Estas mutaciones dieron origen a nuevas problemáticas, como el hacinamiento, la alta tasa de mortalidad infantil, etc., que señalaron la necesidad de mejorar las condiciones de vida, así como las condiciones laborales. Estos problemas sanitarios desconocidos hasta ese entonces le dieron origen y sustento a la Medicina Social, cuyas cuatro funciones básicas,

enumeradas por Eduardo L. Menéndez son ser: Curativa-preventiva, Normalizadora, de control y de legitimación. Tal es el protagonismo que cobraron las ciencias médicas, que consiguieron un rol central en la tarea de lograr la renombrada normalización social, es decir, la capacidad de distinguir aquello que se considera sano, de aquello que se considera patológico, siempre comparando los “desvíos” con respecto a la norma, al promedio. En este contexto, la separación tajante entre lo “normal” y lo “patológico” desempeñó un papel importante, siendo que todo aquello considerado “anormal” “sufrirá un proceso de medicalización sin precedentes” (Huertas, 2009: 26).

Por otro lado, desde la irrupción del modelo capitalista y la consolidación de la burguesía como clase dominante fue surgiendo una nueva “moralización por el trabajo” (Huertas, 2009: Página 36) en la cual el trabajo reflejaba y fomentaba constancia, orden y evitaba desvíos. En este sentido, en el siglo XIX aparece la idea de riesgo en su versión moderna, la cual estaba íntimamente relacionada con las preocupaciones de los Estados nacionales por graduar los conflictos entre el trabajo y el capital, en el marco de un nuevo contexto capitalista. Por su parte, los médicos fueron cobrando un papel central en el marco de resolver los problemas generados por la pobreza y las constantes epidemias. En este contexto, aparecieron los médicos higienistas que consideraban a la enfermedad como un producto originado por varios factores, entre los cuales la configuración social y cultural tenían un rol considerable. Es por ello que impulsaron un programa urbano-sanitario ampliamente abarcativo y prevencionista, en el cual el Estado necesitaba redefinir su papel. Sin embargo, la necesidad de crear un programa centralizado y nacional chocaba con los ideales de un Estado federalista en gestación y con la escasez del presupuesto otorgado, lo que dio lugar a la proliferación de las Sociedades de Beneficencia. Estas instituciones benéficas buscaban amparar a personas pobres que necesitaban ayuda, evitando por medio de su exclusión, la alteración del orden público. “Los pobres eran considerados como niños a quienes los ricos deberían suministrar una moral y una ética, además de las condiciones de protección social necesarias para el mantenimiento del orden social” (Ramancciotti, 2008: Pág. 10). De todos modos, el Estado fue tornándose cada vez más involucrado con la solución de estas cuestiones sociales, sobre todo en las áreas en las cuales las sociedades de beneficencia habían logrado limitar los efectos de las desigualdades sociales. Para ello, necesitaba una mejor organización y control, con profesionales aptos para las tareas. De esta forma, se abrían dos cuestiones: en primera instancia, si el Estado debía intervenir únicamente con asistencialismo, o si debía hacerlo para reconocer los derechos de los ciudadanos; en segunda instancia, si dicho reconocimiento ciudadano debía ser financiado con impuestos o con aportes patronales y obreros.

**LEGALIDAD EN TORNO A LA ACCIDENTABILIDAD LABORAL Y SURGIMIENTO DE LAS ASEGURADORAS DE RIESGO DE TRABAJO (ART)**

Con el panorama descripto, surge en Argentina en 1915 la primera ley sobre infortunios laborales, que buscaba proteger a los trabajadores de los posibles accidentes laborales que sufrieran, a través de un seguro optativo que podían contratar los empleadores para resguardarse. Con esta Ley, el riesgo profesional era admitido como fuente de responsabilidad objetiva, pero se le agregaba una tarifación legal en base al salario y al grado de incapacidad que resultaba del accidente. De todos modos, como vemos, la autoridad estatal sostenía económicamente esta iniciativa por medio de pagos patronales, no lográndose aun la anhelada administración sanitaria nacional. Más allá de eso, la sanción de la Ley fue un avance que hablaba mucho de la época misma de su sanción, ya que se ubica en el punto de inflexión entre las políticas estatales decimonónicas, que veían potencialmente peligrosos a los pobres y enfermos para el futuro de la “raza” y de la “nación”; y entre la idea surgida en el Siglo XX de que era imperioso mejorar el nivel de vida de todos los ciudadanos, para lograr una mejoría en el desarrollo industrial. En mi opinión, estas características híbridas que encontramos en el origen de las leyes de riesgo de trabajo, se mantendrán a lo largo de la historia y serán parte de las aseguradoras que surgirán después.

Sin embargo, aunque los riesgos cobraron más vigor en el marco de la sociedad industrial, la nueva ley que sustituyó a la de 1915, sancionada en 1995, cambió totalmente el rumbo de 80 años de jurisprudencia. Es así como se dictó la primera ley de accidentes de trabajo reduccionista de derechos, la Nro. 24.028 que establecía entre sus normas más absurdas e inconstitucionales un artículo (Artículo 39), que eximía a los empleadores de toda responsabilidad civil en el infortunio, exceptuando los casos en los que había una intención explícita en causar el accidente por el cual se demandaba a la patronal. Este artículo buscaba ayudar a las pequeñas y medianas empresas debido a que se hallaban inmersas en una gran cantidad de juicios laborales. En relación a esta situación aparecieron las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (ART), que se encargaron del cumplimiento de las prestaciones médicas y dinerarias correspondientes, así como de la prevención de los riesgos laborales, en donde “El individuo contemporáneo ha sido modelado por las regulaciones estatales, por los sistemas colectivos de producción de seguridad, gestados por el Estado social. Este ha organizado sistemas para garantizar la protección y la seguridad, que se impusieron al punto de estar interiorizados” (Bianchi, 2012: Pág. 87)

## PRESTACIONES MÉDICAS PSIQUIÁTRICAS OBLIGATORIAS

Ahora bien, las Aseguradoras fueron modificando su papel a lo largo de los años, reorganizándolo por medio de diferentes resoluciones impartidas por la Superintendencia de Riesgos de Trabajo. Tal es así que, partir de la Resolución 276/13 dictaminada en Abril de 2013, se aprobó el

protocolo único de Prestaciones Médicas en Psiquiatría que exige el tratamiento sobre las afecciones mentales derivadas de enfermedades profesionales permanentes, así como de accidentes de trabajo. Estas afecciones comprenden:

- ⑩ Reacciones vivenciales anormales neuróticas / Desarrollos vivenciales anormales neuróticos / Estrés postraumático. Todas ellas en sus diferentes versiones clínicas: depresiva, conversiva, histérica, fóbica, angustiosa, ansiosa, psicósomática, anancástica, sensitiva, hipocondríaca, mixtas.
- ⑩ Estados psicóticos postraumáticos, ya sean pasajeros o duraderos.
- ⑩ Desórdenes mentales orgánicos, con o sin psicosis, originados por intoxicación con agentes químicos, exposición a agentes físicos y traumatismos de cráneo, todos ellos en el marco de la actividad laboral.

Por otro lado, es obligación de las ARTs generar un diagnóstico precoz dentro de la nosología de la Clínica psiquiátrica. Para ello, se usa el “Protocolo del consenso en psiquiatría previsional y de riesgos el trabajo” aprobado en el año 2004, aunque el uso de otras clasificaciones, como el DSM o CIE puede utilizarse de forma complementaria. Además, no es de extrañar que se obligue a los profesionales a cargo de los tratamientos a dejar constancia detallada de las evoluciones, prescripciones farmacológicas y diagnósticos, los cuales establecen calificaciones que luego condicionan todas las demás acciones del individuo. A diferencia de las etiquetas médicas, “Una vez que una persona es calificada como anormal, todas sus otras características y conductas quedan coloreadas por esa etiqueta” (Rosenhan, 1973: 5). Por otro lado, tal es el grado de psiquiatrización, que se está debatiendo inclusive la idea de otorgar prestaciones de salud mental a familiares de personas accidentadas. Esto demuestra el rol de los profesionales de la salud en el marco de la intervención estatal, así como en las necesidades de las víctimas de accidentes. De todas formas, más allá de la psiquiatrización, es importante mencionar que las personas que han quedado con secuelas notorias luego de su accidente laboral, como es el caso de todas las afecciones de gravedad con notorias consecuencias mentales, no son internados en hospitales psiquiátricos, sino que son derivados a sesiones ambulatorias de psicología y/o psiquiatría, favoreciendo la paulatina desmanicomialización que se extendió a todo el sector sanitario en las últimas décadas. Sin embargo, tal como afirma Rosenhan en su texto “Estar sano en lugares insanos”, los médicos operan con fuerte sesgo denominado Error del tipo II, por medio del cual tienden a denominar más frecuentemente como enfermas a personas sanas, que viceversa. Esto se debe a que es mucho más peligroso diagnosticar mal la enfermedad que la salud, lo cual se aprecia claramente en los informes psiquiátricos analizados, ya que sólo en unos pocos casos no se prescriben medicamentos y se les otorga el alta médica, mientras que en el resto de los siniestros, que son la gran mayoría, se recetan numerosos productos farmacéuticos. Veamos algunos ejemplos: “Vive con su esposa de 31 años,

peluquera, tres hijas de 12, 10 y 8 años. Dx: del supraespinoso, triple fractura de clavícula con placa, de la tibia y peroné. Al examen: ansioso, colaborador. Situación actual: Sueño: le cuesta iniciar el sueño varias horas, (...). Siente preocupación ante la idea de estar arriba de una escalera incluso ha tenido sueños al respecto porque le han dicho que va a quedar con articulación del tobillo fija y teme no poder sostenerse cuando trabaje. No tiene problemas en subir una escalera. Sensación de culpa por haber tenido dos accidentes, irritación que se manifiesta en el vínculo con su esposa. No tenido tristeza ni llanto. Socializa bien. No ha perdido el deseo sexual pero si tiene problemas de erección. Se indica medicación hipnótica: zolpidem 5 mg. a la noche. Se acuerda que realizaremos psicoterapia y medicación sin derivar a psicología”. Más adelante “02/10/14: le cuesta dormir, se despierta por trechos. De día cansado, con pocas ganas de hacer cosas. No logra hacer dieta. Excelente la evolución del pie. Se trabaja el tema del futuro. Estresado a ese respecto. Actualizo medicación: agregó 1) sertralina 50 mg. a la mañana 2) alprazolam 2 mg. ½ a la noche 3) zolpidem 10 mg. a la noche.” En otro paciente: “Está cansado del tratamiento y de los resultados. Ha puesto su mejor esfuerzo y no le hablan claro ni con los tratamientos ni con su evolución. Siente que no se va a recuperar. Está con dolor físico y la medicación que le han dado no le sirve. No se siente atendido. Nunca le dijeron si va a quedar así o tiene posibilidad de mejorar. La única respuesta es que hay que esperar. Duerme mal porque de noche siente mucha bronca, piensa todo el tiempo. Recuerda el tipo que lo chocó pero eso ya lo tiene casi elaborado. A veces llora cuando se ve en el espejo con la pierna doblada hacia afuera. El tema estético lo afecta mucho, le da vergüenza que lo vean así. Piensa que tampoco han pensado en su estética. Teme por su futuro y se pone mal, está seguro que no lo van a aceptar en el trabajo a la vuelta y que no va a conseguir un nuevo trabajo. No le interesa tomar medicación porque piensa que va a estar dopado todo el tiempo. Antes hacía Tae Kuondo y ahora no puede hacer nada. Se realiza escala de Millon III: Ansiedad. Somatoforme. Trastorno adaptativo con ansiedad) (...) Indico medicación: Sertralina 50 mg., alprazolam 0.25 mg., zolpidem 5 mg”. Como este hay cientos de ejemplos, pero no quiero redundar en lo mismo sino demostrar cómo la medicalización es un factor preponderante en el tratamiento médico de pacientes que han sufrido accidentes de gravedad, sin recaer en la manicomialización. En este punto, como bien mencionamos antes que decía Huertas todo aquello considerado “anormal” “sufrirá un proceso de medicalización sin precedentes” (Huertas, 2009: 26). Es de importancia destacar que las prestaciones farmacéuticas son obligatorias para las ARTs en lo que respecta al tratamiento médico. Dentro de las afecciones mencionadas, tanto las Reacciones vivenciales anormales neuróticas, los desarrollos vivenciales anormales neuróticos y el Estrés postraumático, así como los Estados psicóticos postraumáticos y el desorden Mental Orgánico (DMO) originado por enfermedades o accidentes laborales son clasificados según grados I – II – III – IV, y sus intermedios, en base a la gravedad resultante de los psicodiagnósticos, es decir, en base los test realizados, pero también en base a la percepción del psiquiatra, dado que se incluye por

ejemplo, la “Constatación de síntomas senso perceptivos: alucinaciones visuales y auditivas, ilusiones patológicas, cenestesias, etc.” y como nos ha demostrado Rosenhan en su texto “Estar sano en lugares insanos”, esto es prácticamente inconstatable. De todas formas, lo que me interesa destacar es que sólo en el grado I de todas las afecciones mencionadas, en el cual no se constata ningún tipo de síntoma, se excluye la medicalización como forma de tratamiento, mientras que en los demás grados, la medicación está prevista como parte del tratamiento psiquiátrico.

## ALGUNAS CONCLUSIONES SOBRE EL CONTEXTO

Sin embargo, con todo lo antedicho, me parece fundamental tener en cuenta que uno de los problemas habituales que presentan los diagnósticos efectuados es que encuentran las fuentes de la enfermedad dentro del individuo y nunca en el entorno que lo rodea. En el modelo médico hegemónico es la atención médica curativa la que tiene el papel protagónico, ya que al reducir la práctica médica únicamente a su carácter reparativo sobre el individuo enfermo, se dejan a un lado las condiciones económicas, políticas y sociales originadas por el proceso de explotación laboral. Esto se debe a que es imprescindible que el control social no se obtenga únicamente por medio de la coacción, sino también por medio de una adhesión “libre”, que opere de forma persuasiva para mantener la armonía social y reproducir la dominación burguesa sin alteraciones. De esta forma, los profesionales, el sistema político, la industria farmacéutica y el sistema sanitario, por su parte, sostienen y promueven esa idea al considerarlos sujetos “desviados” que deben ser constantemente medicalizados, sin cuestionar nunca (No por casualidad) las relaciones explotadoras de trasfondo. Es así como la medicina, a través del discurso higiénico-moral, funcionó como mediadora entre la nueva realidad capitalista y todas las clases sociales, que adoptaron sus indicaciones hasta que sus normas se hallaron interiorizadas. “En cualquier caso, y aunque los intereses económicos siempre están presentes, el eje de las medidas higienistas individuales es (...) la modificación de las costumbres, su moralización y su asimilación a las normas y valores hegemónicos” (Huertas, 2009: 40). En contraposición, hay una clara incidencia del trabajo en la contracción de enfermedades y en la concreción de accidentes, ya que si bien no hay una estadística nacional, la experiencia en el área me ha demostrado que en su gran mayoría los accidentados son personas de clase baja. No sucede lo mismo entre personas de clases socioeconómicas acomodadas, entre las cuales preponderan los accidentes automovilísticos in itinere, es decir, yendo o viniendo de su trabajo. En este sentido se ejerce una violencia invisible, que deja entrever una relación entre fuerzas dispares y jerarquizadas, por medio de la cual se le niega a la parte sometida la posibilidad de elegir una alternativa diferente. Vemos así como de estas relaciones de fuerzas dispares surgen cristalizaciones que aparecen como “propiedades materiales de las cosas” pero que son mera expresión de dichas relaciones sociales

asimétricas. Sería ideal en otra instancia poder acceder a datos estadísticos concretos que sostengan lo antedicho de forma fehaciente y nos permitan evaluar valores nacionales en lo que respecta a la accidentabilidad laboral, permitiéndonos distinguir accidentes según zonas, ramas de la economía, niveles socioeconómicos de los accidentados, según sexo, etc. Continuando con el análisis, surge también la cuestión del poder, aunque hubo que esperar más adelante en la historia para que Foucault desarrolle este concepto. Para este autor, las relaciones de poder son producto de relaciones de violencia, concretadas o latentes, que han sido incorporadas y legitimadas por los sectores subordinados. En el caso del capitalismo, se pueden observar cómo la burguesía logró ejercer el poder, para lo cual necesitó que los cuerpos explotados naturalicen la relación de dominación, recurriendo a las mínimas cantidades de violencia visible, pero a una atemorización recurrente, que disminuyan los focos “patológicos” manteniendo anestesiados los puntos de reacción. “Los procesos de normalización implementados desde el poder siguen construyendo todos los días territorios de consenso donde el objetivo es producir el olvido o la demonización de la violencia disidente, la que cuestiona al poder establecido, y sustituirla por la historia oficial de la glorificación y la justificación de las violencias producidas por ese poder” (Izaguirre, 1998: Página. 5). De todas formas, afortunadamente, lo antedicho no significa que los sectores subordinados aceptan la relación de poder sin oponérsele, muy por el contrario, Foucault habla de focos de resistencia en toda relación de poder, que constituyen pujas constantes de fuerzas, ya que el poder para él es direccional pero no subjetivo.

Ahora bien, entran en contradicción dos objetivos inherentes al nuevo modo de producción capitalista: por un lado, la necesidad de atenuar las inhumanas condiciones de trabajo del proletariado, cuyo correlato, como bien indica Huertas, es disminuir la mortalidad para asegurarse a su vez la reproducción de la mano de obra; pero por otro lado es necesario llevar a cabo estrategias que aseguren la vigilancia y que mantengan la subordinación, lo cual se observa en la exigencia de que las madres continúen en las fábricas sin poder dar lactancia a sus recién nacidos, ya que las virtudes moralizantes del trabajo se hallan siempre presentes. Esto bien lo analiza Eduardo L. Menéndez cuando afirma que “La necesidad de saneamiento y de abatimiento de la morbimortalidad tiene que ver con un fenómeno de protección clasista que se convierte en posible protección colectiva; pero también tiene que ver con el aseguramiento de procesos que aseguren una mayor productividad” (Menéndez, 1985: Página 1)

Como podemos apreciar el mundo laboral es muy amplio, así como también lo es el submundo de los accidentes laborales, ya que condensa numerosas problemáticas sociales propias del capitalismo, como la explotación, la medicalización, el control, la resistencia, etc.

## BIBLIOGRAFÍA

- ⑩ Huertas, Rafael (2009). Medicina social, control social y políticas del cuerpo. La subjetivación de la norma. En: Miranda, M. y Girón Sierra, A. (coords.) *Cuerpo, Biopolítica y Control Social*. Buenos Aires, Ed. Siglo XXI. Pp. 19-42.
- ⑩ Bianchi, E. (2010) “La perspectiva teórico-metodológica de Foucault. Algunas notas para investigar al ‘ADHD’” (fragmento) en *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 8, núm. 1, pp. 43-65, Colombia: Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud.
- ⑩ Menéndez, Eduardo (1985) “Modelo médico hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud.”. *Cuadernos Médico Sociales* N° 33. Rosario: Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- ⑩ Scheper-Hughes, N. (1997) “Nervoso” en *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*, Barcelona: Editorial Ariel.
- ⑩ Foucault, M. (2000) “Clase del 5 de febrero de en *Los Anormales*. FCE.
- ⑩ Bianchi, E. (2012) “El problema del riesgo. Notas para una reflexión sobre los aportes surgidos de la usina genealógica en torno al concepto de riesgo en salud mental”. En *espacios nueva serie*. Estudios de Biopolítica N° 7 pp. 84-97. Argentina.
- ⑩ Foucault, M (2002) “Disciplina”, en *Vigilar y castigar*. Siglo XXI.
- ⑩ Rosenhan, D. (1982). “Acerca de estar sano en un medio enfermo”, en P. Watzlawick, *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- ⑩ Talak, A. M. (2005). “Eugenesia e higiene mental: usos de la psicología en la Argentina, 1900-1940” en Miranda, M. y Vallejo, G., *Darwinismo social y eugenesia en el mundo latino*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- ⑩ Ramacciotti, K. (2008). “Las instituciones sanitarias en la Argentina: Entre el clamor de las urgencias y la planificación” en Cannellotto y Lutchtenberg (comp.) *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre la construcción social de las Enfermedades*. Pp. 150-181. Buenos Aires: UNSAM EDITA.
- ⑩ Bianchi, E. (2014). *Biopolítica: Foucault y después. Contrapuntos entre algunos aportes, límites y perspectivas asociados a la biopolítica contemporánea*. Astrolabio Nueva Época; Lugar: Córdoba; vol. 1 p. 218 – 251.
- ⑩ Mauri, Diana; Rotelli y otros (1987) “Desinstitucionalización, otra vía. La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de Europa Occidental y de los países avanzados”. *Revista de Neuropsiquiatría*, Vol. II. N° 23.
- ⑩ Valero, A. S. y Faraone, S. (2013) “Lo punitivo y lo terapéutico. El proceso de



desinstitucionalización del Corralito” en *Dilemas en salud mental: Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.