



EGUZKILORE

(Flor protectora contra las fuerzas negativas)

Cuaderno del Instituto Vasco de Criminología.
San Sebastián, N.º 6 - 1992.

• A. Maeso. Presentación	7
II Jornadas de Policía Judicial	
• C. Conde-Pumpido. El modelo Constitucional	13
• J. Fernández Leyva. El servicio fiscal y el contrabando	21
• A. Giménez Pericás. La prueba ilícitamente obtenida	29
• A. Nájera Cerrillo. El juego en Euzkadi	37
• L. Navajas Ramos. Drogodependencias y Derecho penal ..	43
Homenaje a D. José M. de Barandiarán	
• A. Beristain. Barandiarán, universitario	51
• F. Etxeberria. Barandiarán, formador de investigadores	57
• J.M.^a Gondra. Barandiarán y Wilhelm Wundt	61
Respuestas criminológicas a las toxicomanías	
• F. Azurmendi. Drogodelincuencia y medidas alternativas ...	67
• D. Beltrán. Penalización o legalización	79
• J.L. de la Cuesta. Ley de las drogodependencias	91
• A. Giménez Pericás. Los medios de comunicación	97
• J. Huete. Tráfico de drogas e inseguridad ciudadana	103
• L. Navajas. La respuesta judicial	113
Asistencia a las víctimas del delito	
• M.^a J. Conde. Derechos Humanos de la víctima	123
• E. Echeburúa. Las víctimas de agresiones sexuales	131
• M.^a E. de Miguel. Coordenadas del Departamento de Justicia	137
• J.R. Palacio. La asistencia a las víctimas en Vizcaya	153
• A. Seoane. Aspectos médicos	165
G. Kaiser, Doctor "Honoris Causa" en Criminología	
• J.J. Goiriena. Alocución del Lector	175
• G. Kaiser. La función de la Criminología	181
• A. Beristain. Criminología, Deontología y Victimología	193
• Presentación de publicaciones	227
• V Promoción de Criminólogos Vascos	241
• Memoria del IVAC-KREI	249

EGUZKILORE

Número 6.
San Sebastián
Diciembre 1992
165 - 172

ASPECTOS MEDICOS DE LA ASISTENCIA A LAS VICTIMAS

Alfonso SEOANE

*Jefe de la Unidad de Tratamiento del Dolor
en el Hospital de Cruces (Vizcaya)*

Resumen: se aborda el tema de la asistencia médica a las víctimas, la relación entre la Medicina y la Víctima así como la posible victimización del enfermo en el momento de recibir atención médica.

Laburpena: kaltetunen sendagille laguntza eta Medikuntza eta Kaltetun artean harremanaz, egileak hitz egiten du. Baita ere, gaisoen erakeitza osabidea jasotzean.

RESUEM: on aborde le sujet des soins médicaux aux victimes, le rapport entre la Médecine et la Victima, ainsi que la possible victimation du malade au moment de recevoir des soins médicaux.

Summary: it is discussed the subject of medical case to victims, the relation between Medicine and Victims, as well as the possible victimation of patients when they receive medical care.

Palabras clave: Víctima, Medicina, Etica, asistencia.

Hitzik garrantzizkoenak: Katelduna, Medikuntza, Etika, laguntza.

Mots clef: Victime, Médecine, Ethique, soins.

Key words: Victim, Medicinal, Ethical, assistance.

“La muerte de cualquier hombre me mutila a mí, porque estoy implicado en la Humanidad, por eso, nunca quieras saber por quién doblan las campanas, doblan por tí”.

John Donnen (1571-1631)

ASISTENCIA MEDICA A LAS VICTIMAS: ATENCION GLOBAL

La relación de la Medicina y “la Víctima” podemos verla de dos formas.

En primer término, podemos considerar la estricta atención médica a las víctimas, como acción reparadora, resucitadora, etc., pero también, en segundo lugar debemos contemplar la posibilidad que la Medicina en general y el médico en particular, tiene, de convertir a la persona, enferma o no, en Víctima.

Dado el ambiente en que me encuentro, es difícil sustraerse a la posibilidad de dar a la palabra víctima una matiz jurídico-penal, si bien el Diccionario de la lengua no reconoce esa sola posibilidad. Si bajo el punto de vista jurídico, víctima es, más o menos, quien sufre la acción “delictiva”; es decir, la persona en quien más directamente repercute los nocivos efectos del delito, en un sentido extrajurídico, podemos suprimir la palabra “delictiva” y cambiar delito por acción, para lograr una significación muy aproximada de la palabra víctima.

Si me ocupara de la atención médica, en el aspecto que resalté inicialmente, tendría que intentar recitarles a Uds. buena parte de la Patología Médica y Quirúrgica.

La cuestión puede complicarse más todavía si consideramos que el daño puede ser doble, físico y psicológico, lo que se evidencia por ejemplo en algunos casos de violación. Lo que sí es cierto, es que en estos aspectos como en cualquier otro de la atención al enfermo, éste requiere una atención global.

Tal vez haya que apuntar algo cuando la víctima sufre lesiones importantes con posibilidad de morir. En este caso, la Medicina Actual está asistida por una técnica (cubriendo la atención “in situ”, la logística y la terapéutica) que permite la supervivencia del herido en casos en los que hasta hace pocos años, el óbito era obligado.

La causa de semejantes éxitos, como se ha visto claramente en las últimas guerras, está basada en la pronta recogida de la víctima grave y su transporte hasta el Centro Médico donde se le va a prestar una “atención definitiva”, o total. Debemos resaltar la enorme diferencia entre las evacuaciones de las “ambulancias volantes” de Larrey y los modernos helicópteros, en los que se estudia hasta el número de palas de su rotor para procurar la mínima vibración al herido.

Técnicas como la circulación extracorpórea, la diálisis o una reanimatología avanzada, permiten hoy recuperaciones casi increíbles. Podemos, no obstante, plantear aquí lo adecuado o no de luchar por la supervivencia de lesionados con mutilaciones extensas y llamativas. En este sentido, quizá merezca la pena la constatación de que en general, a veces chocando con nuestra suposición personal, el mutilado se alegra de haber conservado la vida. En cualquier caso, el vertiginoso avance tecnológico ha provocado la pregunta paradigmática de “si todo lo actualmente posi-

ble es conveniente”. Luego lo veremos de nuevo, pero podemos adelantar la pregunta de “si la ciencia ha sido alguna vez éticamente neutra”, y si en estos momentos es “éticamente sospechosa” y por tanto debería ser controlada.

Es evidente que me estoy introduciendo en la segunda parte de mi exposición que trataría del cómo, dónde y hasta cuándo debemos aplicar nuestros recursos terapéuticos para lograr la pervivencia del lesionado, de la víctima.

Es oportuno resaltar la facilidad que el médico posee para convertir al paciente, a la persona objeto de su atención profesional, en víctima. No me resisto a adelantar que la no consideración del hombre en toda su complejidad, globalmente, va a conducirnos inevitablemente a su victimación.

Si bien nos ocuparemos después más extensamente de ello, debemos convenir en lo que parece una tendencia innata en el hombre, la conversión en víctimas a los que nos rodean.

Víctima puede ser y frecuentemente lo es el niño, de sus padres o de sus maestros, forjadores de un ideal personal al que tendrá que adaptarse o sufrir el correspondiente castigo. Evidentemente las religiones poseen un enorme potencial que han ejercido en el sentido que nos ocupa. Con las debidas reservas, puesto que literalmente es una exageración, los padres, maestros o religiosos pueden crear un cierto tipo de “delincuencia”, de delito, que es preciso, purgar, exonerarse de él para incorporarse al Grupo y a las reglas establecidas por él que parecen ser “el soporte del bien y la virtud”.

La “astucia” para victimar “al otro” es tal que incluso el sentimiento amoroso, o el que se designa como tal, es de una enorme eficacia para crear víctimas. Su capacidad para apoderarse “del que se ama” puede llevar a la esclavización de éste, lo que generalmente queremos justificar diciendo que “lo hacemos por su bien” o por el inmenso amor que le tenemos.

RELACION MEDICO-VICTIMA

Para centrarme ya definitivamente en el tema debería empezar por el examen, aunque sea somero, de la Medicina Actual.

No hace falta razonar la afirmación de que la Medicina es una manifestación cultural más de la Sociedad y por lo tanto sujeta también a variables convicciones. La de ahora, la que hacemos, la que sufrimos o gozamos, sólo es posible en esta sociedad. Con respecto a ésta, causaron en mí una fuerte impresión las palabras de Camus: ...“la contemplación de campos de esclavos erigidos bajo la bandera de la libertad y de masacres justificadas bajo una capa de filantropía o de devoción al superhombre es algo que en cierto modo traumatiza la capacidad de juicio. Llegado el momento en que el crimen se viste de inocencia gracias a una curiosa transposición propia de nuestra época —es la inocencia la llamada a autojustificarse”...

La Medicina, sobre todo al socializarse o peor aún, estatalizarse, puede sufrir un proceso de desnaturalización. Veamos esto.

Inicialmente podemos afirmar que no es lo mismo Sanidad y Medicina, aunque podría haber un puente entre ambas a través de la Medicina Preventiva. El que en el presente siglo se haya aumentado de forma notoria la expectativa de vida se debe más a la Sanidad que a la Medicina. La base de ese aumento del promedio de vida ha sido la protección o producción de aguas potables, la evacuación correcta de la aguas residuales y la mejora de alimentación y vivienda. Mucho más todo esto que el masivo consumo de pastillas o la enorme frecuentación de los hospitales.

Incluso una reflexión superficial nos hace convenir en que las causas de la enfermedad son con gran frecuencia sociales y que la Medicina está maquillando esa realidad; enmascara o ignora las causas profundas del mal. Podríamos llegar a decir, aunque la afirmación no la aceptemos literalmente, que la Medicina actual es una "coartada". Una coartada de una determinada situación de una sociedad inadecuada para el individuo, pero fomentada desde "los poderes". Llevando las cosas a un cierto límite de exageración, pero con una resonancia cierta, podríamos decir que estamos sumidos en lo que alguien ha llamado "ecofascismo" y que se caracteriza por el conjunto de medidas médico-sociales destinadas a ajustar a los individuos a las formas de vida establecidas, suprimiendo mediante drogas los síntomas del sufrimiento.

Un aspecto muy importante, a mi juicio básico, es la relación médico-enfermo. Realmente toda la asistencia médica está construida sobre ella. Olvidar ésto o despreciarlo es grave porque hace caer en vicios de orden intelectual, ético y finalmente jurídico. La modificación de esa relación supone una verdadera conmoción a muchos niveles.

Ahora en la Medicina, sobre todo la socializada, se está poniendo el acento en el "Equipo médico", que el paciente admitiría mucho mejor si en él estuviera incluido su médico habitual. Así, el paciente se dirige a un equipo o servicio al que como ciudadano le han dicho que "tiene derecho". Esto supone complicaciones muy importantes al introducir en Medicina un concepto nuevo como es el de "Justicia". Se dice constantemente, sobre la base de la justicia social, que toda persona tiene derecho al mismo trato y a igual tratamiento, lo que en la realidad choca frontalmente con el hecho de que los recursos son limitados y no pueden alcanzar a todos. De forma tácita o explícita, en los hospitales se establecen prioridades. Un nuevo factor que va a producir en el médico un fuerte malestar es que necesariamente va a tener que elegir entre varios pacientes. Para mitigar ese malestar existe el recurso infantil de acudir al ordenador, que de forma absolutamente lógica (según los datos introducidos en él), nos va a decir lo que tenemos que hacer con aquel ser humano (!).

En un intento de resolver estos problemas y otros muchos que se plantean a diario en la práctica médica, surge una disciplina nueva, la Bioética, asentada sobre principios que deben aceptarse de forma consensuada y que establece o intenta establecer entre médico y paciente una relación mas "fraternal", más horizontal y no la típicamente complementaria de sometimiento del enfermo.

Desde el Informe Belmont se aceptan tres principios iniciales: el de Beneficencia, el de Justicia y el de Autonomía, a los que se debe añadir un cuarto, el de no

maleficiencia (el ancestral “*primun non nocere*”). Son los cuatro valores que resumen los Derechos Humanos en las Ciencias de la Salud, sobre los que toda persona deberá estar de acuerdo.

En la práctica, lo anterior debe llevar a la creación de Comités o Comisiones de Bioética en los Hospitales. No hay duda de que serán muy útiles para el análisis de determinadas situaciones, pero también y eso es importante creo yo, porque rescata a la Ciencia Médica de un castillo en el que podría quedar secuestrada. Tiene razón A. Cortina cuando afirma que toda ciencia que no reflexiona sobre sí misma se convierte en ideología. Ocurre esto por ejemplo, cuando un médico, basándose en que posee la Ciencia niega la autonomía al paciente.

La práctica de la Medicina y su orientación en un momento concreto hemos dichos que corresponde a la valoración y significado real del hombre para la sociedad. La Medicina va a ser una consecuencia clara y precisa de ello. Lo ha sido tanto en momentos luminosos como en aquellos otros constreñidos y oscuros.

Ahora, en estos momentos, cuando la sociedad resalta de forma clara el papel del hombre como productor y consumidor de bienes, los médicos deberíamos prestar mayor atención a nuestras terapias. Me atrevería a decir que con frecuencia la orientación de determinada terapia está excesivamente orientada, excesivamente polarizada al “órgano” o miembro enfermo. Si bien es aceptable para la profundización de la Ciencia Médica la “parcelación de la persona”, deberemos admitir que tal hecho exige una actitud vigilante para no perder de vista su contemplación global. Sólo una visión totalizadora nos va a dar la luz sobre los estudios parciales de ese complejo ser que es el hombre.

Todo ello podemos apreciarlo claramente en la actividad quirúrgica y dentro de ella, en la práctica de los trasplantes, por ejemplo. La ejecución de un trasplante debe referirse a lo que se supone que el hombre es. No puede tratarse de ejecutar una pirueta quirúrgica que pone a prueba la habilidad personal. Esos posibles trasplantes sólo tienen sentido cuando van a proporcionar a la persona a la que se le efectúen, una calidad de vida adecuada. Yo les aseguro que se realizan muchas piruetas en los quirófanos.

Volviendo hacia atrás y apuntando a lo ya dicho, miremos cómo el papel de víctima lo empieza a encarnar el enfermo, en muchas ocasiones, desde que pisa la consulta del médico. Quizá la escena resulta más evidente cuando el médico es cirujano. Me estoy refiriendo al “proyecto terapéutico” que tiene en su cabeza el médico y a la información que a ese respecto proporciona al paciente.

Sería bueno, creo yo, para nosotros los médicos, que reconociéramos que hemos actuado (y lo seguimos haciendo) como “señores de la vida y de la muerte”, decidiendo unilateralmente, lo que el paciente debería hacer. Es evidente que no se trata de algo tan simple como una concreta imposición (lo que en cierta forma y con la colaboración de la familia, ha ocurrido), sino brindando una información incompleta o incomprensible (“cripto información”) para el profano que escucha con seguridad angustiado y nervioso. Decirle que a la vista de lo encontrado debe hacerse como solución “una hemimandibulectomía, glossectomía y toilette ganglionar cervical”, es casi engañarle.

¿Qué se debe hacer? Desde luego compartir una decisión sobre la base de una información perfectamente adecuada al momento y a la capacidad del paciente para entenderla y soportarla. No debemos ni podemos, basados sólo en nuestro propio criterio, alterar radicalmente el funcionalismo y la morfología física sin la suficiente información al enfermo. En la entrevista, en el acto clínico, se produce el contacto entre una determinada información técnica y humana, sobre la cual ha reflexionado el médico y una persona que con toda su complejidad humana es la realidad y pide ayuda, tanto para aliviar su sintomatología como para potenciar y prevenir alteraciones de su salud. Ambas tienen como objetivo la transformación de esta realidad. Una vez evaluada la información recíproca se ha de decidir conjuntamente hacia dónde, cuándo, cómo y por qué caminos se debe avanzar.

No ha pasado aún el tiempo ni se ha modificado demasiado la actitud de aquellos que se inclinaban a llevar a cabo "hemicorporectomías" en neoplasias extendidas de la pelvis, seccionando a los enfermos a la altura del ombligo. Se trata en definitiva del "encarnizamiento terapéutico". Parece que la Medicina, el médico, hubiera olvidado lo de "curar si se puede, aliviar siempre" o mejor aún, después de Curar, de la imposibilidad de hacerlo (en definitiva los médicos convertimos a los enfermos en "morosos de la muerte"), sí cabe la opción de Cuidar.

Los que siempre hemos desarrollado una labor hospitalaria, somos conscientes de que nuestros hospitales corren el riesgo de convertirse en supermercados de salud, donde una medicina supertecnificada e instaladora de prótesis, parece tratar al hombre como una máquina, llevándole al colmo de la desposesión de sí mismo.

La enorme amplitud, de las organizaciones de Salud, su ámbito (me refiero a las estatales) aumentan el riesgo para el enfermo, ya que los médicos podemos convertirnos en prolongación del sistema, con lazos más fuertes con éste que con el paciente.

Acuden a mi memoria unas palabras de Platón (Leyes IV) que aún tienen vigencia. Dicen así: "Existen dos tipos de médicos: los que son buenos para los esclavos (con frecuencia son ellos mismos de conducta servil) y que se limitan a prescribir sin dar explicaciones y aquellos nacidos libres que se dirigen a los hombres libres. Estos no se contentan con escribir recetas sino que conversan con los pacientes, los exhortan, los persuaden mediante argumentos, que una vez convenidos, serán de tal naturaleza que les impulsen a llevar la vida que les conviene. Del médico sabio el hombre libre debe recibir, más allá de los medios que permitan la cura propiamente dicha, una armadura racional para el conjunto de su existencia".

VICTIMIZACION DEL ENFERMO

Entre otros muchos aspectos de la práctica médica, probablemente merezca la pena detenerse en el ejercicio de la Psiquiatría y en la actitud para con los Enfermos Terminales como especialmente capaces de convertir al enfermo en víctima.

No pretendo en absoluto una descalificación del psiquiatra. Para empezar quizá habría que hacer una matización diferencial entre psiquiatra y Psiquiatría. Mi pre-

tensión es mostrar “la otra cara de la moneda”, las sombras de un ejercicio en las cuales permanecemos a veces mucho tiempo, demasiado. En ocasiones, a la práctica psiquiátrica se le puede achacar que parece intentar borrar de la mente de la persona los traumas generados por la sociedad para que después continúe sometido a los mismos agentes, a graves traumatismos que han permitido colocarle a alguien la etiqueta de enfermo mental. El fenómeno psiquiátrico requiere en mi criterio un análisis más profundo precisamente por las posibilidades que la Psiquiatría posee de enjuiciar toda la conducta del individuo y de no perdonar ningún aspecto de ella, calificándola de patológica.

A lo largo de la historia, el comportamiento de aquellas personas cuya conducta difiere de la de sus semejantes, sea por no alcanzar la norma habitual del grupo, sea por superarla, ha sido vivido por éste como un misterio o una amenaza. Los conceptos de posesión diabólica y locura, han proporcionado una teoría rudimentaria para explicar tales sucesos y discurrir métodos apropiados para hacerles frente.

Podemos comentar cómo al igual que Esquirol, Charcot enjuició a las brujas a través de las definiciones de sus atormentadores y procedió desde este punto de vista a estudiar su “neuropatología”. Actualmente tenemos pocas excusas para no saber que el comportamiento de las brujas no se dio en un vacío social; se comportaron de la manera que lo hicieron en parte por verse perseguidas por sus enemigos (los inquisidores) y su conducta fue descrita de un modo concreto, porque el lenguaje de tales descripciones estaba controlado por sus perseguidores, los teólogos. “Mutatis mutandis”, lo mismo puede decirse de las “histéricas” que Charcot y Freud hallaron en la Salpêtrière; se comportaban como lo hacían, en parte por verse perseguidas por sus enemigos, los neuropsiquiatras y su conducta se describía de aquel modo concreto, porque el lenguaje de tales descripciones estaba controlado por sus perseguidores, los médicos.

Del enjuiciamiento de las conductas supuestamente anormales, podríamos pasar el examen crítico de ciertos tratamientos (recientes), como el llamado “Psicoanálisis Directo”, practicado por Rosen o la “Terapia de Aversión y Modificación Conductual”.

Hace una década aproximadamente todavía Rosen (o sus discípulos) amenazaba y golpeaba a sus pacientes. Posiblemente participaba de la argumentación de que “otros lo harán aún más brutalmente”. Es frecuente que quienes participan en hacer sufrir a otros, empleen tales argumentos. No fue solamente Rosen, sino después Honig y otros discípulos quienes lo siguieron haciendo. Lo realmente preocupante es que no fueron los médicos, sino una clienta supuestamente loca, la que logró en el 83 que Rosen tuviera que abandonar la Medicina.

Es evidente que no se puede privar de valor a la psicoterapia, pero también hemos de reconocer que tampoco puede evitar que el psicoterapeuta instile o trate de hacerlo, sus propios valores, a los pacientes. En algún grado y de acuerdo con Hurvitz, debemos intuir que “la psicoterapia crea un poderoso soporte para el orden establecido y desafía, rotula, manipula, rechaza o descalifica a quienes intentan cambiar la sociedad”.

Por último y para terminar, el enfermo, el hombre, puede desarrollar plenamente el papel de víctima cuando está “Terminalmente enfermo”.

Llamamos enfermo terminal a aquél cuya expectativa de vida, por la índole de su enfermedad básica es muy corta. Se trata en general de neoplásicos.

Ante esta clase de pacientes nuestra sociedad reacciona de una forma típica. Ocurre como si ella y por tanto la Medicina, tuvieran un concepto puramente productivo del hombre, como si lo concibiera como una rueda más en la maquinaria capaz de producir y consumir, de tal forma que cuando la persona se encuentra en situación de terminalidad, en “esa” misión que se le ha asignado casi exclusivamente, deja de interesar a esa Sociedad y se le abandona. Se le deja solo.

Sería un colofón cruelmente irónico que para estas, aún personas, se pretendiera someterlas al “consuelo” de una Eutanasia reglamentada y legalizada.

Lo descrito hasta aquí puede parecer excesivamente crítico y quizá exagerado. He intentado sólo subrayar los peligros de una profesión situada casi siempre en el filo de la navaja. De ese riesgo al médico sólo le puede salvar su atención permanente y la consideración totalizadora del hombre enfermo.

Una actitud rigurosa y valiente, como indica M. Catalá refiriéndose a Klübler-Ross, quizá al médico le permita decir, me permita, decir así:

- Busqué a mi alma — a mi alma no la pude ver.
- Busqué a mi Dios — mi Dios me eludió.
- Busqué a mi hermano y encontré a los tres.

Si ocurre así el médico habrá “despertado” y verá el hombre como lo que es, “un puente entre dos mundos”. Eso es precisamente lo que hay de grande en él, que es un puente y no un término, un tránsito y no un ocaso”, según escribió Druot.