



## El discurso médico y la construcción de la minoridad: El secreto profesional. Un estudio antropológico<sup>1</sup>

Ariel Adaszko\*

### RESUMEN

Presentamos algunos resultados de la investigación "Proceso de Atención de Adolescentes" en la cual se abordaron los modos específicos de institucionalización de saberes y prácticas en la atención médica de adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires. El adolescente ha sido construido en el último siglo como un sujeto vulnerable que atraviesa un período naturalmente problemático requiriendo una supervisión profesionalizada. Desde la biomedicina se esgrime un discurso a través del cual se legitima la intervención a fin de velar por la incorporación de los jóvenes al mundo de los adultos en condiciones "saludables", siendo la medicina para adolescentes la poseedora del "saber" que lo garantiza. En este proceso la consulta es transformada en un espacio de control, normalización y disciplinamiento, en la cual la adjudicación de roles por parte del médico ocupa un lugar privilegiado, al menos hasta que se le conceda al joven la capacidad de asumir responsabilidades y cuidarse solo, dos de los indicadores que utiliza el médico para reconocer al joven como adulto. Estos procesos y mecanismos de control se reflejan con especial intensidad en el manejo del secreto

\*Ariel Adaszko, licenciado en Ciencias Antropológicas. Miembro del equipo de investigación del proyecto: "Construcción Social y VIH Sida. Los procesos de Atención Médica" (UBACyT FI-093) bajo la dirección de Susana Margulies. Programa de Antropología y Salud, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Correo electrónico: ariadasz@mail.retina.ar

Artículo recibido en septiembre de 2000; aprobado para su publicación en diciembre del mismo año.

profesional. En base a entrevistas en profundidad a 11 practicantes de la subespecialidad, en este trabajo estudiamos la relación médico-paciente analizando los criterios y prácticas en relación al manejo del secreto profesional.

**PALABRAS CLAVE:** adolescencia, proceso de atención médica, secreto profesional, medicalización, construcción social.

#### ABSTRACT

We present some results of the investigation "Process of attention of adolescents", in which it's broached the specific ways of institutionalization of knowledge and practices in medic attention of adolescents in Buenos Aires City. In the last century, adolescent has been built like a vulnerable subject who goes through a natural way problematic period requiring a professional supervision. From biomedicine it's wielded a speech across it's legitimized the intervention to look after for the incorporation of the youths to the adult's world in "healthy" conditions and it's said that medicine for adolescents is the possessor of "knowledge" that guarantees it. In this process, consultation is transformed in a control space, normalization and disciplinament, in which the adjudication of roles by the doctor occupies a privileged place, at least until it's conceded the youth the capacity to assume responsibilities and to look after by himself, two of indicators that doctor uses to recognize the youth like an adult. These processes and control mechanisms are reflected with especial intensity in the management of professional secret. Basing on interviews in depth to eleven medical assistants of the subspecialty, in this work we study the relationship doctor-patient analyzing the criteria and practices related to the management of professional secret.

**KEYWORDS:** adolescence, process of medic attention, professional secret, medicalization, social construction.

## INTRODUCCIÓN

Con la creación de los primeros Programas específicos para adolescentes en los años 50<sup>1</sup> comienza a expandirse, en nuestro país y a nivel continental, un nuevo campo en el ámbito de la salud pública destinado a un grupo etario casi atendido hasta entonces.<sup>2</sup> Médicos pediatras y en menor medida ginecólogos, produjeron, mientras encabezaban la lucha por la institucionalización de la especialidad, una serie de discursos que reivindicaban la existencia de un sujeto, el “adolescente”, con necesidades específicas, entre ellas: un espacio de atención diferenciado —del pediátrico— y un profesional idóneo —el médico de adolescentes. En estos discursos cristalizó, bajo la lógica del paradigma biomédico que domina los espacios de formación y la práctica hospitalaria: a) un saber técnico sobre la adolescencia que convierte al joven en objeto de intervención, paciente de un Servicio de Adolescencia; b) un campo de problemas sobre los cuales intervenir, y c) un marco normativo para la atención. La función de estos discursos era conquistar el apoyo de los definidores de políticas sanitarias, la profesión médica y la población usuaria de los hospitales públicos.

En otro lugar (Adaszko, 1999) analizamos cómo un conjunto de médicos dedicados a la subespecialidad, construye a la adolescencia como un período de transición entre el “ser niño” y el “ser adulto”, desencadenada universalmente por la aceleración del desarrollo físico-biológico en la pubertad que impacta produciendo desequilibrio e inestabilidad a nivel psicológico y vulnerabilidad a nivel social. A diferencia del desarrollo físico —medible, tabulable, previsible, y cuyas desviaciones son escasas, menores y en general controlables— la inestabilidad y el desequilibrio psíquico en un “contexto social” desfavorable pondrán al cuerpo, objeto de la profesión médica, en constante riesgo, planteándose así la “imperiosa” necesidad de crear un espacio de vigilancia permanente, el Servicio de Adolescencia, para que el riesgo no se concrete. A través de una serie de “tareas” el joven debe pasar de una condición en la que *es cuidado/dependiente/sin responsabilidades* a otra en la que *sabe cuidarse solo/puede ser independiente/sabe asumir responsabilidades*, suponiendo este pasaje un proceso de adquisición de un saber que le permitirá tomar decisiones (Adaszko, 1999).

Menéndez y Di Pardo han señalado que “el saber médico incluye tanto aspectos científicos como aspectos socioculturales que el profesional sintetiza en términos de una racionalidad técnico-ideológica... convirtiendo en técnicos los aspectos socioculturales de su intervención... como resultado de un proceso de profesionalización que requiere diferenciarse del saber de los conjuntos sociales” (1996: 49-50).

Por debajo de su “lenguaje interdisciplinario” pudimos advertir cómo, la medicina para adolescentes, compleja y heterogénea en su interior, se constituye en un nuevo espacio de socialización, vigilancia y control, en el camino de incorporación de los jóvenes en el mundo de los adultos. No es la enfermedad sino “la salud” su principal campo de acción, y es ella quien define los criterios para distinguir “salud” de enfermedad, creando y socializando significados que refuerzan representaciones sociales que desde hace más de un siglo nos hacen pensar al adolescente como un sujeto naturalmente problemático. La adolescencia será entonces un espacio para que el médico ejerza una “misión pedagógica y moralizadora”, no sólo para con el joven sino para con quienes lo rodean definiendo y enseñando cuáles son las normas y los valores que lo conducirán a una adultez “normal”, sin “desviaciones”, encubiertas bajo las categorías de salud y enfermedad (Adaszko, 1999).

En el marco de la caracterización de la adolescencia como un período de maduración cognitiva y de aprendizaje de pautas para la toma de decisiones racionales, la confidencialidad de la consulta, el manejo del “secreto profesional” y la posibilidad de su ruptura, constituyen una cuestión central en la intervención profesional. En este trabajo nos proponemos discutir el manejo del secreto profesional en el proceso de atención de adolescentes a partir del análisis de entrevistas en profundidad a médicos que se dedican a la subespecialidad.

## CONSTRUCCIÓN SOCIAL Y DISCURSOS PROFESIONALES

Para construir y dar especificidad a su objeto, la medicina para adolescentes se ha apropiado, a lo largo del último siglo, de una serie de conceptos producidos básicamente en el ámbito de la psicología —evolutiva y sistémica— resignificándolos dentro del paradigma etiológico del Modelo Médico Hege-

mónico.<sup>3</sup> La objetivación de la adolescencia a nivel biológico condujo a naturalizar la denominada “problemática adolescente”, y a reducirla a una cuestión individual de adaptación, en la cual un “contexto social” desfavorable opera negativamente sobre individuos psicológicamente inestables. En tanto este período coincide con cambios de status y la consiguiente asunción de roles adultos, si el sistema social no posee mecanismos institucionalizados que permitan controlar este proceso necesariamente se producirán desajustes que acarrearán patología.<sup>4</sup>

Retomando conceptos de la psicología evolutiva las explicaciones médicas, excluyendo el movimiento y la contradicción, operan una fragmentación de un proceso histórico en etapas estáticas “entre las cuales la adolescencia es una «fase de transición». Dentro de un esquema de este tipo, todo cambio aparece como una «perturbación» que es necesario eliminar o superar para proseguir el recorrido preestablecido, y no como algo inherente a la constitución misma del sujeto y de su relación con el mundo” (Tubert, 1982: 11-12).

El saber médico se ha construido históricamente en torno a un eje biologicista y ambientalista que operacionalizan lo social como si fuera un objeto externo, contextual, del que se deducen “*otros*” indicadores dentro de un conjunto no jerarquizado y menos aun conceptualmente articulado de variables (Breilh, 1989). Cada variable se traduce por igual como un *factor* que puede afectar el desenvolvimiento de la unidad de análisis central, el individuo biológico. Esta postura concuerda con las ideologías que ven a la sociedad como un agregado de individuos racionales que actúan roles y eligen libremente en el mercado, siendo el padecimiento causado por características o comportamientos del sujeto o por agentes patogénicos ajenos a toda determinación social.

En un trabajo en que se analiza la expansión de la Psiquiatría de Adolescentes en los Estados Unidos, Fábrega y Miller (1995) sostienen que la visión de la adolescencia como período turbulento y proclive a la aparición de psicopatologías no tiene más de cien años y es el más reciente capítulo en la construcción de representaciones y prácticas que el sistema social ha producido para controlar la socialización de los jóvenes, escenario que dará lugar a la aparición de una subdisciplina psiquiátrica que ha tipificado formalmente un conjunto de patologías que pueden hallarse entre los adolescentes.<sup>5</sup> La con-

cepción cultural del adolescente cambió desde una en que la caracterización psicológica no jugaba un papel importante en la definición —pues el crecimiento y desarrollo físico eran los elementos centrales para su integración activa en el mundo económico— hacia otra en que se lo define como sujeto vulnerable que requiere una prolongada supervisión adulta (Fábrega y Miller, 1995: 884). Implícita en este cuadro se halla la noción de la patología ligada a la adolescencia como un estado social, que requiere de la intervención institucional para resguardar la integridad de los adolescentes. A través de un proceso de medicalización se transfiere el problema de la adaptación desde el plano moral, al cual se daban respuestas institucionales de punición, hacia el plano individual psicológico en el cual se proponen respuestas terapéutico-curativas. Se ha construido al adolescente como oprimido, conflictivo, acosado por sus temores, y psicológicamente turbado, por no decir simplemente enfermo (*op. cit.*). Esta construcción, es la que justificará las prácticas de control, presentadas como intervenciones destinadas al cuidado de los jóvenes mientras éstos se enfrentan a una serie de pruebas o “tareas” que deberán superar con éxito para ser reconocidos como adultos responsables.

Varios autores han señalado que las relaciones entre *pubertad*, *adolescencia* y *juventud* son complejas y cada uno de ellas determina características y límites definidos por los “adultos”, y más aun, algunos adultos, y no por el propio grupo designado. La designación *adolescentes* los construye como grupo, aunque los sujetos designados tengan pocas experiencias en común. Pero a la vez, los construye como un *otro* que los aleja, o suspende momentáneamente, de su inclusión en el grupo de los adultos, el *nosotros* (Frankenberg, 1992). Lapassade afirma que, simultáneamente, construir la adolescencia como mera etapa signada por la inmadurez y la provisoriedad es un mecanismo psicológico utilizado por los adultos para reforzar su propia identidad centrada en el “mito de la madurez de la edad adulta” (Tubert, 1982). Bourdieu señala que al construirse un grupo como “juventud”, se asignan límites, atributos y aspiraciones, y se delimitan dispositivos institucionales desde relaciones de poder. La relación entre edad biológica y edad social es compleja, socialmente manipulada y manipulable; así, mediante esta categoría, se procede a definir a los jóvenes de los sectores más desfavorecidos como adolescentes igualándolos a los de clases medias y altas aunque sus experiencias tengan muy poco en común (Bourdieu, 1990).

Estos discursos que circulan en diversos espacios de nuestra sociedad, están legitimando prácticas concretas de intervención en el ámbito de los hospitales públicos, cuyos usuarios son, precisamente, jóvenes que difícilmente se adecuen a los estereotipos del adolescente de clase media y a las expectativas que este sector define para sus hijos. Aquí nos dedicaremos en especial al problema del secreto profesional, el cual nos remite a la relación contradictoria que se establece en el encuentro médico-adolescente entre un sujeto que a partir de su rol y posición está en mejor situación para imponer al otro las condiciones de la relación. Aquí incluimos: definir al joven como un menor no responsable, controlar el proceso de emancipación, y estar habilitado institucionalmente para ampliar o restringir los grados de libertad que, según sus propios términos, serían necesarios para la maduración.

En este trabajo estudiaremos los modos en que estos discursos se articulan con prácticas concretas en los procesos de atención de adolescentes. Por ellos entendemos los modos históricos específicos de “institucionalización de la atención de la enfermedad y la muerte, que delimitan un espacio jurídico-político, social, profesional y cultural; y que constituyen una de las principales áreas de control y disciplinamiento social a nivel del conjunto de la sociedad” (Margulies, 1998). En él convergen prácticas y saberes de actores en tanto miembros de conjuntos sociales, con relación a los adolescentes, y cuya construcción se efectúa desde relaciones de hegemonía-subalternidad y cumple funciones de normatización y control social unidas a la legitimación de la autonomía de la profesión médica y a la reproducción económica-productiva (Menéndez, 1990).

#### ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Nuestra metodología se basa en la construcción de un sistema matricial adaptando la propuesta de Samaja (1994) a los efectos de poder operar con datos cualitativos. Mediante la matriz representamos la estructura de los datos, y la perspectiva dialéctica nos permite a su vez dar cuenta de los procesos de génesis y estructuración de los mismos en las múltiples relaciones que los determinan. En esta investigación nuestro universo está conformado por el

*conjunto* médicos especializados en la atención de adolescentes que ejercen la profesión en los Hospitales Públicos de la Ciudad de Buenos Aires.

Realizamos entrevistas abiertas en profundidad sobre la base de un cuestionario con pautas de profundización a 11 informantes clave, 9 de ellos son médicos practicantes que ocupan puestos de conducción en los servicios de adolescencia, y los dos últimos son funcionarios vinculados a la Red de Adolescencia de la Ciudad de Buenos Aires. Los únicos criterios de selección de los informantes fueron el que tuviesen al menos 10 años de práctica en servicios de adolescencia y que ocupasen puestos de conducción, a raíz de que se pretendió obtener un discurso más elaborado sobre la adolescencia y sobre el rol y función de la medicina para adolescentes. Los informantes son personal de planta con renta de 24 horas; seis mujeres y el resto varones. La edad promedio fue de 50 años con un rango de 43 a 57 siendo la media de los varones más elevada que la de las mujeres. Siete de ellos son pediatras, una séptima también realizó la especialización en neonatología y la última es clínica. El promedio de trabajo en los servicios es de 14 años. Siete de los nueve profesionales son miembros fundadores de sus respectivos servicios y los restantes ingresaron al mismo poco tiempo después de su creación. Los nueve entrevistados son, en base al status del servicio: tres jefes de sección y seis jefes a cargo de programas. Tres de ellos —dos varones y una mujer— son autoridades en primer y segundo grado de asociaciones profesionales que los nuclean.

El médico nos interesa aquí en tanto sujeto de dos grupos: 1) *Médicos Especializados en la Atención de Adolescentes*, como otro universo mayor con el que mantiene una relación espécimen/especie, y 2) *Servicio de Adolescencia*, con el que mantiene una relación parte/todo —en tanto, como veremos más adelante, este actor es el que controla el proceso de atención dentro del servicio. Se ancló en dos niveles de integración: a) los médicos tomados individualmente para dar cuenta de la diversidad de discursos, y b) los médicos como grupo para construir un modelo general, un universal concreto. Cada Médico puede ser pensado como un universo de prácticas y/o discursos, y en relación con estos últimos se han escogido varios referentes interesando para esta presentación su *objeto de intervención, criterios de distinción salud/enfermedad, normalidad/anormalidad, criterios de construcción de riesgo, pautas de atención y derivación, identidad profesional*. Este procedimiento parte de la premisa de que es posible reconstruir los procesos sociales a partir del saber de

sus actores, en tanto seres reflexivos que producen registros en el fluir de su experiencia cotidiana. Si bien este saber es contextual y no es de carácter enteramente proposicional puesto que gran parte de su acervo de conocimiento permanece en el nivel de una "conciencia práctica" y sólo en ocasiones y con arreglo a determinadas problemáticas adquiere una expresión discursiva (Giddens, 1995), puede ser recuperado por el investigador para reconstruir la lógica a través de la cual los actores piensan y dan sentido a la realidad social y a sus prácticas, pero reconociendo que la misma está construida desde las múltiples relaciones y posiciones que ocupan los sujetos en el espacio social.

Para el tabulado de la información y construcción de los datos se recurrió al auxilio del software QRS NUD\*IST (*Qualitative Solution and Research, Non-numerical Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing*) Versión 4.0.

#### LOS PROCESOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE ADOLESCENTES

El proceso de atención de adolescentes constituye un espacio relacional complejo. El vínculo que allí se establece entre médico y adolescente es el centro de una urdimbre de prácticas y relaciones que involucra a diversos actores. Por un lado, médico y adolescente, son parte de conjuntos sociales mayores y de ahí que en la consulta se expresen relaciones de clase, de género, étnicas, etc. A otro nivel, dependiendo de la problemática tratada, la relación irá incorporando un número creciente de protagonistas, tanto desde el lado de la demanda como del propio servicio. Los profesionales utilizan el término *trípode* para referirse a ello. El mismo está constituido desde el lado de la demanda por: médico-adolescente-padre/s/responsable, y por el lado de la oferta por el médico, un psicólogo y un trabajador social: "*para hacer una medicina ampliada con un enfoque integral uno tiene que apoyarse en los otros integrantes del equipo... esta cosa del trípode biopsicosocial es muy importante*" (Smp:562).

El médico es la puerta de entrada a la atención, o, en sus propios términos: "*al sistema*", y es el articulador entre las triadas, es decir, quien decide y organiza el proceso de resolución de la demanda. Evalúa el tipo de demanda y la necesidad de interconsultar con profesionales fuera del equipo o de introducir en la atención a otras especialidades del plantel, léase particular-

mente psicólogos, ginecólogos, o trabajadoras sociales (2vp:51; 3vp:64), es decir, el *"equipo ampliado"*: *"lo que es importante es que sea visto por la parte integral. Lo ve el médico, si necesita se deriva al psicólogo o al trabajador social"* (2vp:163).

Dependiendo de la problemática abordada, la relación se restringirá a la primer tríada: médico-adolescente-responsable, puede extenderse a la segunda incorporando un psicólogo, y sólo en algunos casos abarca el conjunto —la discusión sobre las modalidades del denominado trabajo interdisciplinario excede los límites de esta presentación.

La consulta de adolescentes tiene fundamentalmente dos partes. En la primera se hace ingresar al adolescente con sus acompañantes, se toman los datos filiatorios y se escuchan los motivos de consulta diferenciados. Dependiendo de la edad, el sexo y el motivo de demanda del adolescente, hay una mayor probabilidad de que concurra solo o acompañado, y de quién lo acompañe: *"generalmente vienen solos cuando vienen a pedir consejos o tratamiento de anticoncepción o a hacer consultas con respecto a su sexualidad [...] Pero cuando hay alguna patología en realidad vienen acompañados"* (8mp:193).

En una consulta clínica tipo *"se hace una historia clínica, se le explica al adolescente el sistema de trabajo, el sistema de atención, se le dice que se le van a hacer una serie de preguntas, por supuesto dirigidas a él o a ella, y al acompañante que aporte datos si hay antecedentes. Se le preguntan todos los datos de filiación, de escolaridad, de la procedencia eso de hecho, se le pregunta por qué viene, qué le preocupa. [...] y se le explica que se le va a hacer un examen físico para tratar de ver cómo está. Se pesa, se mide, se toma la presión arterial, se lo ausculta, se le palpa el abdomen, se le revisa la columna, se lo revisa íntegramente / a veces se le explica que parte del examen, no a veces, se le explica siempre que parte del examen físico es el examen genital que no forzamos a hacerlo la primera vez porque respetamos en ese sentido los tiempos y el pudor de cada adolescente, pero que sería importante para constatar normalidad, para saber en qué etapa de desarrollo está. [...] y después generalmente le hacemos una devolución donde le explicamos qué vimos, cómo está, si hay algo que hay que hacer, si hay que pedir un análisis / preguntamos según el tipo de consulta sobre hábitos de vida, sobre alimentación, sobre escolaridad, otras actividades fuera del ámbito escolar si es que está escolarizado, si no cómo se desarrolla / en la historia están contemplados antecedentes ginecológicos, su sexualidad / vemos cómo lo preguntamos, no se pregunta*

*todo junto / hay sobre hábitos de consumo de alcohol, tabaco, drogas / no se puede preguntar todo junto porque si no se transformaría en un interrogatorio policial, pero buscamos los momentos*" (5mp:422).

Que en la consulta de adolescentes "*se hace una historia clínica completa*" significa que se pasa revista a los indicadores preestipulados que están en una historia clínica tipo y se registra sólo aquello que se considera significativo para arribar a una "*impresión diagnóstica*". La anamnesis o interrogatorio, y la construcción de la historia abarcan un espectro muy amplio de temas incluyendo uso de drogas y tipo de prácticas sexuales, intentando detectar "factores" y "conductas" de riesgo, entre ellas, *precocidad, promiscuidad, abusos, violencia, delincuencia y marginalidad*. Los informantes señalan que no hay ninguna rama de la medicina que realice una indagación tan pormenorizada e intimista de la vida del paciente: "*aquí se trabaja con una historia lo más completa posible y además uno se mete con aspectos que hacen a la escolaridad, el trabajo, las relaciones sexuales, la pareja y toda cosa que otros servicios no se meten*" (3vp:332); "*nosotros revisamos de arriba a abajo*" (3vp:222).

El acompañamiento que tiene el joven al acceder al servicio se presenta como un tema importante y delicado en la gestión de la demanda (3vp:132; 4mc:331; 5mp:376; 6vp:226; 8mp:193) por varias razones. En primer lugar está la cuestión de la *minoridad* y la *responsabilidad legal*: "*a veces tenemos problemas porque chicos muy chicos [vienen solos], de doce, trece años... el otro día [nos estábamos] preguntando, si un chico que viene por primera vez de doce años es válido, es legal, es lógico atenderlo sin la presencia de los padres. Lo que pasa que son padres que pierden un jornal y pierden a lo mejor un premio, un montón de cosas*" (4mc:323).

La cuestión legal se vincula con dos problemáticas: el examen clínico —este punto no será abordado aquí— y la información que se busca. El acompañante por un lado "puede aportar más datos" pero al mismo tiempo puede obstaculizar la relación de confianza que debe establecerse entre el profesional y el adolescente e impedir que el joven se exprese libremente. Siempre se procura una conversación a solas con el adolescente: "[...] *abordar determinados temas que no son tan fáciles... llámese sexualidad, hábitos, consumo de alcohol o cigarrillo o drogas, tiempo libre*" (5mp:224) y si esto no es factible en la primer visita, se buscará en la segunda.

Simultáneamente se alega que “*acá se atienden familias, no se atienden adolescentes, venga o no, entra con la persona que vino, porque detrás de cada adolescente hay un responsable*” (3vp:136); “[*acá*] *se atienden los padres, se atienden los hijos*” (8mp:141).

*I: yo no pregunto [si los padres quieren entrar]. Muchas veces los padres son los que no quieren entrar y la sensación que yo tengo es que me están dejando un paquete que no pueden desenvolver ellos. Es el momento en el que más hago pasar a los padres. Me parece que el trabajo con los padres, aunque tenga menos datos, los que tengo los pueda trabajar más, porque los padres de los chicos son ellos, no somos nosotros”*

*E: ¿En el caso, por ejemplo, que el adolescente te quiere contar algo a vos y no se anima por los padres?”*

*I: Me doy cuenta porque el espacio lo tiene, porque cuando hago el examen físico siempre lo hago a solas”* (4mc:383-389).

El “*darse cuenta*” aparece en diversos tramos de las entrevistas, y se vincula con otra expresión: el “*ojo clínico*”. Una informante señala por ejemplo: “*en general tengo el ojo clínico o familiar en el cual vos decís ahí algo está pasando pero tampoco puedo apuntar en la primera consulta porque si me meto mucho... Ellos tienen que tener la necesidad de venir a decirme [...] Que le pegan o que se drogan, tiene que salir*” (7mpn:243, 245).

## RESPONSABILIDAD Y LOS LÍMITES DEL SECRETO PROFESIONAL

A partir de aquí podemos advertir el grado de problematicidad que adquiere el manejo del secreto profesional. Su violación puede desencadenar la “*deserción*”. El objetivo de la atención preventiva de “*el control en salud*” orientado hacia la detección del “*riesgo*”, puede entrar en conflicto con otra de las finalidades: la necesidad de institucionalizar al adolescente —“*insertarlo en el sistema*”— y no perderlo —“*no ser derivador*”. Este conflicto se expresará en los criterios para decidir la incorporación de las otras dos “*patas del trípode*”, cuáles secretos pueden ser “*develados*”, y, en caso de creerse necesario,

cuál es el momento más oportuno para realizar una denuncia judicial o pedir una "protección de persona".

Un informante reseña un episodio relacionado con el problema: "[...] un pibe que tenía una problemática en la casa y habíamos logrado una buena confianza, estábamos trabajando bastante bien, había venido como tres o cuatro veces. Se va el chico y se olvida el certificado [que vino a buscar y] tenía que presentarlo al otro día porque si no iba a tener problemas en el colegio. Entonces, ¿qué hago? Llamo a la casa inmediatamente que me doy cuenta, en el apuro no esperé que llegara, «dígame señora cuando llegue su hijo fulano de tal que venga a buscar el certificado porque se lo olvidó». Lo llamé yo, no lo hice llamar por la secretaria. Ese chico vino a buscar el certificado y no me vino a ver nunca más. Interpreté que si yo lo llamé, aunque sea por eso, era probable que lo haya llamado todas las otras veces que se fue. Entonces después me di cuenta del error que había cometido. Vos fijate cómo a veces vos aun con buena voluntad podés llegar a romper esa intimidad que él vuelca en vos con toda confianza [...] estoy presentando una serie de particularidades que en pediatría no se presentan" (2vp:149).

Como se evidencia en el relato anterior, la consulta del adolescente se diferencia de la consulta pediátrica en que la voz del paciente adolescente aparece como central, surgiendo desde allí un conflicto potencial entre el secreto que se debe a aquello que la "voz" pone en evidencia y la minoridad del paciente. En efecto, "la condición de menor no responsable" constituye un tema central de la consulta de adolescentes, pues remite a la cuestión de la responsabilidad profesional. Se consultó a los informantes acerca de cuáles son los criterios y los casos en que está justificado violar el secreto profesional: "si está en riesgo es legal decirle al padre o a la madre qué es lo que está pasando [...] Siendo menor hay una responsabilidad del médico de decirse al mayor" (1mp:144, 152).

Sin embargo, como una médica expresó, "lo que pasa que la pregunta del millón es cuándo corre peligro la vida del paciente" (4mc:393). Aquí la "responsabilidad profesional" y la "responsabilidad legal" se solapan, remitiendo la primera a una ética que se expresa como el derecho profesional y la obligación moral de decidir e intervenir en nombre del "conocimiento" y de la "ciencia", y la segunda, que la encubre según la necesidad y el interlocutor, a una obligación ante la posibilidad de la sanción: "[el límite del secreto profesional] primero la ley, después por justa causa te libera del secreto profesional, pero

*fundamentalmente el médico debe ser confidente pero no cómplice*” (2vp:151), “*siempre se les habla de la confidencialidad de la consulta. El secreto profesional con adolescentes, se le establece bien claro, es secreto profesional mientras no exista alguna situación que ponga su salud en riesgo*” (3vp:140)

El médico, “*sin ser intrusivo*”, sin convertir el encuentro en “*un interrogatorio policial*”, procurando su confianza “*se mete en todo*” y “*pregunta todo*”, buceando a través de distintos mecanismos en los secretos del joven. Es indispensable contar con toda la información para arribar a un buen diagnóstico. En su discurso, el resguardo de la intimidad y el secreto, así como los criterios para transgredirlo, se refieren a un tercero, sea el responsable del joven —el tercer sujeto de la consulta— o alguien externo. Sólo dos informantes problematizaron su propia práctica al respecto: “*el respeto por la intimidad [...] creo que también me incluye a mí [...] Yo pienso que a veces los médicos pecamos de hacer demasiadas preguntas íntimas a los adolescentes sin darnos cuenta que también nos estamos nosotros metiendo en su intimidad, cuando si vamos a la realidad no hacen para nada a la consulta ni a la importancia de lo que es patológico o no [...] Cuántas veces nosotros preguntamos y preguntamos y preguntamos un montón de cosas con las que después nos quedamos y no sabemos cómo resolverlas porque nosotros tampoco somos el padre del adolescente* (4mc:377, 379).

En este contexto el discurso de *atención integral* para el adolescente, entendido por los médicos como una *unidad biopsicosocial*, centra sus intervenciones a nivel de la conducta y la responsabilidad del joven y de su núcleo familiar.

En el siguiente cuadro se reproducen los criterios proporcionados por los informantes para transgredir el secreto profesional y las situaciones que se consideran meritorias de tal acción. Algunas implican ineludible e inmediatamente una conversación con el adulto y otras no. La *relatividad* de la última columna se explica por: a) no hay acuerdo entre los profesionales, o bien b) depende del contexto en que se produzca, o bien c) depende de la edad del joven, o bien d) puede posponerse la develación en espera de un momento propicio. Sin embargo, en las cuatro situaciones, el criterio se explica a través de una racionalidad técnica en la cual desaparece la propia subjetividad del profesional. Es siempre el médico quien evalúa la necesidad de la ruptura del secreto:

## Límites del Secreto Profesional

<i>Criterios</i>	<i>Situaciones Absolutas</i>	<i>Situaciones Relativas</i>
Peligro de vida	Sexualidad precoz + promiscua	Sexualidad precoz
Justa causa	Consumo reiterado de drogas	Sexualidad promiscua
La ley	Conductas delictivas	Sexualidad sin cuidado
Situación de riesgo	Abuso sexual	Embarazo
	HIV+	Consumo de drogas
	Violencia	

El término que utilizan los médicos no es violación de secreto sino “*develación*”. Casi siempre se comenta con el adolescente qué se hablará con los padres, y se busca persuadirlo en caso de que éste oponga resistencia. Todo depende del “grado de riesgo” que el médico detecte en el secreto: “*Hay secretos y secretos. Hay secretos que uno puede mantener: si el chico está hablando de cosas que le pasan, de sensaciones de cosas que tiene, de dudas, de temores; pero no secretos que arriesguen ni la salud ni la vida porque ahí realmente nos ponemos fuera de la ley nosotros*” (5mp:456).

El médico puede, siempre y cuando lo crea necesario, negociar la forma en que se conversará con los padres, es decir quién, cuándo y cómo se procederá a “*develar*” el secreto: “*no es que voy por atrás. Le digo «mirá, disculpame acá necesito hablar con tus padres»*” (2vp:153). Sólo en un caso se señaló que no necesariamente se comenta con el adolescente qué se hablará con los padres: “*si corresponde sí [se le dice] y si no directamente se lo cita para otro día. Lo más común es que el tiempo hospitalario no da para tan larga consulta salvo que sea una situación de mucho riesgo como el consumo de drogas, se lo cita [al padre] otro día y entonces con comodidad [uno puede hablar]*” (3vp:172). Citarlos con posterioridad para mantener una conversación a solas no se explica únicamente por cuestiones de comodidad: “*lo que nunca hacemos una vez que el adolescente habló a solas, es sacar al adolescente de la entrevista y que se quede el padre hablando solo [...] citamos al padre en otro momento*” (8mp:263).

Lo ideal, según los informantes, es convencer al adolescente para que él, solo o ayudado por los profesionales, revele el secreto a los padres —esto es muy usual con embarazo, adicciones o HIV+—: “*el secreto, entre comillas, es*

*develado en la consulta por nosotros o por los mismos chicos con el adulto acompañante porque en realidad es de alguna manera lo que están buscando también, que alguien participe, no cargar solos con esa problemática”* (5mp:456). Otra alternativa es que el propio adolescente, en caso de no querer que los padres se enteren, elija un adulto para que lo acompañe en la próxima reunión. Lo importante no es que sea el padre sino que sea un adulto responsable: *“lo que aconsejamos también, o lo que decimos, o lo que pedimos, que ellos elijan a un adulto [al] que puedan comentarle que van a tener estas relaciones sexuales”* (8mp:293).

Lo que se conversará con los adultos varía según el grado de “riesgo” que el profesional atribuya a lo que cuenta el adolescente, y a la *“impresión diagnóstica”* a la que se arribó sobre el joven al finalizar la consulta. En algunos casos directamente no se menciona: consumo de tabaco, alcohol, relaciones sexuales no promiscuas —luego iremos a ello— y consumo esporádico de drogas. En el caso de consumo frecuente pero *“no adictivo”* o relaciones sexuales consideradas promiscuas pueden haber preguntas indirectas al adolescente en presencia de los padres pero esto varía según los informantes. Los casos extremos implican una conversación directa con los adultos. Una médica planteó una estrategia alternativa para indagar sin violar el secreto profesional: *“preguntarle a todas las chicas si iniciaron relaciones sexuales, si se cuidan o no se cuidan, a lo mejor con una pregunta mucho menos directa como puede ser «tenés novio y cuánto hace que salís», «ah bueno, pero en cualquier momento»; con una indirecta yo puedo hacer que a la mamá se le prenda un poco la lamparita [...] Y que ella haga el trabajo preventivo:»* (4mc:379).

La conversación con los padres puede realizarla sólo el médico o apoyado por psicólogos o asistentes sociales según el caso. Las últimas profesionales son convocadas normalmente ante situaciones de abuso o violencia familiar. Es decir la participación de las otras dos *patas* de la oferta es habilitada discrecionalmente por el médico en función de algunos *“signos de alarma”* o de *“situaciones de riesgo”*. El criterio y el momento para efectuar una denuncia judicial, en los casos en que se crea conveniente, varía según los informantes. En ello no sólo influye la problemática, sino también criterios estratégicos en los que median distintas interpretaciones de la ley, problema que en parte ya mencionamos más arriba. Mientras algunos entrevistados puntualizaron que: *“de ninguna manera se puede posponer porque uno entraría en colisión con la ley*

y sería cómplice. Desde el momento que uno se entera sea director de una escuela, maestro o médico ineludiblemente si hay violencia o hay abuso, hay una ley que cumplir que es la de protección de menor” (3vp:162); otros afirmaron que “la ley impone que todo caso de violencia uno debe hacer la denuncia teóricamente dentro de las cuarenta y ocho horas. ¿Por qué teóricamente? Porque también la ley dice que por justa causa uno puede llegar a postergar el momento oportuno” (2vp:165).

La figura legal de *protección de persona*, es una herramienta que se utiliza habitualmente cuando se considera que el riesgo está causado directamente por los propios padres, o que éstos indirectamente lo causan al no ser capaces de proteger a sus hijos: “si uno estableció que hay un abuso, una violación, uno hace la denuncia, le comunica a los padres e interna al menor o al adolescente, y por supuesto está avisado el servicio social, se trata de excluir de la presencia al supuesto violador si es que existe, nosotros hemos tenido casos de todo tipo” (3vp:164).

Pero además, esta legislación, instrumento del Estado para proteger a los menores, es utilizada frecuentemente como amenaza cuando los padres no siguen los “*cráteros médicos*”. Este procedimiento de *culpabilización* algunas veces finaliza con el pedido de *protección de persona* y otras con la búsqueda de otra persona que califique para el médico como “*adulto responsable*” y que se haga cargo del control y seguimiento del joven.

La condición de menor no responsable de los adolescentes y la búsqueda de otro interlocutor se evidencia en el problema de los pedidos de determinación de anticuerpos HIV. Para ellos se necesita la firma de un mayor, y esto no siempre es posible: “algo que nos molesta mucho es el tema de los pedidos de análisis por HIV. Todo pedido de análisis de HIV debe ir con la firma autorizada y esto nos crea un problema porque muchas veces necesitamos descartar cosas y no podemos sin la firma del adulto responsable [...] Y aquí se presenta otro problema porque llegar a decirle al papá o a la mamá que su hijo tiene relaciones, o que su hijo se droga, y encima yo pienso que puede estar con SIDA, te imaginás que eso puede [enfrentar] un tema conflictivo. Entonces cuando la mano lo ayuda lo manejamos y si no pedimos que el adolescente traiga a un adulto responsable, a nivel familiar” (2vp:165).

Quedan entonces dos alternativas, o internar al adolescente (1 mp:162), procedimiento que a su vez plantea una serie de inconvenientes, o arriesgarse

a realizar el examen sin la firma de un adulto pero con el consentimiento del joven: “*si los padres no se quieren enterar o no pueden enterarse por alguna situación determinada, le explicamos al adolescente que tenemos que tener la autorización por un juez, cosa que los pone mal, entonces automáticamente pueden hablar con los padres [...] En aquellos jóvenes que no podemos realmente porque hay alguna situación que no podemos ir al juez, o es de suma urgencia, a veces nos jugamos y le hacemos con el consentimiento de ellos*” (8mp:313).

El criterio a través del cual se decide qué secreto se *develará*, y cuándo se solicitará el auxilio de la justicia surge de la consideración del grado de responsabilidad atribuible al joven y de sus padres. Este a su vez, deviene de algunos de los indicadores a través de los que se señala el fin de la adolescencia y el comienzo de la adultez: “*hay que ver, diecinueve años, está embarazada, es menor de edad para la ley, pero qué pasa ¿está en pareja?, ¿los padres saben?, ¿vive sola?, ¿es independiente?*” (5mp:462).

En otro lugar (Adaszko, 1999) señalamos que la adolescencia aparece definida principalmente por la carencia, la búsqueda y el reconocimiento por parte de los adultos. La adolescencia se *hace* y la adultez es algo que se alcanza: *asumir* responsabilidades, *llegar a saber* quién se es, *fabricar* su identidad, *buscar* una salida laboral, *ubicar* su vocación, *lograr* una madurez. No se trata de logros efectivos sino la *búsqueda* de los mismos implicando ello voluntad, motivación y la asunción de responsabilidades. El tránsito desde el *no saber* al *saber* lo hará responsable de sus actos y al mismo tiempo le permitirá tomar decisiones sobre su vida. A partir de allí se lo reconocerá como adulto.

*“Siendo menor hay una responsabilidad del médico de decirsele al mayor porque si yo tengo un [test de embarazo] positivo y le digo andate y hacé lo que quieras tengo una responsabilidad legal. Entonces primero le pregunto con quién vive, si está en pareja. Si está no voy a citar a los padres, ya son ellos responsables de hacer lo que quieran, pero si es un menor y está viviendo con la madre y la madre no sabe nada y está en riesgo, yo lo primero que hago es preguntarle a la adolescente si le comentó a los padres y en lo posible decirle que venga la próxima vez para poder charlarlo”* (1mp:152).

Dos categorías fueron centrales en esta construcción del “riesgo” del adolescente y en la problemática del límite del secreto profesional: “precoci-

dad” y “promiscuidad”. La primera surge en todas las entrevistas ligada al “temprano” consumo de alcohol, tabaco y principalmente al inicio de relaciones sexuales:

I: *Comienzan muy precozmente, hay una falta de límites total.*

E: *¿Por qué utilizar la palabra precoz?*

I: *Porque se supone que un chico es un prepúber o un latente y ya está teniendo conductas de riesgo, se ha corrido mucho más tempranamente el riesgo. Si el otro se lo puede manejar o puede saber algo. Lo mismo que consumir videos eróticos y comprar películas porno como tenemos chicos de quinto, sexto grado es una conducta de mucho riesgo*

E: *¿Qué puede desencadenarse o seguirse a eso?*

I: *una imagen distorsionada de lo que es la sexualidad y lo que es el sexo, y lo que es la mujer y el hombre [...] van a llevar a una masturbación compulsiva, a trastornos en el aprendizaje porque el chico está totalmente disperso en otro tipo de actividades que no corresponden a su edad*

E: *¿cuál sería el límite entre precoz y no precoz?*

I: *Y que justamente chicos de séptimo grado intentan comenzar a tener relaciones, chicas de trece, catorce con hombres de treinta sin ningún cuidado, sin preservativo*

E: *¿dos chicos de catorce que tengan relaciones?*

I: *eso también es de riesgo [...] por la inmadurez que esto representa en su aparato psíquico y que esa precocidad va a llevar probablemente a conductas promiscuas en el futuro (3vp:353-364).*

El límite entre *precoz* y *no precoz* lo señala, como se ha planteado antes, la capacidad de tomar decisiones y el responsabilizarse de sus consecuencias.

*“[...] hablamos de precoz porque evidentemente un chico con trece años no está preparado para tener relaciones sexuales. Quizás sí puede estar preparado orgánicamente, pero en cuanto a su preparación psicológica y maduración no la tiene porque con trece años difícilmente pueda afrontar todo una serie de situaciones que le pueden llegar a provocar” (9mp:176-178).*

Más arriba trajimos a colación un ejemplo en el cual el profesional señala que la precocidad sexual tiene como consecuencia probable la patología, pero principalmente la promiscuidad futura. Otra asociación semejante se reproduce en el siguiente fragmento:

*“La vida en sí del adolescente por la inestabilidad emocional, por la inestabilidad sexual, por todo lo que tiene, hace que inicien en la actividad sexual, especialmente los que la inician más tempranamente, más posibilidad de tener actividades sexuales promiscuas que a lo mejor un adulto con una pareja estable” (4mc:546).*

Tanto la *precocidad* como la *promiscuidad*, como conductas de riesgo, tienen como consecuencia inmediata la patología:

I: *una chisa que tiene relaciones sexuales promiscuas corre peligro de vida porque se puede agarrar un HIV, porque puede hacerse un aborto con la matrona de la vuelta*

E: *¿a qué llamas promiscuo?*

I: *si tiene más de tres o cuatro parejas en el año son relaciones promiscuas (4mc:393-395).*

*“Un adolescente que tiene relaciones promiscuas es muy probable que tiene una conducta sexual en la cual puede contraer una enfermedad de transmisión sexual” (1mp:311).*

Se proporcionaron otros significados de *promiscuidad*:

*“promiscuidad es alternar sin cuidarse y en momentos que no son convenientes para su edad y en relaciones y en ámbitos que no son convenientes” (8mp:443-445).*

*“una sola habitación donde conviven los padres, los tíos, los primos, un montón de gente en un mismo ambiente [...] Promiscuidad sería eso más chicos que pueden estar viendo relaciones de sus padres en el mismo ambiente” (7mpn:468-471).*

En todos los casos el médico es quien evalúa y determina pautas de crecimiento y de crianza “normales” y define conductas desviadas que pondrán en riesgo al adolescente.

## CONCLUSIÓN

Podemos ver entonces que el médico se transforma en un evaluador de las conductas del adolescente: determina formas adecuadas e inadecuadas de comportamiento, dictamina riesgo, y establece grados de responsabilidad no sólo del adolescente sino de quienes lo rodean. En base a ello y a las necesidades de reproducción de los espacios de atención —no perder pacientes— violenta el secreto profesional y habilita la participación de otros actores en la intervención sobre su objeto: otros profesionales, la justicia, o los padres. No obstante, la inclusión de estos últimos, que en una primera instancia sólo era requerida para obtener información, implica en un segundo momento un proceso que los convierte a ellos también en pacientes del servicio, y en este caso la posibilidad de la ruptura del secreto profesional se desplaza y refiere a la solicitud de intervención de la justicia.

Como señalábamos al comienzo, lo social es pensado como un contexto externo, fragmentado en variables mensurables en términos de riesgo sobre el que resulta difícil, sino imposible operar. Entonces, se produce una inversión que convierte los grados de responsabilidad para la autonomía en grados de culpabilidad por el padecimiento.

Al sujeto que debe aprender a ser adulto, al que se debe acompañar en su proceso madurativo, que debe “realizar las tareas adolescentes”, se le recuerda permanentemente que desde el momento en el que accedió a la atención, que entró “al sistema”, se ha convertido en un objeto sujeto a control y pasible de sanción y castigo: la develación del secreto.

Aprender a ser adulto supone un período de “pruebas” y “tareas” a través de las cuales se adquiere un saber: “quién soy”, “a dónde voy”, etc. Pero esta “prueba” es en un doble sentido, puesto que se prueba a sí mismo pero también debe probar a los demás. Aún son necesarias instancias externas de evaluación que definan los límites sobre qué y cuánto es posible probar, pues si bien el joven “sabe”, aún su conocimiento no es suficiente para desenvol-

verse solo y esto lo hace vulnerable en una sociedad, la de los adultos, que lo enfrenta a constantes peligros para su socialización normal.

En este joven se expresa una doble naturaleza: el niño que ya no es, y el adulto que será. Pero a la vez, también evidencia su doble carácter, en tanto el proceso de atención transforma al adolescente en un objeto pasivo de intervención alegándose que este proceso es necesario para que emerja un sujeto "saludable". Ese sujeto, de derecho, que será, no es cualquier sujeto sino aquel que se ha construido en la modernidad: sujeto independiente y capaz de tomar decisiones racionales. Así se coloca al joven, objeto de la atención, en situación de constante amenaza, a veces velada, a veces abiertamente explicitada, pero siempre sabida, de que el otro sujeto, el médico, profesional de la salud que se constituye en contralor de este aprendizaje social, rompa este secreto en nombre de una ética profesional y en base a "criterios científicos".

## NOTAS

<sup>1</sup> Ponencia presentada en el VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social, La Habana, Cuba, julio de 2000.

<sup>2</sup> Para un análisis detallado del proceso de institucionalización de la atención de adolescentes en nuestro país y una lista completa de autores que desarrollaron la perspectiva biomédica puede consultarse Adaszko, 1999.

<sup>3</sup> Las premisas del modelo de explicación del fenómeno adolescente se remontan a un tratado que el psicólogo evolutivo Stanley Hall publicó en 1904. Allí caracteriza a la adolescencia como un período característico de Sturm und Drang, "tormenta e ímpetu", universal e invariable que se originaría en las transformaciones puberales. Estas características son el blanco de la crítica que dos décadas más tarde formuló la antropología cultural norteamericana.

<sup>4</sup> En nuestro país la gran mayoría de los Servicios de Adolescencia han adoptado el denominado Enfoque de Riesgo.

<sup>5</sup> Podemos apreciar este fenómeno en la categoría Síndrome de la Adolescencia Normal que se originó en la psicología (Aberastury y Knobel, 1993).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adaszko, Ariel 1999: *La Construcción Médica de la Adolescencia: Un estudio antropológico*, Ponencia presentada en la III Reunión de Antropología del Mercosur: "Nuevos Escenarios Regionales e Internacionales", Posadas, Misiones/Argentina, noviembre de 1999, en prensa.
- Bourdieu, Pierre 1990: "La «juventud» no es más que una palabra", en *Sociología y Cultura*, Grijalbo, México.
- Breilh, J. 1989: "La reducción empírica del concepto «variación» (Variable)", en *Epidemiología, Economía, Medicina y Política*, Ediciones Fontamara, México.
- Fábrega, H. Jr. y Miller, B. 1995: "Adolescent Psychiatry as a Product of Contemporary Anglo-American Society", en *Social Science & Medicine*, Vol. 40, N° 7, Pergamon Press, pp. 881-894.
- Frankenberg, Ronald 1992: "The Other who is also the Same: Epidemics in space and time, Youth and AIDS", en *International Journal of Health Services* 22, 1, marzo de 1992, pp. 73-88.
- Giddens, Anthony 1995: *La Constitución de la Sociedad*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Margulies, Susana 1998: *Construcción Social y VIH-SIDA: Los procesos de atención médica*, TF-093, UBACyT, Universidad de Buenos Aires.
- Menéndez, Eduardo 1990: *Morir de Alcohol: Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial Mexicana, México.
- y Di Pardo, R. 1996: *De algunos alcoholismos y algunos saberes: Atención primaria y proceso de alcoholización*, CIESAS, México.
- Samaja, Juan 1994: *Epistemología y Metodología: Elementos para una teoría de la investigación social*, Eudeba, Buenos Aires.
- Tubert, Silvia 1992: "La estructura Adolescente", en *La muerte y lo imaginario en la adolescencia*, Saltés, Madrid.