

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

## **Relación Médico-Paciente**

**Gabriela Mónaco**

**2001**

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN. Pag. 1-2.

## PRIMERA PARTE

1.1 Relación social. Pag. 3-9.

1.2 Salud y Enfermedad. Representaciones Sociales. Pag. 10- 15

1.3 Salud – Enfermedad. Atribución de Responsabilidades. Pag. 16 - 18

1.4 Normativa Legal. Pag. 19 - 20

## SEGUNDA PARTE

2.1 Definición de Roles. Pag. 21 - 26

2.2 La medicina como ejercicio del saber y el poder. Pag. 27 - 34

## TERCERA PARTE

3. Comunicación. Pag. 35 - 41

BIBLIOGRAFÍA. Pag. 42 - 43

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende abordar el análisis sociológico de las dimensiones sociales que consideramos más relevantes de la relación médico paciente concebida como una relación social, inscripta y a su vez determinada por la circunstancia histórica y social en cuyo seno médico y enfermo se han encontrado entre sí. *‘La relación médica es primariamente social, y nunca deja de serlo, sólo amputando artificialmente los vínculos que insertan al enfermo y al médico en la sociedad a la que ambos pertenecen es posible ver aquella como pura y simple conjunción de dos personas individuales.’*<sup>1</sup>

La primera parte del material que aquí se presenta contiene la fundamentación teórica de la temática, organizada en torno a la hipótesis de carácter general según la cual la relación médico paciente se constituye como una relación de clase social. A continuación se exponen los conceptos de salud y enfermedad como construcciones sociales; valiéndonos como herramienta fundamental de la confrontación teórica de ambos conceptos. De este análisis se desprende la importancia que reviste para la temática la valoración social positiva de la salud como un estado considerado deseable y altamente positivo para quien la ostenta; y para todo la sociedad en su conjunto, en función del beneficio social que supone la capacidad individual de realización de fines socialmente construidos; en este contexto se introduce el análisis de la atribución de responsabilidades y su contrapartida en términos de normativa legal.

La segunda parte de este trabajo está dedicada al examen de las bases sociales del rol médico y del rol del enfermo desde una perspectiva de complementariedad e inter – dependencia, tomando como eje analítico la institucionalización y la legitimidad social del rol médico. Posteriormente se alude a la noción de asimetría social como carácter fundamental de dicha relación, así como a las nociones de autoridad cultural y legitimidad social como sustento explicativo del ejercicio del saber y del poder propios de la medicina, y el despliegue de mecanismos de control social.

---

<sup>1</sup> Laín Entralgo, Pedro- La relación Médico – Enfermo. Alianza Universidad S.A., Madrid, 1983.

Finalmente la tercera sección de este documento hace referencia a un punto neurálgico de la temática, la comunicación entre médico y paciente en el ámbito de la consulta médica y el papel que desempeña la administración de la información como punto crítico de la interacción social entre ambos.

A modo de ejemplos que apoyen empíricamente los fundamentos teóricos expuestos, nos valdremos de los resultados analíticos obtenidos en el proyecto de investigación realizada en el marco del Taller Central de Investigación de la Licenciatura en Sociología titulada: 'Variaciones en las estrategias de comunicación y actuación del médico pediatra, en función de la percepción de la clase social del paciente'<sup>2</sup>; cuya premisa principal se refiere a la relación médico – paciente como relación de clase donde el médico modifica su conducta en función principalmente de la clase social del paciente. El trabajo de campo de esta investigación contó con la utilización de la técnica de investigación participante en consultas médica realizada por los mismos médicos en los Servicios de Guardia de Pediatría de las Salas de Urgencia del Hospital Pereira Rossell y Hospital Británico.<sup>3</sup>

Este documento no pretende agotar el análisis de dicha relación; razón por la cual se ha dejado para un posterior análisis la consideración del papel que desempeñan otras dimensiones sociales intervinientes en la temática tales como: género, religiosidad, grupo social de pertenencia (familia – amigos), etc.; sin que por ello subestimemos el carácter influyente y determinante de las mismas en el devenir de la relación médico – paciente.

---

<sup>2</sup> Mónaco, Gabriela. Variaciones en las estrategias de comunicación y actuación del Médico Pediatra, en función de la percepción de la clase social del paciente. Informa final, Taller Central de Sociología de la Salud. Licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, 2000.

<sup>3</sup> El criterio muestral al que responde la selección de dichas Instituciones de Asistencia Médica, se basa en la característica fundamental de que la mayor parte de la población a la que brindan asistencia médica sea de una clase social determinada. Estas dos instituciones son:

Hospital Británico: Brinda por un lado servicios a socios directos (Socios del Hospital Británico), y por otro a no socios que estén afiliados a seguros médicos nacionales o internacionales que tengan convenio con la institución (ejemplo: SUMUM). Entre la población que atiende, un gran porcentaje es de clase socio – económica media alta y alta.

Hospital Perira Rossell: Hospital Materno - Infantil, que brinda asistencia médica gratuita, a toda la población infantil que tenga entre 0 y 14 años y seis meses; ante la presentación de 'carné de asistencia' por parte del paciente. La población que atiende no pertenece a la Población Económicamente Activa; o se encuentra fuera de la cobertura del Sistema de Previsión Social; lo que los ubica en los percentiles de menores ingresos y asociado a este hecho en la clase media baja y baja.

## PRIMERA PARTE

### 1.1- Relación Social

La relación médico – paciente (en lo sucesivo RMP) cuenta con una estructura constitutivamente social, en la medida en que es determinada por los caracteres culturales, tradicionales e institucionales de la sociedad y el tiempo en que médico y paciente se han encontrado entre sí.

*‘El encuentro personal entre el Médico y el Enfermo y la relación diagnóstico - terapéutica a él consecutiva son rigurosamente imprescindibles para una práctica humana del arte de curar (...) Los cambios que sin cesar va experimentando la convivencia entre los hombres alteran, por otra parte, el fundamento mismo de la RMP. <sup>4</sup>*

Esta determinación social se evidencia hasta en la forma como el individuo vivencia sus síntomas, ya que los caracteres que asumirán dichas vivencias se encuentran socialmente condicionados; vale como ejemplo tener en cuenta las reacciones que en el individuo se suscitan a partir de la aparición de síntomas propios de enfermedades estigmatizantes.<sup>i</sup>

*‘Los propios estados físicos y mentales del ser humano, las formas de interpretarlos y las respuestas terapéuticas que reciben están fuertemente condicionados por factores de naturaleza social’.<sup>5</sup>*

*‘Un individuo reacciona frente a la aparición de un síntoma o de una enfermedad de acuerdo a su historia personal, sus diferentes experiencias, su personalidad y las creencias sobre salud y enfermedad de su grupo de pares.’<sup>6</sup>*

La reacción no solo se manifiesta en el paciente sino que también en sus familiares y amigos, constituyendo un triángulo terapéutico del cual paciente, médico y grupo de pares conforman los vértices.

*‘Todo médico que trata a un enfermo está tratando a un grupo familiar, aún en las situaciones médicas más aisladas ya que el paciente lleva dentro de sí toda una herencia*

<sup>4</sup> Lain Entralago, Pedro- La relación Médico – Enfermo. Alianza Universidad S.A., Madrid, 1983. Pag. 20.

<sup>i</sup> El concepto de enfermedades estigmatizantes hace referencia a aquellas patologías que sponen para el individuo que las padece una condena moral.

<sup>5</sup> Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. Pag. 506.

<sup>6</sup> Petit, Irene; Iusín, Silvia. La relación Médico – Paciente. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure. Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag.153

*cultural (mitos, supersticiones sobre alimentación, enfermedades, creencias, etc.), por lo tanto debemos darle una nueva dimensión a la RMP adquiriendo el concepto de triángulo terapéutico con la familia en uno de los vértices.*<sup>7</sup>

Además de la familia, debemos tener en cuenta el Saber Médico y los Sistemas de Atención de la Salud, como otros dos elementos que componen dicha relación.

*‘Los sistemas de atención también están presentes como otro determinante de la relación, en la medida que la RMP no es un sistema cerrado’.*<sup>8</sup>

En el momento de la consulta médico y paciente focalizan sus expectativas en el logro de un objetivo común, la restitución de la salud del paciente. La relación social que se cimienta entre ambos no permanece aislada de los preceptos socio – culturales e institucionales que, la familia, la comunidad de pare, el saber médico, el servicio de atención médico y la propia experiencia de ambos participantes en la interacción, les anteponen, en este sentido la RMP no puede ser concebida como un sistema cerrado.

Por otra parte podemos decir que la capacidad de empatía; es decir la simultaneidad de la identificación personal subjetiva y la observación profesional objetiva; contribuye a diferenciar esta relación en particular de otras relaciones sociales, como por ejemplo la que se da entre un grupo de amigos donde prima el sustento afectivo.

*‘Lo fundamental del quehacer médico es su relación inmediata con el paciente’ (.) Se describe la empatía como la capacidad del médico de identificarse con el paciente. También se puede decir que es el proceso de entender una experiencia subjetiva individual manteniendo por otra parte una observación a distancia.*<sup>9</sup>

La capacidad de empatía pone de manifiesto la existencia de elementos o momentos afectivos en el transcurso de la consulta.

*‘(.)Tal lazo afectivo posee una trama personal y cualitativamente heterogénea; une a dos personas, y estas se relacionan mutuamente desde dos situaciones vitales – una en cuanto a enfermo, otra en cuanto a médico - muy diferentes entre sí.’*<sup>10</sup>

<sup>7</sup> Petit, Irene; Iusín, Silvia. La relación Médico – Paciente. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 158/159.

<sup>8</sup> Petit, Irene; Iusín, Silvia. La relación Médico – Paciente. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 159.

<sup>9</sup> Petit, Irene; Iusín, Silvia. La relación Médico – Paciente. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 149

<sup>10</sup> Laín Entralgo, Pedro- La relación Médico – Enfermo. Alianza Universidad S.A., Madrid, 1983. Pag. 28.

De lo anterior se desprende el carácter primario que ostenta esta relación social, puesto de manifiesto en la estrechez del vínculo y de los intereses que los aúnan.

Cardinalmente opuestos en la situación que cada uno ocupa, pero aunados por una meta en común, médico y paciente van afrontando distintos caracteres sociales.

*'En la RMP., el paciente vivencia a su médico de una manera especial, ya que la salud y la enfermedad, la vida y la muerte pasan por él, y a que el paciente adopta frente a el actitudes de amor o de fastidio, de dependencia o de rebeldía , y muchas otras, que se vinculan a como han sido sus experiencias pasadas y a como es el presente . También el médico experimenta vivencias afectivas de distintos tipos frente a sus pacientes, que también dependen de su historia personal y es en base a las vivencias de ambos que se estructura su relación. (...) Ningún paciente es igual a otro a pesar que la enfermedad sea la misma'.<sup>11</sup>*

El momento de la consulta se constituye así como un momento de incertidumbre recíproca, donde, de la interacción entre ambos actores, dependen los caracteres que adoptará dicha relación. Así mismo el concepto de incertidumbre se configura como elemento constitutivo del acto médico, y se fundamenta en el hecho de que el conocimiento se produce y se aplica a individuos más que a conjuntos o unidades estadísticas. En este sentido la incertidumbre se presenta como la individualización de los casos, da cuenta de la particularidad de los mismos, es decir de los aspectos no estandarizados de la enfermedad. En este contexto el médico, aún contando con su conocimiento general, se halla en zonas de incertidumbre a la hora de su aplicación al caso individual.<sup>12</sup>

*'En condiciones de incertidumbre, el médico clínico suele recurrir a conocimientos de carácter general, a la experiencia propia y a la experiencia sistematizada por su comunidad de pares, pero también a sus propios esquemas de percepción de la realidad (...)Esa incorporación de creencias y puntos de vista no técnicos es fundamentalmente un reflejo de la posición social y del universo cultural de los ejercientes de la medicina.<sup>13</sup>*

Sumado a la incertidumbre de la consulta, el paciente experimenta un sentimiento de vulnerabilidad al exponer a otros sus síntomas, someterse a distintos tipos de análisis, etc.

<sup>11</sup> Petit, Irene; Iusin, Silvia. La relación Médico – Paciente. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarbouré, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 149

<sup>12</sup> Mitjavila, Myriam. El saber médico y la medicalización del espacio social. Departamento de Sociología, Documento de Trabajo Nro. 33. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.

*'El paciente debe aceptar su vulnerabilidad. Siente incertidumbre por el tipo de enfermedad, gravedad y pronóstico. También debe modificar sus relaciones con los demás, exponer otros aspectos de sí mismos de tipo privado como la desnudez del cuerpo, orina, heces, etc.'*<sup>14</sup>

Es con respecto a este sentimiento de vulnerabilidad que afronta el paciente, que la noción de empatía cobra importancia. La identificación del médico para con el paciente (aún cuando se mantenga distancia tal, que no haga peligrar la mirada clínica), redundante en una reducción de la angustia por parte del paciente y alienta a que este realice una descripción clara y precisa de los síntomas que padece, volviéndose un valioso insumo de la anamnesis médica, es decir la reconstrucción de la información que el médico realiza a partir de lo que el paciente narra.

*'En su relación con el enfermo, y hasta cuando cree que su operación es solo diagnóstica, el médico ejercita siempre para bien o para mal, un acto terapéutico. (...) En el curso real de la RMP no hay actos exclusivamente diagnósticos y exclusivamente terapéuticos.'*<sup>15</sup>

La relación médico - paciente no solo es una relación intersubjetiva, sino que es también una relación de clase social; donde el médico modifica su conducta en función principalmente de la clase social del paciente.

*'El acto médico no es únicamente un encuentro entre una persona que busca ayuda y un profesional entrenado para proporcionársela: es también una relación social entre actores individuales que pertenecen a determinadas clases sociales, utilizan ciertos códigos lingüístico, adoptan determinados estilos de vida y adhieren a valores sociales específicos.'*<sup>16</sup>

Existe un informe dado a conocer en Inglaterra con el nombre de Black Report 1980 (Informe Negro), que puso en consideración que las desigualdades de clase, en lo referente a la salud, reflejan las diferentes circunstancias materiales y económicas de los distintos grupos sociales en la sociedad Inglesa; este ofrece los resultados de una indagación en el campo de

---

<sup>13</sup> Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. Pag. 509.

<sup>14</sup> Petit, Irene; Iusín, Silvia. La relación Médico – Paciente. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 154.

<sup>15</sup> Laín Entralgo, Pedro- La relación Médico – Enfermo. Alianza Universidad S.A., Madrid, 1983. Pag.25.

<sup>16</sup> Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 509/510.

las desigualdades en la salud, cuya definición de clase social se corresponde con nuestra perspectiva de análisis

*“segmentos de la población que comparten tipos y niveles de recursos más o menos similares que tienen cierta percepción compartida de su situación colectiva”*.<sup>17</sup>

La percepción que el médico tiene acerca de la pertenencia de sus pacientes a una clase social, así como las variables sexo, edad y nivel cultural, influyen en la modalidad que la consulta médica adopta, en la forma en que médico y paciente interactúan, el lenguaje que emplean, la explicación que el médico hace de su diagnóstico, así como la elección de posibles caminos terapéuticos.

La RMP se ve condicionada ante estos factores a partir de los supuestos implícitos que el médico tiene acerca de la pertenencia de sus pacientes a diferentes clases sociales, así como a distintos niveles culturales.

Según Boltanski<sup>18</sup>, en el transcurso de su formación curricular, y en los primeros años de ejercicio profesional; el joven médico adquiere una percepción selectiva y organizada, que opera a través de un número limitado de categorías mediante las cuales clasifica a sus pacientes; y a partir de la cual modifica su conducta, y define su estrategia. Este autor hace referencia a la existencia de tratados de semiología<sup>19</sup>, usados por los médicos en su formación curricular; donde se propone una tipología que relaciona características de las clases sociales de los pacientes, con diferencias sociales entre las mismas. En base a un número restringido de tipos sociales, el médico cataloga a sus pacientes. Estos tipos sociales son:

- A) Paciente desprovisto de inteligencia suficiente para entender aquello que el médico le dice.
- B) Paciente demasiado inteligente, capaz de entender aquello que el médico le dice.
- C) Paciente Psicótico

El primer tipo social, está estrechamente vinculado a pacientes de clase baja, con bajo nivel de educación; que guarda grandes diferencias culturales y sociales con el médico. En este tipo es posible verificar una barrera lingüística lo suficientemente importante como para

<sup>17</sup> El concepto de clase social utilizando en el 'Black Report' es más extenso que el que aquí presentamos, su simplificación responde a un criterio de adecuación analítica.

<sup>18</sup> Boltanski, Luc. As classes sociais e o corpo. Editorial Graal. Río de Janeiro, 1989.

<sup>19</sup> La semiología dentro de la medicina es la disciplina que da cuenta del reconocimiento de síntomas y signos en el enfermo.

dificultar el entendimiento entre médico y paciente. Esta barrera se evidencia por el hecho de existir entre ambos actores, distintos niveles de educación formal; partimos de la base de que el médico debió someterse a ocho años de formación universitaria (sin contar los años de especialización de aquellos médicos que optaron por una especialidad médica determinada), y que quizás el paciente con el cual se relaciona en la consulta no haya culminado siquiera sus estudios primarios. En este contexto el médico considera áridos todos los intentos por explicar al paciente las características de su dolencia y los beneficios de un tratamiento en particular, ya que da por supuesto que el paciente no tiene la capacidad de entender los términos técnicos que el médico utiliza para elaborar su diagnóstico; ante tales dificultades el médico opta por prescindir de todo tipo de explicaciones y procede a prescribir al paciente una terapia determinada. En este contexto la consulta médica se restringirá únicamente a la explicación de los síntomas que el paciente padece, y al diagnóstico y prescripción terapéutica por parte del médico sin ahondar en demasiadas explicaciones.

El segundo tipo social, pretende caracterizar a aquellos pacientes pertenecientes a clase media y alta, con un nivel cultural que se aproxima en buena forma al que el médico ostenta, lo que le permite ahondar en explicaciones a sabiendas que su interlocutor posee la capacidad de entenderlo, ya que posiblemente compartan un mismo lenguaje. La inexistencia de barreras lingüísticas tales que perturben la comunicación y el entendimiento entre médico y pacientes que califiquen para ser incluidos dentro de estas categorías, permite que la consulta médica tome otros rumbos, se prolongue más en su duración y que ambos actores alcancen un grado mayor de profundidad en la relación. Si a lo anterior le agregamos el supuesto de que al pertenecer a una misma clase, médico y paciente tendrán mayor probabilidad de coincidencia en intereses, gustos y demás; lo que redundara en una mayor afinidad entre ambos, que reforzara la relación.

El tercer tipo se compone por paciente que acuden a la consulta con un grado extraordinario de información acerca de la dolencia que cree padecer; estos pacientes son capaces de explicar con exactitud casi médica, y de forma apasionada, los síntomas que lo aquejan. En general han buscado información sobre su supuesta dolencia ya sea en artículos médicos que puedan encontrar en revistas, en textos de medicina y hasta en Internet. Pretenden del médico al que acuden, un diagnóstico preciso en términos científicos, y en los casos más extremos son capaces de discutir con el médico y hasta demostrar desacuerdo, ya sea con el diagnóstico o con el tratamiento que el médico les propone. Estos pacientes son caracterizados como pertenecientes a la clase social alta y con alto nivel cultural.

De lo anterior se desprende que en función de la percepción que el médico tiene acerca de la clase social de su paciente y la tipificación social que haga del mismo, definirá una estrategia de relacionamiento a llevar a cabo en la consulta.

*'La categorización médica de los pacientes generalmente involucra la utilización de estereotipos que se convierten en el principal punto de referencia para elaborar determinadas conclusiones diagnósticas y determinar acciones preventivas y aún terapéuticas.'*<sup>20</sup>

La definición de su estrategia discursiva versara en torno a la combinación de lo que pretende decir y lo que pretende omitir, sobre el tipo de lenguaje a emplear (lenguaje común o lenguaje científico), la duración de la consulta, la cantidad de información que comunique al paciente, la participación que el paciente tenga en la consulta, la importancia que el médico de a las opiniones del paciente, la definición del tiempo en que el médico esta dispuesto a escuchar la explicación de los síntomas que el paciente hace de la dolencia que le afecta, etc.

Por todo lo anterior consideramos pertinente la presentación RMP como una relación de clase social.

---

<sup>20</sup> Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 510.

## 1.2 Salud y Enfermedad. Representaciones Sociales.

Los conceptos de salud y enfermedad han sido blanco de múltiples definiciones en función de las distintas épocas y culturas, pero es en realidad la confrontación teórica de ambos conceptos la que suscita el fundamento teórico de dichas definiciones.

A propósito del concepto de enfermedad Berlinguer señala:

*‘A partir de las civilizaciones primitivas, los hombres se interrogaban sobre este concepto. Al comienzo parecía claro que las enfermedades se debieran a la ausencia o a la supresión de algún principio vital; otras veces a una presencia extraña y nociva: corpúsculos de materia impura, o bien demonios o animales perversos. Diríamos hoy: presencia de sustancias tóxicas, accionares destructivos, conductas malsanas, microbios y parásitos.’<sup>21</sup>*

El fenómeno que en una época parece inequívocamente como consecuencia de fuerzas mágicas, sobrenaturales, místicas, etc.; adquiere nuevas significaciones en otra.

*‘La experiencia de la enfermedad ha existido siempre y posee un carácter universal. Pero las ideas acerca de que es lo que se considera salud o enfermedad están sujetas a variaciones históricas y socioculturales.’<sup>22</sup>*

El devenir histórico y cultural de las distintas épocas ha quedado plasmado en alguna definición de estos conceptos; pero como ya hemos mencionado la definición de la enfermedad se fundamenta en su contraposición a la definición de salud; es decir a las diferencias que existen entre ambos estados. Para que estas diferencias se manifiesten tiene que existir una idea clara y precisa del concepto de salud o individuo en estado saludable; aunque ese idea sea solo un ‘tipo ideal’.

*‘Herzlich, glosando la literatura sobre este tema, resume las concepciones mas habituales de salud: en primer lugar, la salud como ausencia de enfermedad. Cuando el propio cuerpo no se hace notar, cuando funciona sin atenciones especiales, hay salud. La segunda interpretación es la de la salud como reserva: no sólo se asume que se disfruta de salud en el momento presente, sino que existe una reserva, a menudo dotada ya al momento de nacer, que permite afrontar pequeños embates sin desgaste. La tercera interpretación,*

<sup>21</sup> Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994. Pag. 11/12.

<sup>22</sup> Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarbouré, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998 Pag. 507.

*más compleja, es la de salud como equilibrio: el individuo se siente bien si consigue un estado armonioso entre sus distintas capacidades, si se siente fuerte, a gusto, feliz capaz incluso de acometer, integrandolos sin problemas, excesos y desordenes.*

*De estas tres interpretaciones de la salud, la primera es una condición en la que se está o es; la segunda se tiene, y la tercera se hace. En el primer caso la enfermedad destruye a la salud; en el segundo, la salud se interpreta como una resistencia, y, en el tercero, como una capacidad de asimilación del desorden.*<sup>23</sup>

Para Parsons salud es:

*'Capacidad de mantener un favorable y autoregulado estado que es un pre - requisito para la performance efectiva de un rango definido de funciones del sistema y su relación con el medio ambiente psicológico y socio - cultural.'*

Mientras que enfermedad es: *'Complejo o combinación de factores cuyo efecto es el de interferir en la efectividad de las funciones'*.<sup>24</sup>

Al contrario de las definiciones precedentes, existen otras donde la salud y la enfermedad carecen del carácter antagónico y contrapuesto que señaláramos; por el contrario ambos conceptos forman parte la vida misma, por tanto no se hace referencia al fenómeno de la salud o al fenómeno de la enfermedad como elementos aislados, por el contrario ambos son componentes indivisibles de un mismo fenómeno:

*'La enfermedad es un fenómeno vital. (...) Es interesante esta definición porque no contrapone netamente la enfermedad a la salud, sino que hace comprender que la enfermedad es uno de los aspectos de la vida, aunque sea con sello predominantemente negativo.(..) La enfermedad es en consecuencia, incapacidad permanente o transitoria de mantener la homeostasis, el equilibrio entre las funciones del organismo, y es un proceso: tiene un comienzo, una historia y una conclusión. Sería mejor hablar de un ciclo continuo salud - enfermedad, que se desarrolla no solo en el interior del organismo, sino entre el y el medio ambiente.'*<sup>25</sup>

La idea de la enfermedad y la singularidad que adquiere en cada época y en cada cultura en particular, da cuenta de un fenómeno socialmente construido, los síntomas biológicos o físicos de la enfermedad se presentan en el individuo y son considerados por los otros, pero,

<sup>23</sup> Durán, María Angeles. Desigualdad Social y Enfermedad. Editorial Tecnos. Madrid. 1983. Pag. 34.

<sup>24</sup> Parsons, Talcott. Action Theory and the human condition. The Free Press - Adivision of Macmillan Publishing Co., Inc.1978. Pag. 69.

<sup>25</sup> Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994. Pag. 32/33.

la clasificación, la denominación y los significados que este le atribuye a sus síntomas, son inter - subjetivamente contruidos en el seno de un tiempo histórico y cultural.

*'El problema a tratar es la idea de la enfermedad misma, cómo los signos o síntomas llegan a ser clasificados o diagnosticados como una enfermedad en primer lugar, cómo un individuo llega a ser designado como enfermo y cómo se moldea la conducta social por el proceso del diagnóstico y del tratamiento. La validez de la imputación está fuera de cuestión, puesto que la enfermedad que interesa al sociólogo puede tener o no fundamento en la realidad biológica, pero siempre tiene un fundamento en la realidad social en cuanto a que es reconocida y marcada por la gente, cualquiera que sea su competencia científica, y es tomada en cuenta por su conducta. (..) Para que cualquier condición bio-psíquica pueda ser evaluada en términos de salud/enfermedad es necesario que se emplee algún parámetro de normalidad. (..) 'Toda idea sobre salud o enfermedad encuentra siempre un fundamento en la realidad social de la cual emerge, cuestión que generalmente remite a las condiciones de vida de los individuos y del grupo social de pertenencia.'*<sup>26</sup>

*'En el fenómeno de la enfermedad se entrecruzan, cuando se trata de la especie humana, por lo menos tres componentes: a) un hecho objetivo corpóreo, es decir una alteración de algún órgano, aparato, sistema o función, más o menos demostrable; b) una mayor o menor conciencia individual del mal; c) una idea y una medida derivada de los conocimientos, los prejuicios y los intereses de la época; en consecuencia, un juicio de valor, una interpretación ética, además de científica, que sirve como guía operativa. (..) Existen, en resumen, cuatro dimensiones del fenómeno para el individuo. Una es estar enfermo, es decir sufrir alteraciones a causa de enfermedades en el cuerpo y en sus funciones; otra es sentirse enfermo, es decir percibir tales modificaciones del propio organismo; la tercera es identificar la enfermedad basándose en los conocimientos adquiridos en su época y referidos al tema; la última es poder estar enfermo.'*<sup>27</sup>

La enfermedad como significado socialmente construido, esta contenida dentro de los parámetros que la sociedad le impone; al primer componente señalado por Berlinguer como la objetividad que impone algún tipo de alteración corpórea que es en alguna medida demostrable a través de la observación y el análisis físico del individuo que lo padece; debe

<sup>26</sup> Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 508/513.

<sup>27</sup> Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994. Pag. 19/42.

sumarse algún grado de conciencia individual del mal; es aquí donde se evidencian los parámetros de normalidad que impone la pertenencia del individuo a una sociedad, cultura, franja etaria, sexo, etc. La conciencia individual del mal depende de una mayor o menor incidencia de ese mal en la sociedad en la que vive, entre aquellos que tiene su misma edad, que son de su mismo sexo y pertenecen a la misma clase social o categoría de ocupación.

En el siglo pasado enfermedades tales como la lepra o la tuberculosis tenían enorme incidencia en los países europeos, la poca expectativa de vida de aquellos que la padecían así como su gran poder de contagio las convertían en enfermedades estigmatizantes y suponían la exclusión y la condena social del enfermo; hoy en día estas enfermedades son curables y plausibles de prevención; por tanto ya no gozan del carácter estigmatizante de antaño. En la actualidad existen enfermedades tales como el VIH, el tabaquismo, el alcoholismo, etc.; que actualizan el estigma.

*'Existen, en cambio, otros fenómenos que son evaluados como normales o anormales según el oficio, la cultura, la renta, las posibilidades terapéuticas: la sociedad transforma estas evaluaciones en motivo de exclusión o condena.'*<sup>28</sup>

La enfermedad no es vivida de igual forma por hombres y mujeres, adultos y niños, ricos y pobre. La diarrea causa poca preocupación en el individuo adulto, pero si la diarrea la sufre un niño el grado de preocupación aumenta notoriamente; y si este niño proviene de un hogar pobre aumenta aún más; ya que la diarrea infantil es la principal causa de mortalidad infantil en nuestro país y la mayor incidencia numérica esta dada por los niños de hogares pobres con ausencia de agua potable y conexión a la red sanitaria. En los criterios que los individuos utilizan para catalogar las enfermedades, también encontramos estas diferencias.

*'No basta con que se tenga una infección para ser reconocido como enfermo. El enfermo tiene que ser reconocido socialmente como tal, y para ello tiene que expresar los síntomas, los signos que el grupo reconoce como indicadores de enfermedad. (..) En el reconocimiento de su enfermedad, el paciente integra su propia experiencia, personal y directa, con la experiencia colectiva, aprendida indirectamente a través de los otros. La expresión resumida de este reconocimiento es la nominación de la enfermedad, el otorgamiento del nombre.'*<sup>29</sup>

<sup>28</sup> Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994. Pag. 58

<sup>29</sup> Durán, María Angeles. Desigualdad Social y Enfermedad. Editorial Tecnos. Madrid, 1983. Pag. 39/40.

Médico, paciente y autoridades sanitarias, van a utilizar diferentes criterios para catalogar una enfermedad: el primero va a utilizar el criterio del modo de transmisión y etiología de la enfermedad, el segundo el criterio de la gravedad entre otros, y el tercero el criterio del riesgo sanitario para el conjunto de la población. El contexto social de cada uno de estos actores los sitúa de manera diferente ante el mismo fenómeno.

*‘En su nombramiento de la enfermedad, los médicos destacan como característica su etiología y modo de transmisión. Sin embargo, la población destaca como criterios definidores y clasificadores principales los efectos de la enfermedad: grado de gravedad, duración, riesgo de incapacidad, agudeza, contagio o transmisión por herencia, coste económico, dolor, condición vergonzosa o digna, y que sea física o mental.’<sup>30</sup>*

A los campos del saber profesional y del conocimiento del sentido común debe sumarse el campo de la competencia de las autoridades sanitarias y los sistemas de atención médica.

La interacción de estos campos forma parte del proceso histórico de construcción social de las ideas sobre salud y enfermedad y sus consiguientes tipos ideales.

*‘Debe tenerse en cuenta el carácter dinámico de las relaciones entre los campos del saber profesional y del conocimiento del sentido común. Ambos se refieren mutuamente y el acto médico constituye una instancia privilegiada en ese proceso de construcción social de las ideas sobre salud y enfermedad.’<sup>31</sup>*

En el siglo veinte el saber médico adquiere gran preponderancia en dicha construcción.

*‘La expansión y el desarrollo de las ideas científicas y técnicas sobre la salud y la enfermedad son el resultado y al mismo tiempo elementos constructores de ese largo proceso de modernización de la vida social. Una de sus expresiones más evidentes es la consolidación de la medicina como profesión. (...) Dicha institucionalización es el resultado, no sólo del crecimiento y difusión de los conocimientos biomédicos, sino también de lo que se ha definido como la autoridad cultural del saber médico. Esta expresión se emplea para referirse a la probabilidad de que ciertas definiciones particulares de la realidad y juicios de significado y de valor prevalezcan como válidos y verdaderos.’<sup>32</sup>*

<sup>30</sup> Durán, María Angeles. Desigualdad Social y Enfermedad. Editorial Tecnos. Madrid, 1983. Pag. 41.

<sup>31</sup> Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarbouré, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998 Pag. 515.

<sup>32</sup> Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarbouré, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998 Pag. 507.

La prevalencia del saber médico como criterio de validez atribuye legitimidad social al accionar médico al tiempo que lo privilegia en detrimento de otros tipos de conocimientos y concepciones de la salud y la enfermedad.

*'El conocimiento de las causas de la enfermedad requiere el conocimiento social de su validez: esto es, no todos los que conocen ni todos los tipos de conocimientos sobre la enfermedad son reconocidos socialmente como importantes o eficaces. Los reconocidos como conocedores son los expertos, los profesionales. Los demás son los lego, o dicho en términos sociológicos, los excluidos o outsiders.'*<sup>33</sup>

Lo anterior no implica que existan otros tipos de conocimientos sobre la enfermedad, por el contrario estos existen y de ellos proviene múltiples prácticas preventivas y medicinales cuyo uso no solo es muy frecuente sino que también goza de cierta legitimidad social. Recetas caseras contra gripes y resfríos y medidas preventivas contra los mismos son un buen ejemplo de ello.

---

<sup>33</sup> Durán, María Angeles. Desigualdad Social y Enfermedad. Editorial Tecnos. Madrid, 1983. Pag. 45.

### 1.3 Salud – Enfermedad. Atribución de Responsabilidades.

Partimos de la base de que la salud es un estado considerado deseable y altamente positivo para quien la ostenta, ya que confiere al individuo la capacidad de realización de fines socialmente construidos.

El individuo que goza de plena salud tiene como supuesto el desarrollo y el logro efectivo de un rango claramente definido de funciones sociales, así como la forma en que debe relacionarse con el ambiente físico y social al que pertenece.

Al estado de salud le es inherente un conjunto de presupuestos de acción, de derechos y de obligaciones. En este contexto la enfermedad constituye un complejo de factores que obstaculiza o cabalmente impide el desarrollo de las funciones prescritas.

Las nociones de salud y enfermedad, al igual que los parámetros mediante los cuales se verifica la presencia de ambos estados, son socialmente construidos y aceptados y por tanto implican una serie de derechos, obligaciones, exoneraciones, etc en la sociedad en la cual se inscriben.

En el ciclo vital del individuo, la enfermedad aparece primariamente como dificultad o molestia en la rutina del individuo.

*‘De hecho la enfermedad es frecuentemente, al menos al comienzo, solo expresión de dificultad en la vida de una persona.’<sup>34</sup>*

Imposibilidad o dificultad de desarrollar la rutina diaria, es el primer síntoma de la enfermedad.

*‘El reconocimiento de la enfermedad concede al enfermo el derecho/obligación de interrumpir su vida cotidiana: si se le concede legitimidad tendrá, socialmente, el derecho a recabar ayuda de sus parientes, amigos, vecinos, empleadores, y de la sociedad en general. Si su enfermedad es estigmatizante, recibirá el castigo, el ostracismo, la expulsión, la reclusión.’<sup>35</sup>*

*‘La interpretación de las causas de la enfermedad y de la asignación de obligaciones no puede hacerse al margen de la sociedad en que se produce. Cada juicio de valor sobre el*

<sup>34</sup> Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994. Pag. 87.

<sup>35</sup> Durán, María Angeles. Desigualdad Social y Enfermedad. Editorial Tecnos. Madrid, 1983. Pag. 48.

*enfermo refleja el orden de valores del enjuiciador, las ideas y teorías del mundo que dominan en su cultura.*<sup>36</sup>

En este contexto es importante analizar los factores que componen el marco de justificación social de los Agentes del Cuidado de la Salud; los médicos; como los responsables de instaurar los métodos diagnósticos y terapéuticos de la enfermedad en el individuo que la padece. Estos factores son:

La responsabilidad fiduciaria del se inscribe en un marco de:

- 1- Presumible competencia del agente de salud para lidiar con el tipo de situaciones del cuidado de la salud que adquieren la relevancia categórica de persona enferma o potencial persona enferma. Esta presumible competencia es independiente de la experiencia del agente. En otras palabras un buen médico científico requiere gran inteligencia y probada moral en una medida que es probablemente mayor el tiempo que supone el estudio de la medicina, que cualquier otro rol ocupacional en la sociedad moderna. La carrera de Medicina supone mayor cantidad de años de estudio curricular que otras carreras, y esta característica atribuye al médico un componente de competencia al margen de la que se pueda probar en el desempeño profesional.
- 2- Componente de autoridad moral: basado en la aceptación general de los agentes del cuidado de la salud y de las personas enfermas; de que la salud es una buena cosa y la enfermedad una mala cosa. Esta es la conexión por la cual los agentes del cuidado de la salud desarrollan funciones de control social en el sentido en que este concepto es relevante para enfatizar al control social como una parte del complejo del cuidado de la salud. El médico está obligado a reforzar la motivación del paciente por recuperarse. Se supone que el acto médico redunde en aumentar la predisposición del paciente para la recuperación.<sup>37</sup>

La convicción compartida acerca de la valoración positiva de la salud y la consiguiente visión negativa de la enfermedad, sumada al atributo de competencia y autoridad moral que usufructúa la profesión médica; brinda al acto médico legitimidad social.

*'Esa legitimidad que posee la medicina ha redundado inevitablemente en una naturalización de la manera médica de ver y actuar frente a la salud y la enfermedad, la cual se apoya en dos grupos de mecanismos. 1- Suponer que las ideas médicas sobre la salud*

<sup>36</sup> Durán, María Angeles. Desigualdad Social y Enfermedad. Editorial Tecnos. Madrid, 1983. Pag. 50

<sup>37</sup> Parsons, Talcott. Action Theory and the human condition. The Free Press – Adivision of Macmillan Publishing Co., Inc. 1978. Pag. 26.

*y la enfermedad son valorativamente neutrales, debido a que emanan de una práctica protegida por los fundamentos racionales de la actividad científica. 2- Considerar que la medicina es el único sistema de pensamiento que existe en torno a la salud y a la enfermedad, bajo el riesgo de desconocer los fundamentos sociales de su preeminencia actual.*<sup>38</sup>

En las sociedades actuales la racionalidad científica que se le atribuye a la profesión médica, se ve empañada por otro tipo de racionalidad:

*'La responsabilidad no es ya del paciente o del médico en sus relaciones cara a cara, sino que se diluyen en el seno de los equipos médicos, de los hospitales, de las burocracias sanitarias y de los grupos de presión.'*<sup>39</sup>

Las Instituciones Públicas y Privadas al Cuidado de la Salud se fundamentan en una racionalidad social; como por ejemplo el Sistema Mutual de Atención de la Salud; y en una racionalidad económica en aras de sustentar el funcionamiento de los equipos médicos; vale recordar la creciente utilización de tecnologías de alta complejidad e igualmente alto costo económico. Ambos tipos de instituciones se ven enredados en un complejo entramado de racionalidades; científica, social y económica; cuya consecuencia se manifiesta en la burocratización del sistema sanitario y en la insatisfacción de los actores que lo componen.

---

<sup>38</sup> Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarbouré, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 508.

<sup>39</sup> Durán, María Angeles. Desigualdad Social y Enfermedad. Editorial Tecnos. Madrid. 1983. Pag. 51.

## 1.4 Normativa Legal

El proceso de medicalización creciente que se observa en la modernidad; refiriéndonos con el término medicalización a los procesos de expansión de los parámetros ideológicos y técnicos desde los cuales la medicina construye saberes e interviene en áreas de la vida social que antaño exhibían un mayor grado de independencia respecto a sus tradicionales dominios<sup>40</sup>; hace alarde de una legitimidad social y un grado de institucionalidad tal que no es posible observar en otras disciplinas profesionales.

La medicina se ha caracterizado por obtener por parte del Estado el control de otras modalidades de curación que no remitan al campo racional – técnico científico, y que dirijan su accionar al radio que comprende el territorio social conquistado por la medicina tecno – científica. Mediante el uso de partidas de nacimiento/defunción, certificados de aptitud física con fines laborales, etc, el Estado confiere al acto médico el monopolio de intervención en el espacio médico - sanitario; entendiendo por este:

*'espacio social conformado por las esferas de conocimiento experto (medicina clínica, epidemiología, salud pública, medicina social, y otras disciplinas biomédicas y sociales) que organizan los discursos y las prácticas de agentes socialmente legítimos en los niveles científico, técnico, político y administrativo de la gestión de segmentos problemáticos de la vida social en términos de salud y enfermedad.'*<sup>41</sup>

El ejercicio de la medicina en nuestro país se inscribe en un marco legal, que confiere al médico y al paciente derechos y obligaciones con respecto al acto médico y conceden al mismo una institucionalidad sin precedentes.

*'En rigor el tratamiento médico es por su esencia misma un acto social (...) Concédense carácter social las ordenanzas legales a que está sometido en todos los pueblos cultos.'*<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> Mitjavila, Myriam. El saber médico y la medicalización del espacio social. Departamento de Sociología. Documento de Trabajo Nro. 33. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República

<sup>41</sup> Mitjavila, Myriam. El saber médico y la medicalización del espacio social. Departamento de Sociología. Documento de Trabajo Nro. 33. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Pag. 16 – 17.

<sup>42</sup> Laín Entralgo, Pedro- La relación Médico – Enfermo. Alianza Universidad S.A., Madrid. 1983.

Existen grandes diferencias en los cuerpos de leyes que regulan la práctica médica en los distintos países, así como el grado de información que médicos y pacientes ostentan respecto a las mismas; la temática del Consentimiento Médico (en lo sucesivo C.M.) entendido como:

*'Manifestación de voluntad por parte de un paciente o de su representante legal, de obtener del profesional un acto médico, ya sea este diagnóstico o terapéutico'*<sup>43</sup>

sustenta la existencia de dichas leyes.

El C.M. constituye en sí mismos un contrato entre el médico y el paciente mediante el cual ambos, desde sus respectivos roles, se comprometen en una causa común definida como el logro de la salud amenazada. Los compromisos asumidos en el contrato aluden a la asunción de diferentes responsabilidades por parte de médico y paciente. El primero valiéndose de su formación técnica compromete su esfuerzo y su dedicación profesional, en pos de la cura de la enfermedad y los síntomas que el paciente padece; en caso de que el logro de lo anterior exceda sus posibilidades técnicas<sup>ii</sup>, a procurar al paciente una sobrevida digna. El paciente respectivamente, a partir de la confianza depositada en el médico; patente en el C.M.; se compromete a colaborar con el médico en el logro de la salud. El paciente colabora en el diagnóstico médico con una descripción detallada de sus síntomas, y cumpliendo con las indicaciones recibidas para el tratamiento médico.

Podemos decir que este contrato sintetiza los elementos que cimientan la construcción social del rol médico y del rol del enfermo y las expectativas sociales con respecto a cada uno de ellos. Ambos roles sociales serán analizados con mayor profundidad en la siguiente sección.

---

<sup>43</sup> Leborgne, José. Consentimiento Médico en el Paciente Oncológico. Catedra de Medicina Legal . Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay, 1991.

<sup>ii</sup> El médico se ve desbordado en sus posibilidades técnicas por ejemplo, cuando se encuentra ante síntomas desconocidos (no tipificados), o ante pacientes terminales.

## SEGUNDA PARTE

### 2.1 Definición de roles

En la constitución de la relación médico – paciente existen dos tipos de roles complementarios e inter- dependientes entre sí. Según Parsons el problema sociológico que el análisis de dichos roles implica se encuentra en la naturaleza de la institucionalización de la relación entre actuales o potenciales personas enfermas, y los participantes en las agencias del cuidado de la salud.

Los dos tipos de roles están institucionalmente definidos como complementarios uno de otro en tal medida que el sentido de cada uno depende del otro.

Estar enfermo es estar en un estado que está institucionalmente definido como que no es una falta del enfermo; el enfermo no es responsable de su enfermedad. Paciente y médico comparten una evaluación positiva de la salud y en consecuencia una evaluación negativa de la enfermedad, la coincidencia en estas evaluaciones fundamenta la cooperación entre ambos en aras de lograr un fin común, recuperar la salud del enfermo. Para el logro de este fin en común el agente del cuidado de la salud (el médico) y el enfermo, asumen dos tipos de roles bien definidos y diferentes donde el desarrollo de un rol es requisito indispensable para el desarrollo del otro; por tanto podemos decir que estos dos tipos de roles son mutuamente referidos.

Parsons ha señalado de forma precisa los caracteres fundamentales de cada tipo de rol:

En estado de enfermedad, el individuo asume un ‘Rol Social de estar Enfermo’. Existen tres aspectos fundamentales del Rol Social de estar Enfermo:

- Primer aspecto: ‘La consideración por parte de los otros de que la persona enferma es víctima de fuerzas ajenas a su control’. El enfermo no es considerado responsable de su enfermedad.
- Segundo aspecto: ‘De carácter socio – estructural, es la exoneración del enfermo de las obligaciones y expectativas cotidianas’. Su carácter de enfermo lo exonera de ciertas actividades de su vida cotidiana (trabajar, estudiar, colaborar en las tareas del hogar, etc.).

- Tercer aspecto: *'La consideración y la ayuda de la persona enferma por parte de algún tipo de servicio de salud institucionalizado.'*<sup>44</sup> Por mi parte a este tercer aspecto le sumaría el derecho o permiso social del enfermo de recabar ayuda en sus familiares, amigos, y hasta empleadores. Cuando un individuo padece una enfermedad, su entorno social (el más estrecho: familiares y amigos) se conmociona y considera natural prestar ayuda a quien se encuentra convaleciente; esto forma parte del estereotipo del enfermo.

Acerca del tipo de rol que el médico asume, Parson alude al carácter profesional como elemento fundamental del mismo, el rol del médico contiene atributos propios de cualquier rol del tipo profesional, más aya de la profesión en sí misma:

*'Como rol profesional que es posee una alta incidencia de standares universales. Tiene una funcionalidad especifica en la relación entre el agente y el paciente focalizado en problemas de salud del paciente en detrimento de otros tipo de problemas personales del mismo.'*<sup>45</sup>

Su denominación de 'Rol Terapéutico' responde al rumbo que asume su accionar y la orientación que sus objetivos le determinan:

*'Su performance se orienta a intervenir activamente en casos actuales de enfermedad. Es predominantemente neutral afectivamente. Su función está gobernada por una orientación hacia valores colectivos.'*<sup>46</sup>

Se parte de la consideración que al contrario que el hombre de negocios, persigue un bien común y no un beneficio personal. De la salud de un individuo que es capaz de cumplir con todas sus obligaciones y colmar las expectativas cotidianas que en el residen, se beneficia toda la sociedad.

Al igual que en el Rol social de estar enfermo, Parsons señala los aspectos fundamentales del Rol terapéutico:

---

<sup>44</sup> Parsons, Talcott. Action Theory and the human condition. The Free Press – Adivision of Macmillan Publishing Co., Inc.1978. Pag. 21.

<sup>45</sup> Idem.

<sup>46</sup> Parsons, Talcott. Action Theory and the human condition. The Free Press – Adivision of Macmillan Publishing Co., Inc.1978.

- El primer aspecto a considerar del rol terapéutico, son sus funciones como mecanismo de control social. La actitud prevaleciente ante la enfermedad, es considerarla como un estado indeseable donde el rol de los agentes terapéuticos debe ser el de recuperar a las personas. Como cualquier otro tipo de rol profesional u organización de función social en la que el rol profesional es predominante, los médicos como otros agentes terapéuticos tienen importantes funciones que pueden ser caracterizadas como de control social.
- La validez social del saber médico y su importancia en detrimento de la ignorancia. *‘Las expectativas sociales de los pacientes respecto a la necesidad de que el médico tenga siempre una respuesta para sus problemas y preocupaciones, refuerza notoriamente esa propensión inevitable a la acción que el uso de estereotipos sociales estaría facilitando.’*<sup>47</sup>

La supuesta superioridad del médico radica en parte en las funciones específicas de ‘atender’ a personas que tiene problemas de salud, que en un sentido específico están enfermas y disminuidas en sus capacidades físicas, mientras que el goza de buena salud y sus capacidades físicas se mantiene intactas .

En el complejo de la salud y la enfermedad no pueden haber dudas acerca de la institucionalizada superioridad de los agentes del cuidado de la salud especialmente los médicos, esta institucionalización se basa en las siguientes consideraciones:

- 1- La centralidad y la virtual universalidad de del la evaluación positiva de la salud y la correlativa evaluación negativa del estado de enfermedad.
- 2- La institucionalización de modos relevantes de contacto entre el paciente y el agente del cuidado de la salud; es decir el marco legal al que ya hicimos mención.
- 3- La aceptación cultural que implica el reconocimiento del saber médico como conocimiento calificado.

Esta relación aparentemente bipartita que componen el médico y el paciente, tiene lugar en un momento y en un espacio determinado, así como en un contexto institucional bien definido.

---

<sup>47</sup>Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarbouré, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 511

Las instituciones Médicas al cuidado de la salud de la población, poseen caracteres bien diversos entre sí que redundan en una adecuación del rol terapéutico a los preceptos de atención médica que dichas instituciones imponen. En este sentido es posible hablar de una relación de tipo tripartita; donde los actores sociales presentes en la relación son el Médico, el Paciente y el Contexto de la institución donde el encuentro médico – paciente tiene lugar.

A modo de ejemplificar los caracteres que asumen cada rol en función del contexto institucional en que se instaura la relación, consideramos pertinente citar las diferencias resultantes en el análisis de los patrones de interacción de médico y paciente; con los mismos médicos trabajando en dos contextos institucionales bien diferentes. Estas instituciones son el Servicio de Emergencia de Pediatría del Hospital Británico y el Servicio de Emergencia de Pediatría del Hospital Pereira Rossell.<sup>48</sup>

*‘Hemos podido observar como los participantes de la Interacción que tiene lugar en el momento asistencial de las Consultas de Emergencia, adoptan diferentes roles según el contexto de cada institución. Esta diferencia en los roles adoptados, se hace patente en la Conducta Extralingüística de los participantes y en los resultantes Patrones de Interacción. El grado de fluidez de la interacción así como el carácter de ida y vuelta de la misma, han sido los indicadores seleccionados para identificar diferencias sustantivas en dichos patrones.*

*Factores que determinan la interacción:*

1- Protocolos Médicos:

*Determinan la interacción en la medida en que están compuestos por un conjunto de normas y preceptos definidos de antemano por la comunidad médica de pediatría. Los protocolos de atención médica acotan la interacción social en la consulta a los preceptos determinados de antemano para la misma en el momento asistencial.*

2- Contexto Institucional – Relaciones de Poder y Liderazgo.

*La interacción social del momento asistencial constituye un escenario de relaciones de poder y liderazgo entre sus miembros. El contexto institucional prescribe los roles que los participantes de la interacción adoptan.*

3- Percepción de la clase social del Paciente y sus Responsables:

---

<sup>48</sup> Mónaco, Gabriela. Variaciones en las estrategias de comunicación y actuación del Médico Pediatra, en función de la percepción de la clase social del paciente. Informa final, Taller Central de Sociología de la Salud. Licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, 2000.

*La percepción de la clase social del paciente determina la interacción social en la medida que fundamenta el desarrollo de dos mecanismos de gran importancia:*

*Mecanismo de Identificación Social:*

*Se observan en el contexto institucional del H.B., y se cimientan en caracteres sociales compartidos entre la población que atiende y el cuerpo médico.*

*Mecanismos de Control Médico y Puericultura:*

*Característicos del H.P.R.; se fundamentan en una perspectiva de riesgo sanitario y social basado en las condiciones de pobreza del contexto familiar del paciente.<sup>49</sup>*

Lo anterior da cuenta del importante papel que el contexto institucional desempeña en esta relación.

Como ya hemos mencionado el paciente no concurre solo a la entrevista médica, no concurre solo en la medida que lo acompañan los preceptos sociales que definen la calidad del enfermo, su concepción acerca de la salud y la enfermedad, sus características sociales, educacionales y culturales; es decir aquello donde están presentes los otros, la sociedad de la que es parte y su grupo social de pertenencia.

De la misma forma el médico concurre a la consulta con todo un 'back ground' social del que no es capaz de desprenderse, aún en los momentos más 'instrumentales' del acto médico ya sea diagnóstico o terapéutico.

En el caso del paciente no solo en este sentido no concurre solo a la consulta, sino que también en la mayoría de las ocasiones concurre acompañado en el sentido estrictamente material de la palabra; concurre a la consulta en compañía de un familiar o un amigo.

El acompañante desempeña un importante papel en la consulta que no debemos desestimar; en este sentido podemos hablar del Rol del Acompañante. El médico basa sus percepciones en el contexto social del paciente, y es acerca del mismo donde los acompañantes del paciente en cuanto familiares o amigos, pueden aportar información extra.

Podemos dar luz sobre este aspecto, volviendo a nuestro análisis de referencia:

*'Los acompañantes constituyen en si mismos una considerable fuente de información para el medico; el modo en que se expresan, la relación que es posible observar entre ellos*

*(paciente – acompañante), y hasta una imagen descriptiva de ese grupo familiar. Es innegable que ver a un paciente solo, proporciona menor información que ver a al mismo junto a parte de su familia; en este contexto el medico tiene una percepción general del nivel socio – económico de la familia de la que el paciente es parte.*<sup>50</sup>

La relación médico paciente resulta así permeable a las influencias institucionales y sociales. En añadidura a los preceptos que hemos esbozado para el rol del paciente y el rol del médico, en esta relación nos encontramos con la mediación de los caracteres institucionales de la Institución Médica al Cuidado de la Salud que la acoge; así como por las influencias del grupo social de pertenencia de ambos actores, que aportan grandes dosis de complejidad a esta relación en particular.

---

<sup>49</sup> Idem.

<sup>50</sup> Idem.

## 2.2 La medicina como ejercicio del saber y el poder.

La relación médico paciente, al igual que todas las relaciones sociales, ya sea, amistosa, familiar, amorosa, laboral; implica la existencia de liderazgos que varían en función de los distintos momentos que atraviesa la relación. En el caso particular de la relación en cuestión, esta trama de liderazgo y administración de poder adquiere mayor complejidad.

El rol del paciente y el del médico están socialmente institucionalizados, y a cada uno de ellos le corresponde un cumulo de preceptos definidos de antemano. El médico ha sido institucionalmente certificado para tener responsabilidad en el terreno del cuidado de la salud, la prevención de la enfermedad, y la mitigación de las indeseables consecuencias de la enfermedad. En este sentido el rol del paciente como participante de la interacción con el agente del cuidado de la salud, infiere una responsabilidad al paciente, en cooperar en los aspectos terapéuticos del cuidado de la salud y en los mandatos de las funciones del sistema.

Lo anterior no implica el confinamiento del paciente a un pasivo objeto de manipulación del personal que atiende la salud; ya que existen diversos grados de participación de los pacientes en la toma de decisiones; aún así podemos hablar de asimetría social de la relación médico – paciente.

Parsons atribuye la consideración de asimetría de estructura social, a todos aquellos casos que involucren componentes de autoridad, poder, prestigio o similares.<sup>51</sup>

*‘Los problemas de los pacientes pueden entrañar dificultades familiares o económicas, así como cambios importantes en la identidad y situación relativa, ocasionados por la enfermedad. El refugiarse inapropiadamente en la enfermedad puede complicar aun más sus efectos. Cuando llega el punto de lograra un acuerdo sobre el tratamiento, entonces, cada parte sé sitúa en una base diferente de poder. El Medico tiene una elevada posición social, poderío y competencia innegable, en tanto que en términos generales el paciente esta colocado en una situación inferior, no tiene ninguna capacidad especial y su situación es la de alguien que pide algo en tiempo de necesidad. A esto hay que sumarle otra característica del equilibrio del poder; médico tiene un apoyo legal mas fuerte y ya establecido, en tanto*

---

<sup>51</sup> Parsons, Talcott. Action Theory and the human condition. The Free Press – Adivision of Macmillan Publishing Co., Inc.1978.

*que el paciente es más débil, aunque va en aumento la legislación defensiva de protección de sus derechos.*<sup>52</sup>

La incertidumbre sobre los síntomas que padece y acerca del éxito futuro de la terapia, provoca en el paciente sentimientos de vulnerabilidad que contribuyen a la asimetría; ya que a pesar de que cada paciente es un caso particular; el médico vive la certeza de sus conocimientos técnicos, su acervo profesional y de su buena salud. El paciente concurre a la consulta en su calidad de enfermo o de enfermo – potencial, con sus potencialidades cotidianas diezmadas; en cambio el médico concurre con todo lo que implica estar sano; ya desde el comienzo las bases en que se cimienta la relación son por demás asimétrica; uno con todo su potencial, el otro con sus posibilidades disminuidas.

Por su parte la autoridad del saber médico reside en una serie de factores entre los que se destacan el conocimiento y la competencia profesional validas por la comunidad de pares; el hecho de que esos conocimientos posean fundamentos racionales y científicos; y la orientación del juicio e intervención médicas hacia un valor socialmente considerado central como lo es la salud.<sup>53</sup>

A propósito de la autoridad cultural del saber médico, existen numerosas sentencias que anuncian el declinio relativo del prestigio social que reviste dicho saber, colocando en tela de juicio la existencia misma de la autoridad cultural de la medicina. En dichas sentencias suelen invocarse fundamentos tales como el ocaso de la modernidad y el correlativo debilitamiento de la razón técnica y científica. En contrapartida casi la totalidad de los estudios sobre el tema tienden a mostrar que la autoridad cultural del médico goza de buena salud.<sup>54</sup>

Volviendo sobre el contexto institucional al que dicha relación se acota. Parsons alude a un componente de Autoridad Administrativo – Burocrática en las organizaciones:

---

<sup>52</sup> Fitzpatrick, R. La enfermedad como experiencia. Fondo de Cultura Económica. México, 1990.

<sup>53</sup> Mitjavila, Myriam. El saber médico y la medicalización del espacio social. Departamento de Sociología, Documento de Trabajo Nro. 33. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República

<sup>54</sup> Mitjavila, Myriam. El saber médico y la medicalización del espacio social. Departamento de Sociología, Documento de Trabajo Nro. 33. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República

*'Los oficiales administrativos de un Hospital realizan un complejo de decisiones acerca de la admisión de pacientes, los cargos financieros de su admisión, y de varios otros aspectos de la conducta de los participantes del sistema social del hospital.'*<sup>55</sup>

La cita nos remite a otro componente que sustenta la asimetría; el paciente se ve sometido a determinadas reglas y obligaciones que el funcionamiento del sistema de atención de la salud le impone; esta autoridad administrativa - burocrática a la que Parsons alude, cuenta con un carácter coercitivo en la medida en que obliga al paciente a permanecer dentro de los límites que dicha relación tiene definidos de antemano.

#### La enfermedad como peligro:

El papel central que juega la salud en la trama de valores culturales, económicos y sociales, se fundamenta en la valoración negativa que se construye en torno a la enfermedad.

La enfermedad se anuncia como una alerta o alarma de anormalidad en las funciones cotidianas del ser humano; esta anormalidad supone la incapacidad del individuo de cumplir con los preceptos socialmente construidos al respecto del individuo sano. El individuo enfermo ya no será capaz de cumplir con las expectativas laborales y sociales en el depositadas, con el consiguiente perjuicio individual y social; individual al no poder continuar con su vida cotidiana y social al no cumplir con sus obligaciones sociales como miembro de la comunidad a la que pertenece.

La enfermedad constituida así como situación indeseable para el individuo que la padece y para la comunidad que este integra, posé en ciernes el supuesto del peligro.

En palabras de Berlinguer el concepto de la enfermedad como peligro ha ido variando según las épocas:

*'Cuando en los siglos XIX y XX se descubrió que los causantes de la enfermedades infecciosas eran los microbios y no los hombres, el concepto de 'peligro social' se siguió usando, más que como medidas específica de prevención, como pretexto para un control sobre las personas y no sobre las enfermedades. Es decir, se hizo un uso cultural y político negativo de descubrimientos positivos. Fue en ese periodo cuando se desarrolló, como eje de la intervención pública en la salud, el sector de la Policía Sanitaria.'*<sup>56</sup>

<sup>55</sup> Parsons, Talcott. Action Theory and the human condition. The Free Press – Adivision of Macmillan Publishing Co., Inc. 1978. Pag. 20.

<sup>56</sup> Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994. Pag. 76/77.

La noción de Policía Sanitaria comprende la declaración de las cuarentenas y la implementación de políticas de las vacunaciones masivas, es decir, lo que era obligatorio por ley para circunscribir las epidemias, pero que se asemeja mucho a las organizaciones del Estado policial, junto a otros aspectos de la actividad represiva del Estado, razón por la cual se denomina Policía Sanitaria.

La Policía Sanitaria no ha sido solo una perversidad política: también ha sido una necesidad preventiva. Todavía, con frecuencia la represión se dirige contra el enfermo más que contra la enfermedad. Eso también se debe al hecho de que al afirmarse el capitalismo, la sociedad pasó a ser menos tolerante que las anteriores en lo que respecta a las desviaciones que ponen en duda la organización fundada sobre poderes y valores establecidos desde arriba: sobre jerarquías.<sup>57</sup> La sustitución de la enfermedad por el enfermo como sujeto de represión ha sido extensamente analizado por Foucault:

*‘La medicina, y especialmente la clínica, se han convertido en uno de los tipos de saber que se construyen a expensas de formas de coerción y de técnicas disciplinarias para la subordinación de los cuerpos. Foucault percibe en esta orientación de la constitución y despliegue del saber excelentes condiciones para lograr el sueño de la Ilustración: una sociedad en la que todo es regulado, calculable, racionalizado y eficiente. El saber individualiza porque convierte a los individuos en casos, los cuales son simultáneamente objetos de estudio y de poder; son examinados, medidos, descritos, comparados, clasificados y juzgados.’<sup>58</sup>*

El concepto de Policía Sanitaria se ha visto modificado a partir de la democratización de las sociedades; en las últimas dos décadas las organizaciones a favor de los derechos de los pacientes y las asociaciones que nuclean a pacientes que sufren las mismas enfermedades, han planteado nuevas perspectivas en referencia a los problemas sanitarios. El nuevo concepto de Policía Sanitaria describe una visión integrada de los modos de prevención; esta visión comprende la educación sanitaria, la protección ambiental y la protección de la población de aquellas enfermedades que pueden ser prevenidas. En otras palabras, la prevención no se restringe a modificaciones en el comportamiento individual. Actualmente la función

<sup>57</sup> Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994.

<sup>58</sup> Mitjavila, Myriam. El saber médico y la medicalización del espacio social. Departamento de Sociología, Documento de Trabajo Nro. 33. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República

preventiva de la Policía Sanitaria comprende los estilos de vida individuales<sup>iii</sup>, la constitución biológica y hereditaria, así como el ambiente físico y social.<sup>59</sup>

Los estilos de vida individuales así como el ambiente físico y social forman parte de los objetivos de la Medicalización del Espacio Social y Familiar a partir de la identificación del espacio familiar como fuente de explicación de problemas tan diversos como, mortalidad infantil, embarazo adolescente y drogadicción. La importancia estratégica del espacio familiar para los objetivos medicalizadores, reside fundamentalmente en la posibilidad de aquel de ofrecer la oportunidad de intervenir de manera directa en la administración de los cuerpos que el saber y el poder médicos pretende modificar.<sup>60</sup>

Lo que se ha dado en llamar ‘Cultura de la pobreza’ se asocia a las poblaciones que viven en condiciones de pobreza; se compone de hábitos, actitudes y conductas consideradas de riesgo para la salud y la conservación de la vida. En este sentido la Institución Médica asume un rol de contralor, vigilancia y educación preventiva que busca concientizar y reeducar a dichas poblaciones en los hábitos, conductas y actitudes considerados de riesgo para la salud. Según este modo de ver las cosas, las comunidades que sufren pobreza y que se hallan en situación baja, desarrollan, en respuesta a sus situación, una cultura central a lo que es una sensación de impotencia, pasividad y fatalismo. La cultura de la pobreza incluye aceptar bajos niveles de salud, desconfían de la medicina moderna, y es particularmente incompatible con el concepto de salud preventiva, orientada hacia el futuro.<sup>61</sup> Este fenómeno viene a fundamentar el despliegue un abanico de mecanismos de control social y puericultura.

Según esta perspectiva, la mujer que vive en condiciones de pobreza tiende a ser considerada como una fuente de riesgo para la salud de los niños, en referencia a dos perspectivas. La primera de estas perspectivas está referida a las función reproductiva de la mujer en cuanto su descendencia contribuye a la reproducción ampliada de la pobreza. La segunda

<sup>iii</sup> Existen enfermedades tales como el estrés, que se consideran consecuencia de un estilo de vida determinado, en este sentido los esfuerzos preventivos deben dirigirse promocionar estilos de vida saludables.

<sup>59</sup> De Leeuw, E; Polman, L. Health Policy Making: The Dutch Experience. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 3. 2/1995. Pag. 331.

<sup>60</sup> Mitjavila, M. O risco e as estrategias de Medicalizacao do espaco social. Medicina Familiar no Uruguay (1985 –1994). Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciencias Humanas. Universidades de Sao Paulo, 1999.

<sup>61</sup> Mitjavila, M. O risco e as estrategias de Medicalizacao do espaco social. Medicina Familiar no Uruguay (1985 –1994). Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciencias Humanas. Universidades de Sao Paulo, 1999.

perspectiva se identifica con la llamada ‘cultura de pobreza’ que sitúa la vida de las mujeres de bajos recursos en un contexto de falta de conocimientos, destrezas, actitudes y comportamientos considerados necesarios para el cuidado de los niños de los peligros para la salud y la conservación de la vida.<sup>62</sup>

Los resultados que a este respecto surgieron del análisis en cuestión son los siguientes:

Los resultados arrojados por el análisis del trabajo de campo en el S.E.H.P.R., dan cuenta por parte de los Médicos, de una percepción generalizada de la madre del paciente como un factor eminentemente patógeno para la salud del niño. La clase social de los responsables del paciente, así como la valoración negativa del nivel cultural y el medio físico y social en el cual viven, refuerzan dicha percepción determinando y fundamentando el empleo de mecanismos de control médico electivos y mecanismos de control sanitario. La responsabilidad atribuida a los padres sobre la salud física y mental del paciente, conlleva a que el rol del Médico trascienda su rol Médico - Sanitario y contribuye a que el mismo asuma un rol de Policía Sanitario.

El momento asistencial se compone en parte de conductas de control social, que sobrepasan los motivos estrictos por los cuales los responsables del paciente consultan al médico. En tal sentido nos encontramos con que el momento asistencial de la Consulta de Emergencia, resulta propicio para el despliegue de múltiples mecanismos de Control Social y Sanitario donde son los responsables del paciente y no precisamente este, los verdaderos protagonistas de la consulta. La constitución de dicho ámbito de control y vigilancia social – sanitaria no implica la desatención de las causas que motivaron la consulta; por el contrario el momento asistencia se compone de ambas instancias; la atención y el control sanitario. Esta función de contralor, da muestras de la importancia social que en dicha institución y en dicha especialidad, se le da al cuerpo del paciente de esta población, donde se sustenta el crecimiento demográfico del país. La utilización de Mecanismos de Control Electivos, refuerza lo dicho anteriormente y dirigen nuestra atención a la percepción que los mismos tienen acerca de la responsabilidad de la madre en la salud del paciente. Consideramos que no sería erróneo señalar la adjudicación a la madre del paciente, de cierto carácter patógeno

---

<sup>62</sup> Mitjavila, M. Orisco e as estrategias de Medicalizacao do espaço social. Medicina Familiar no Uruguay (1985 –1994). Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de Sao Paulo, 1999.

para la salud del paciente; esta percepción fundamentaría o justificaría el alto grado de importancia que se le atribuye a la puericultura; o según nuestro criterio, la intromisión del médico en aspectos personales del paciente que exceden sus funciones Médico – Sanitarias.

La interacción social del momento asistencial constituye un escenario de relaciones de poder y liderazgo entre sus miembros. El contexto institucional prescribe los roles que los participantes de la interacción adoptan.<sup>63</sup>

El momento de la consulta sirve como escenario para la implementación de acciones que exceden el fundamento sanitario de las mismas.

*‘También en otros campos se acentuó la caracterización de la medicina no como ciencia orientada a conocer y controlar las enfermedades, sino como organización que quiere controlar a los enfermos. Este fenómeno viene a veces acompañado de la reducción de su poder sobre las enfermedades, de la disminución de la eficacia de la acción sanitaria.’<sup>64</sup>*

Sobre este punto los resultados de la investigación<sup>65</sup> fueron los siguientes:

La utilización de Mecanismos de Control Médico, se encuentra presente en los casos observados con un doble carácter o bidimensionalidad. Las dos dimensiones presentes en dichos Mecanismos son:

Mecanismos Protocolares o Rutinarios: Se compone de un interrogatorio preciso y acotado, acerca de los antecedentes clínicos personales y familiares. Preguntas tales como:

¿Es un niño sano? ¿Que enfermedades ha tenido? ¿Ha estado internado alguna vez? ¿Los hermanos son sanos?, Poseen caracteres rutinarios y protocolares; por tanto se verifica la presencia de todas estas preguntas, o algunas de ella en la totalidad de los casos observados. Esta verificación ubica al mencionado tipo de Mecanismos de Control Médico; en el contexto de los referidos ‘Protocolos de Atención’, con el consiguiente carácter de obligatoriedad que estos implican. Mecanismos de Control Médico Electivo: El carácter electivo de los mismos

---

<sup>63</sup> Mónaco, Gabriela. Variaciones en las estrategias de comunicación y actuación del Médico Pediatra, en función de la percepción de la clase social del paciente. Informa final, Taller Central de Sociología de la Salud. Licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, 2000.

<sup>64</sup> Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994. Pag. 77.

<sup>65</sup> Mónaco, Gabriela. Variaciones en las estrategias de comunicación y actuación del Médico Pediatra, en función de la percepción de la clase social del paciente. Informa final, Taller Central de Sociología de la Salud. Licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, 2000.

reviste la singularidad e introduce el factor diferencial con respecto al primer tipo de Mecanismos. Dicha singularidad está dada por el tipo de preguntas que implica así como la ubicación de las mismas en el contexto de la consulta. La implementación de este tipo de Mecanismos se traduce en una serie de preguntas que podemos catalogar como ajenas al acontecimiento que generó la consulta y que guía el transcurrir del momento asistencial. Dichas preguntas hacen referencia a tópicos tales como:

- Vida Familiar.
- Situación laboral de los responsables del paciente.
- Composición del hogar.

El empleo de este segundo tipo de Mecanismos, parece ser característico del H.P.R, ya que con distintos matices es posible aislarlos de la totalidad de los casos registrados en el mismo. Esta singularidad que a priori se detecta, merece ser analizada cuidadosamente ya que presenta una clara relación con las condiciones contractuales de la consulta en dicha Institución; así como algunos de los caracteres de puericultura que han sido señalados anteriormente. Por todo lo anterior podemos decir que en el caso del H.P.R, los Mecanismos de Control que nosotros caracterizamos como Electivos (debido a su ajenez respecto a los Protocolos de Atención); asumen un carácter de obligatoriedad que los sitúa fuera del ámbito del Control Médico, y los introduce en el ámbito del Control Institucional.

En lo referente al H.B. los Mecanismos de Control Electivo se evidencian de formas variadas, en alusión a tópicos similares a los que se refieren en el H.PR., pero se diferencian por el contexto en el cual surgen. La naturaleza de dichos tópicos y la forma natural por la cual surgen nos indican que no se tratan de Mecanismos de Control Electivos, sino alusiones a temáticas que exceden los motivos estrictos de la consulta, y que son propias de una interacción natural y distendida. En las consultas de emergencia del H.P.R. hemos constatado la utilización de mecanismos de control Médico Electivo y Puericultura; mecanismos que en casos catalogados como de escasa gravedad, ocupan la mayor parte del tiempo de consulta. El tiempo que se destina a la implementación de estos, así como la ubicación de los mismos al inicio de la consulta, muchas veces antes de indagar sobre los síntomas que alentaron a consultar; denotan la enorme importancia que se deposita en dichos mecanismos.

La exposición precedente denota la gran importancia que reviste para la temática la administración de la información y su comunicación, ambos aspectos serán considerados a continuación.

## TERCERA PARTE

### 3. Comunicación

Como ya lo hemos mencionado, la relación médico - paciente presenta una serie de características propias que la diferencian de otros tipos de relaciones inter-personales. La complejidad que la caracteriza se vuelve patente al analizar la comunicación en el ámbito de la entrevista o consulta médica en lo concerniente al manejo y la transmisión de la información.

*‘Mientras que es posible contar con tecnologías sofisticadas para el diagnóstico y el tratamiento médico, la comunicación inter – personal es la herramienta primaria mediante la cual el médico y el paciente intercambian información.*

*Existen aspectos de la comunicación médico – paciente, que parecen tener influencia en la conducta del paciente y en su recuperación, por ejemplo satisfacción con la atención, adhesión al tratamiento, solicitud y comprensión de información médica .....<sup>66</sup>*

La entrevista médica es el ámbito donde la comunicación se vuelve efectiva, rigiéndose en función de los parámetros previstos de antemano para el desarrollo de esta instancia los que hemos denominado ‘Protocolos de Atención’, y por los cuales aludimos al conjunto de normas y preceptos definidos de antemano por la comunidad médica, de los cuales el médico se vale a forma de guía en el momento asistencial, así como en el registro documental del mismo. Este conjunto está integrado por normas de conducta, de examinar el paciente, de diagnosticar y de los pasos a seguir en la prescripción del tratamiento. Dicho protocolo restringe la interacción social en la consulta, al tiempo que acota la relación médico paciente a los preceptos determinados de antemano para la misma en el momento asistencial.

Este componente presente en la relación médico – paciente no debe ser pasado por alto a la hora de identificar aquellos rasgos variables en dicha interacción, que se hacen presentes en el contexto particular de cada entrevista.<sup>67</sup>

<sup>66</sup> Ong, L.M.L; De Haes, J.C.J; Hoos, A.M.; Lammes, F.B.. Doctor – Patient Communication: A review of the literature. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 7. 4/1995. Pag. 903.

<sup>67</sup> Taller

*'La entrevista enfoca la historia del paciente integrando aspectos biomédicos y psicosociales, jerarquizando la existencia de sucesos vitales estresantes de cómo vive el paciente su enfermedad, valorando el soporte social, etc.'*<sup>68</sup>

La entrevista médica constituye así una instancia privilegiada de transmisión de información cuyas funciones son:

1. Recabar información para llegar a los diagnósticos.
2. Desarrollar una relación con el paciente.
3. Educar e influir en cambios del estilo de vida.

La primera función nos remite a una 'Dimensión Técnica o Instrumental' que implica los procedimientos de índole semilógicos, anamnesis y examen físico; complementados con el conocimiento y pensamiento clínico, con la finalidad de plantear hipótesis diagnósticas, así como la solicitud posterior de exámenes complementarios y hasta de formulación de tratamientos o caminos terapéuticos.

Por su parte las dos funciones restantes dan cuenta de una 'Dimensión de Relación Interpersonal', que se constituye por la atmósfera en la que se desarrollan en la Dimensión Instrumental.<sup>69</sup>

La atmósfera o el clima de la entrevista es el resultado del comportamiento de ambos actores médico y paciente en el transcurso de la misma, y el éxito de la dimensión instrumental depende en gran medida del clima de entrevista resultante de la interacción social.

La entrevista puede tomar caminos y matices tan diversos, como variedad de tipos de médico y de paciente existen, se conocen diversas modalidades de entrevista, pero lo importante a tener en cuenta es que el médico es quien adopta una modalidad específica en función a su experiencia, su formación profesional, la sintomatología que el paciente presenta, y la conducta del paciente con respecto al médico y a sus propios síntomas.

---

<sup>68</sup> Petit, Irene; Iusin, Silvia. La relación Médico – Paciente. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 149.

<sup>69</sup> Petit, Irene; Iusin, Silvia. La relación Médico – Paciente. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 150/155.

Si adoptamos una perspectiva antagónica la entrevista puede adoptar dos caminos, enfocarse en el paciente o enfocarse en el médico, las variaciones en el enfoque hacen referencia a los posibles liderazgos en la interacción; el liderazgo del médico o el liderazgo del paciente.

La entrevista ideal se situaría a mitad del camino, lo que corresponde a decir que el liderazgo alternaría en función al grado de incumbencia o dominio de la temática.

*'La entrevista médica ideal es aquella donde el paciente guía o conduce la entrevista en áreas donde el es el experto (síntomas, preferencias, intereses); y el médico en aquellas áreas pertenecientes al dominio de sus conocimientos y experiencias (detalles de la enfermedad, del tratamiento).'*<sup>70</sup>

El éxito de la entrevista podría ser medido en función del tipo de relación que se instaurare entre médico y paciente, del grado de satisfacción del paciente con respecto a la misma y su consiguiente adhesión a la terapéutica indicada. Algunos de los aspectos que deben considerarse a la hora de hablar de una relación médico – paciente exitosa son: empatía, respeto, autenticidad, aceptación incondicional y calidez.

*'La noción de empatía da cuenta de: sentimientos de admiración, reflexionar, usar el silencio, escuchar lo que el paciente dice, pero también lo que es incapaz de decir, estado de ánimo y comportamiento no – verbal.'*<sup>71</sup>

La comunicación representa el núcleo de mayor importancia en la relación médico – paciente, ya que promueve el intercambio de información entre ambos.

*'Un aspecto neurálgico de la RMP es el relativo al manejo y transmisión de información y conocimientos médicos.'*<sup>72</sup>

Este concepto plantea la reciprocidad y la reto - alimentación como requisitos fundamentales.

<sup>70</sup> Ong, L.M.L.; De Haes, J.C.J; Hoos, A.M.; Lammes, F.B.. Doctor – Patient Communication: A review of the literature. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 7. 4/1995. Pag. 904.

<sup>71</sup> Ong, L.M.L.; De Haes, J.C.J; Hoos, A.M.; Lanumes, F.B.. Doctor – Patient Communication: A review of the literature. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 7. 4/1995. Pag. 904.

<sup>72</sup> Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 515.

*'El concepto de información puede entenderse como un recurso proveniente de la interacción verbal entre dos partes. El intercambio de información consiste en dar información y solicitar información.'*<sup>73</sup>

Así mismo la información no solo es un insumo, sino también es la base de la toma de decisiones en cuanto a las herramientas terapéuticas a utilizar.

*'Otro propósito de la comunicación médica es facultar, permitir al médico y al paciente realizar decisiones conjuntas acerca del tratamiento.'*<sup>74</sup>

La toma de decisiones conjuntamente entre el médico y el paciente es una causa probada de cohesión a la terapéutica indicada. Cuando el paciente participa en las decisiones acerca de posibles caminos terapéuticos, existen mayor grado de cohesión al tratamiento indicado y mayor eficiencia de la terapia.

La dosificación de la información a brindar al paciente por parte del médico, ha sido causa de grandes controversias; ¿Qué?, ¿Cuánto? y ¿Cómo? Informar; continúan siendo aspectos controvertidos y donde se suscitan la mayor cantidad de discrepancias entre los autores de distintas disciplinas que abordan la temática de la comunicación en esta relación social tan singular.

En lo referente a la interacción social de la entrevista médica, y desde una perspectiva analítica; dos patrones antagónicos pueden ser claramente individualizados:

*'1- Sistema de Curación que hace hincapié en el comportamiento instrumental; y 2- Sistemas de Cuidado que dan cuenta de comportamientos de tipo afectivo (socio – emocional).'*<sup>75</sup>

Estos dos tipos de sistemas reflejan las necesidades de los pacientes en cuanto a curación y cuidado cuando visitan al médico: ellos necesitan saber y entender (cura), y necesitan comunicar y sentirse entendidos (cuidados). Actuando de forma conjunta ambos sistemas, dan cuenta de distintos aspectos de la realidad del paciente logrando una visión integradora de los aspectos sociales y biomédicos de la enfermedad.

<sup>73</sup> Ong, L.M.L; De Haes, J.C.J; Hoos, A.M.; Lammes, F.B.. Doctor – Patient Communication: A review of the literature. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 7. 4/1995. Pag. 904.

<sup>74</sup> Ong, L.M.L; De Haes, J.C.J; Hoos, A.M.; Lammes, F.B.. Doctor – Patient Communication: A review of the literature. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 7. 4/1995. Pag. 905.

A cada uno de estos sistemas le corresponde un tipo determinado de comportamiento en la entrevista: Una importante distinción es la que debe hacerse entre Comportamiento Instrumental por una parte y Comportamiento Afectivo o socio emocional por la otra. El primer tipo pertenece al dominio cognitivo, mientras que el segundo al dominio emocional.

Comportamiento instrumental puede ser definido como: conocimiento técnico devenido de la experiencia al servicio de la solución del problema; conocimientos que componen el sistema experto por el cual el médico es consultado. Este comportamiento implica conductas tales como: dar información, realizar preguntas, asesorar, brindar directivas, discutir los pro y contras de un tratamiento, informar acerca de efectos secundarios; así como el examen físico.

Por su parte el concepto de Comportamiento afectivo habla de un tipo de comportamiento en pos de establecer y mantener una relación positiva entre médico y paciente, donde este último sea considerado persona y no caso. Implica alentar, ser amistoso abierto y honesto, mostrarse interesado, aconsejar mostrar aprobación y empatía.<sup>76</sup>

El lenguaje o el vocabulario pueden ser considerados como un ingrediente del proceso de comunicación, activo durante la interacción médico paciente.

*'El lenguaje es una función previa no específica como instrumento médico, a diferencia de otras habilidades como la auscultación, por tanto es ahí donde se inserta nuestro contexto social (el del médico)'.<sup>77</sup>*

Los médicos son bilingües, ellos hablan su idioma natal y cotidiano (Lenguaje cotidiano) pero también hablan con fluidez el Lenguaje Médico.<sup>78</sup> La administración de ambos lenguajes (cuando hablar con lenguaje cotidiano, y cuando no) vuelve aún más crítica la estrategia discursiva.

<sup>75</sup> Ong, L.M.L; De Haes, J.C.J; Hoos, A.M.; Lammes, F.B.. Doctor – Patient Communication: A review of the literature. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 7. 4/1995. Pag. 906.

<sup>76</sup> Ong, L.M.L; De Haes, J.C.J; Hoos, A.M.; Lanunes, F.B.. Doctor – Patient Communication: A review of the literature. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 7. 4/1995. Pag. 906.

<sup>77</sup> Petit, Irene; Iusín, Silvia. La relación Médico – Paciente. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998. Pag. 158.

<sup>78</sup> Ong, L.M.L; De Haes, J.C.J; Hoos, A.M.; Lammes, F.B.. Doctor – Patient Communication: A review of the literature. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 7. 4/1995. Pag. 910.

A la hora esbozar una posible clasificación, la categoría control ha sido usada como una de las tres categorías para clasificar la comunicación médico paciente.

Existen dos estilos generales desplegados por los médicos durante la entrevista o consulta médica: identificación y control.<sup>79</sup>

El estilo de control da cuenta del dominio de la interacción, y se debe en parte a la institucionalización de los roles prescritos del médico y el paciente.

La identificación da cuenta de la percepción que el médico tiene del paciente como un igual, es decir, como un individuo de caracteres sociales, culturales, generacionales y económicos similares, lo que redundará en una interacción fluida; y a diferencia del estilo anterior se vuelve una interacción mayormente afectiva que instrumental.

No solo a través del lenguaje y las palabras se constituye la relación médico paciente; el silencio, el examen físico de la exploración diagnóstica, las expresiones no verbales tales como señales, gestos y hasta el comportamiento espacial de los miembros de la interacción en la consulta influyen de manera sustancial en el devenir de la entrevista y en la cimentación de la incipiente relación.

Al decir de Laín Entralgo, la comunicación se compone de elementos visuales, auditivos, verbales y táctiles; elementos que van variando su primacía en función a los distintos momentos que caracterizan a la entrevista médica. Es posible identificar distintos momentos en el transcurso de la consulta; los más característicos son:

#### 1- Momento de Mutuo Conocimiento Social

Se compone de saludos, bromas y expresiones de solidaridad y complicidad por parte del médico hacia el paciente. Este tipo de referencias tienen como finalidad aliviar la tensión y la incertidumbre del paciente con respecto al Médico y al contexto de la consulta. También se trata de intentos efectivos de hacerse de la buena voluntad y la cooperación del paciente a lo largo de la consulta. Este momento determina fuertemente, los dos restantes momentos.

#### 2- Momento de Recabar Información sobre la Sintomatología que padece.

#### 3- Momento del Examen Físico – Se comporta una gran estrechez espacial y el contacto físico adquiere su máxima expresión.

---

<sup>79</sup> Mónaco, Gabriela. Variaciones en las estrategias de comunicación y actuación del Médico Pediatra, en función de la percepción de la clase social del paciente. Informa final, Taller Central de Sociología de la Salud. Licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, 2000.

4- Momento de hacer explícito el diagnóstico e instaurar una terapéutica. Interacción y retroalimentación. El ideal de este momento está comprendido por la participación conjunta en la toma de decisiones.

Las distintas estrategias de comunicación y de conducta que el Médico adopta en la entrevista, se proyectan en rutinas de actuación, que constituyen una forma de socializar, modelar, y modificar una actuación para adecuarla a la comprensión y expectativas de la sociedad en la cual se presenta. De la percepción que el Médico tenga acerca de la capacidad de comprensión y las expectativas de su interlocutor, depende su rutina de actuación.<sup>80</sup>

---

<sup>80</sup> Goffman, Erving. *La Presentación de la Persona en la Vida Cotidiana*. Amorrortu Editores, 1989.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anguera, María Teresa: Metodología de la Observación en las Ciencias Humanas. Ediciones Cátedra, 1989.
- Berger, Peter L.; Luckmann, Thomas. La construcción de la realidad social.
- Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Buenos Aires, 1994.
- Boltanski, Luc. As classes sociais e o corpo. Editorial Graal. Rio de Janeiro, 1989.
- Canguihem, Georges; Lo normal y lo patológico. Editorial Siglo.
- Delgado, Juan Manuel; Gutiérrez Juan. Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales. Editorial Síntesis, 1995.
- De Leeuw, E; Polman, L. Health Policy Making: The Dutch Experience. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 3. 2/1995.
- Duarte Nunes, Everardo. Pensamento Social em saude na America Latina. Cortez Editora – Abrasco, 1989.
- Durán, María Angeles. Desigualdad Social y Enfermedad. Editorial Técnos, S.A., Madrid, 1983.
- Fernández, José Enrique; Mitjavila, Myriam. Factores Sociales, Salud y Enfermedad. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarboure, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998.
- Fitzpatrick, R. La enfermedad como experiencia. Fondo de Cultura Económica. Mexico, 1990.
- Foucault, Michel. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Editorial Siglo XXI. México, 1987.
- Freidson, Eliot; La profesión médica. Ediciones Península.
- Goffman, Erving. La Presentación de la Persona en la Vida Cotidiana. Amorrortu Editores, 1989.
- Laín Entralgo, Pedro- La relación Médico – Enfermo. Alianza Universidad S.A., Madrid, 1983.
- Laín Entralgo, Pedro. La medicina hipocrática. Alianza Universidad.
- Leborgne, José. Consentimiento Médico en el Paciente Oncológico. Catedra de Medicina Legal . Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay, 1991.

- Mitjavila, Myriam. El saber médico y la medicalización del espacio social. Departamento de Sociología, Documento de Trabajo Nro. 33. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.
- Mitjavila, Myriam. Mitjavila, M. O risco e as estratégias de Medicalizacao do espaço social. Medicina Familiar no Uruguai (1985 –1994). Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidades de Sao Paulo, 1999.
- Mitjavila, Myriam; Rotondaro, Ernesto. La sociología y la construcción de objetos de conocimiento en el área de la salud. Revista de Ciencias Sociales nro. 4.
- Mónaco, Gabriela. Variaciones en las estrategias de comunicación y actuación del Médico Pediatra, en función de la percepción de la clase social del paciente. Informa final, Taller Central de Sociología de la Salud. Licenciatura en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Montevideo, 2000.
- Ong, L.M.L; De Haes, J.C.J; Hoos, A.M.; Lammes, F.B.. Doctor – Patient Communication: A review of the literature. Social Science and Medicine. Vol. 40 – Num. 7. 4/1995.
- Palermo, Epifanio; Salud - Enfermedad y Estructura Social. Editorial Catargo, 1986
- Parsons, Talcott. Action Theory and the human condition. The Free Press – Adivision of Macmillan Publishing Co., Inc. 1978.
- Petit, Irene; Iusin, Silvia. La relación Médico – Paciente. Introducción a la Medicina Familiar. Hugo Diabarbouré, Juan Carlos Macedo; Editores. Universidad de la República. 1998.
- Rabinow, Paul. Artificialidade e Ilustracao. Da Sociobiologia a Bio – Sociabilidades. Novos Estudos CEBRAP Nro. 31. Octubre, 1991.