

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

**La relación médico-paciente:
tensiones entre paradigmas y conflictos en la relación actual**

Gonzalo Cotelo Sténeri

2005

ÍNDICE

	PÁG.
Capítulo I - Introducción	1
Capítulo II	6
2.1 SALUD Y ENFERMEDAD COMO REPRESENTACIONES SOCIALES	6
2.2 INTERACCIÓN ENTRE LOS ROLES DEL MÉDICO Y EL PACIENTE.	9
Capítulo III	12
3.1 LA RELACIÓN DE PODER DEL MÉDICO EN LA SOCIEDAD Y SU IMPLICANCIA CON EL SABER.....	12
3.2 EL ROL MÉDICO Y SUS IMPLICANCIAS EN UN CONTEXTO DE CAMBIOS DE PARADIGMAS	17
3.3 LA RMP VISTA COMO RELACIÓN ENTRE CLASES.....	20
Capítulo IV	21
4.1 LA COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN ACERCA DE LA ENFERMEDAD EN LA R.M.P.	21
4.1.1 BREVE REFERENCIA SOBRE LA COMUNICACIÓN EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO PÚBLICO (EL CASO URUGUAY)	21
4.1.2 LA COMUNICACIÓN EN LA R.M.P.....	23
4.2 RIESGOS Y CONFLICTOS EN EL SISTEMA DE SALUD – USUARIOS Y PRESTADORES DE SERVICIOS	26
4.3 ASPECTOS LEGALES DE LA R.M.P. – SOLUCIONES A LAS CONTROVERSIAS.....	36
Conclusiones	40
Bibliografía	43

LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE: TENSIONES ENTRE PARADIGMAS Y CONFLICTOS EN LA RELACIÓN ACTUAL.

CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN.

En este trabajo se buscará desarrollar y analizar aquellas circunstancias que dan cuenta del encuentro entre el médico y su paciente y las características sociales que trae aparejado dicha interrelación en el contexto actual.

Se estimó en forma hipotética que existe un gran cambio en esta relación en los últimos años, tanto en nuestro país como en los países culturalmente clasificados como occidentales, por lo cual consideramos importante realizar nuestro aporte de aproximación al estudio de ese cambio social.

De esta forma nos disponemos a revisar y actualizar el estado del arte en esta materia, con las limitaciones que se nos impone un trabajo monográfico de esta índole.

Para ello trataremos de abordar en forma genérica distintos temas que afectan dicha relación, sin poder profundizar demasiado en cada punto que se presente, debido a las limitaciones de espacio ya expresadas con que contamos, pero buscando dejar presentado un abanico de situaciones que influyen en la “Relación Médico Paciente”, en adelante: RMP. en la actualidad que requiere de una renovada visión de análisis sociológico.

Para cumplir con esta realización, nos basaremos en distintas fuentes secundarias como informaciones y estudios ya realizados a nivel internacional, como también a nivel nacional, y disponiendo a su vez, de datos primarios como los obtenidos en el proyecto de investigación que realizamos en el Hospital de Clínicas de nuestra ciudad, con relación a esta temática. (¹)

Para poder abordar la RMP, consideraremos distintas variables que operan en forma directa o indirectamente sobre esa relación, como así también procuraremos visualizar lo que de una u otra forma atraviesa e influye en la interrelación de este binomio.

A los efectos de dar cuenta de un cambio en la RMP, debemos buscar comparar las diferencias existentes en las actitudes que se aplicaron en otros momentos históricos dentro de esa misma relación, con las prácticas socialmente instituidas que hoy se presentan en esta correspondencia binómica, analizando para ello brevemente, las distintas categorías y conceptos que se manejaban y se manejan en uno y otro momento.

De esta forma y en el proceso de desarrollo de este trabajo deberemos abordar temas como salud-enfermedad y su distinta concepción en dos momentos históricos, arribando a la visión actual. Consideraremos a su vez a ese binomio como una representación social.

Abordaremos también brevemente conceptos como la medicalización de la sociedad en otros momentos históricos en comparación con la actualidad.

¹ Coteló Sténeri, Gonzalo. Proyecto de Investigación: La relación médico-paciente en el contexto centro médico: Hospital de Clínicas. FCS – Taller de Sociología de la Salud. Montevideo, 2 de febrero del 2004.

A su vez buscaremos analizar escuetamente, los roles del médico y del paciente, en esa comparación de lo que fue visualizado históricamente y como hoy día está socialmente establecido.

En esta misma dinámica de analizar el cambio producido en dos momentos históricos sobre un mismo tema que dan cuenta de la RMP, abordaremos brevemente también la relación de poder del médico y su implicancia con el saber.

A sí mismo examinaremos como se presentó y como se presenta la comunicación de la información entre el médico y el paciente, considerando a su vez, brevemente los riesgos y los conflictos en la RMP, algo que de acuerdo a su magnitud, es toda una novedad en la actualidad.

Finalmente se abordará los aspectos legales que se producen dentro de dicha relación, como situación novedosa propia del estado actual de la RMP, y las posibles soluciones que se presentan actualmente según la cultura de algunos países.

Comenzaremos entonces definiendo el significado de la expresión RMP, desde el punto de vista sociológico, como un complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos. ⁽²⁾

A su vez esa relación es dinámica y cambiante, ya que la interrelación que se da en ese binomio está influida por el aporte y la actitud individual de cada integrante, como así también por el desempeño de los roles socialmente esperados.

De la misma manera debemos considerar que esa relación está inserta en un contexto que influye en su construcción y reasignación de los contenidos objetivados.

Modernamente existe una pérdida de lo que se entendía que debía ser el encuentro entre una conciencia y una confianza. El médico fue perdiendo la conciencia y el paciente a su vez la confianza.

En la modernidad tardía la RMP fue experimentando, dos procesos de cambios en forma simultánea, que llevaron a consolidar esa pérdida de confianza y de conciencia.

Por un lado el paciente se fue alejando del modelo "paternalista" aplicado tradicionalmente por la medicina, y comenzó a buscar su autonomía exigiendo sus derechos.

Ello lo logró a la luz de nuevos conocimientos e informaciones acerca de su enfermedad. Para lo cual recurrió a otras fuentes alternativas de información más allá de la del propio médico, que era la tradicional.

A su vez, el médico, se fue apartando del paciente en cuanto a su compromiso y responsabilidad, cambiando los valores de solidaridad y comprensión, por los del individualismo y del economicismo.

Por su parte, podemos indicar que el médico, al practicar el multiempleo, ya sea por necesidad, o por lograr un mayor beneficio económico, brinda escaso tiempo a cada paciente, lo cual incrementa el distanciamiento con el mismo.

² Girón, Manuel. Bebía, Begoña. Medina, Elisa y Talero, Manuel Simón. "Calidad de la relación médico-paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Pública N° 4 septiembre-octubre 2002.

De acuerdo a este dinámico y constante cambio en las relaciones sociales, existe en la modernidad una continua revisión de los contenidos aportados por las nuevas informaciones que dan cuenta del carácter de la reflexividad de la Modernidad.(Giddens, 1991).

Por su parte el gran cambio filosófico que ha significado la globalización de la economía ha generado grandes virajes de timón de los Estados que se han adherido a la postura de la liberalización y por lo tanto de una apertura en los sectores no solo económicos, sino también políticos y científicos, afectando también la RMP en la medida que sus dos integrantes participan de los nuevos valores.

En este nuevo escenario global, que también se lo conoce como “sociedad de la información” se desarrollan ciertas características propias de ella, como lo son:

- 1) El paciente dispone ciertamente de un fácil acceso a nueva información sobre las enfermedades, y obtiene de esa forma una mayor autonomía. Este acceso es cada vez más extendido en las distintas clases sociales.
- 2) Surgen nuevas prácticas, como una mayor tecnificación en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos dando cabida también a una gran cantidad de nuevos fármacos. Sin embargo en muchos de estos no esta muy experimentada su eficacia en los tratamientos.
- 3) El proteccionismo e intervención que practicaba el Estado de Bienestar, sobre el individuo, y las relaciones entre individuos, se ve sustituido por la competencia libre entre los particulares, practicándose estos nuevos valores en todas las relaciones sociales. Surge bajo esta nueva filosofía, un antagonismo a ultranza que progresivamente va permeando toda la red social, cambiando los antiguos valores de la misma, no escapando a estas influencias la RMP.
- 4) Dentro de este contexto de apertura e hipercompetencia, que originó una acentuación del desarrollo económico como un valor superdimensionado, se incrementó a su vez una mayor actividad médica derivada también, de nuevas relaciones laborales colectivas (empresas unipersonales, tercerización de servicios, flexibilidad laboral, etc.) que lleva a una mayor complejidad de la atención en salud, que a su vez derivó en un aumento de los reclamos por responsabilidad médico-sanatorial, que erosiona en definitiva la RMP

Con referencia a este último punto, es de considerar el gran cambio que se originó en las prácticas médicas a nivel mundial, ya que el médico se inclinó en forma mayoritaria a conducirse bajo la estrategia que se conoce con el nombre de “*medicina defensiva*”.

El aspecto “defensivo” de esta categoría, hace referencia a la respuesta que toma el médico ante la posible demanda legal que el paciente pueda presentar por mala praxis médica. Veremos más adelante cuales son esas prácticas médicas que asume el profesional dentro de esa medicina defensiva.

Por su parte, asistiremos a individualizar otro actor que se suma a esta relación que por definición es binómica. Analizaremos entonces brevemente como pueden llegar a influir las empresas aseguradoras en la RMP. Ellas ofrecen previsión económica a los médicos, ante el riesgo de que sufran denuncias legales por mala praxis, algo muy común en la actualidad, como veremos más adelante.

Podemos destacar a su vez, que existió un antecedente significativo, a la época de la globalización, que daba cuenta de la tendencia ya existente a un cambio importante en la RMP. Fue el hecho que se llevó a cabo en 1965, dónde surgió una declaración de la Asociación Médica Mundial, en la cual se puntualizaban los tres Principios Básicos a considerar a los efectos de realizar en cada uno de ellos, distintas recomendaciones y sugerencias, señalando límites a las actividades de investigación con la precaución de “...*no dañar a los pacientes...*”⁽³⁾

Esos tres principios eran: 1) La investigación biomédica 2) La clínica y 3) La biomédica no clínica.

Tomando como partida los dos primeros puntos de esta declaración (ya que son los que involucran directamente a los dos integrantes de la RMP) distinguiremos en este trabajo la proyección de esas dos categorías que nos llevarán poco a poco a introducirnos en las distintas manifestaciones de la RMP. Analizaremos los actuales paradigmas en crisis, y los conflictos que se han desatado en torno a esta relación, que se ha complejizado progresivamente.

En el desarrollo de este trabajo nos guiaremos dentro de un marco teórico y metodológico basado en la utilización de dos tipos ideales construidos teóricamente, que tomamos de un estudio realizado por un grupo de médicos españoles,⁽⁴⁾ y que podemos aceptar como válidos a los efectos del análisis sociológico.

Consideraremos de esta forma los distintos aspectos de la RMP bajo la visión *biomédica* y la *humanista*, para comparar y analizar los cambios y características que se presentan en la actualidad en dicha relación. Para ello recurriremos a la comparación y comprensión de la realidad médica asistencial, en función a dichos tipos ideales.

Buscaremos posteriormente analizar la temática en función de parámetros conceptuales propios de una sociología comprensiva.

Al abordar la situación presentada por nuestra colectiva unidad de análisis: “La Relación Médico-Paciente”, comenzaremos por definir los dos conceptos: “tipos ideales”, que nos ayudarán metodológicamente.

“En la dimensión biomédica, se trata con enfermedades, el médico se siente cómodo con los problemas de tipo “orgánico” y devalúa o evita los problemas de tipo psicosocial en el encuentro clínico. En la dimensión humanista, el médico trata con pacientes, los problemas de salud se sitúan en un “contexto personal y familiar” y los problemas de tipo psicosocial son merecedores de atención. En la dimensión biomédica, el paciente debe obedecer las órdenes del médico (la curación depende del médico). En la dimensión humanista, tanto el médico como el paciente tienen un papel activo (la consulta es un trabajo a dos, la mejoría también depende del paciente). En la dimensión biomédica, la RMP. es considerada próxima al efecto placebo, mientras que en la dimensión humanista la RMP. tiene implicaciones sobre la eficacia diagnóstica (la

³ Declaración de Helsinki, Asociación Médica Mundial, 1965. Revisada en Tokio, 1975.

⁴ Girón, Manuel. Bebía, Begoña. Medina, Elisa y Talero, Manuel Simón “Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Pública N° 4 septiembre-octubre 2002.

relación entre médico y paciente es fundamental porque gran parte del diagnóstico está basado en la anamnesis y depende de lo que te cuenten, y si el paciente no ve un médico receptivo, que le escucha, que le atiende, le contará menos, con lo cual el otro correrá el riesgo de enterarse menos todavía) y, por tanto terapéutica.” (5)

Puede parecer a primera vista que se está ante un planteamiento muy simplista de dos categorías elementales como lo son: lo bueno y lo malo, pero no es tan sencillo y reduccionista el análisis de uno y otro modelo, ya que por lo pronto el que más se aplica en la actualidad es el modelo biomédico a nivel mundial. Esta situación va de la mano de una concepción propia de esta modernidad en que vivimos, que iremos analizando.

Dentro de la metodología que nos planteamos; de ir analizando sobre un mismo tema (que afecta la RMP) los antecedentes históricos, para posteriormente poderlos comparar con la realidad existente, debemos comenzar indicando que en cada época se ha vivido la RMP en forma diferente, por lo tanto, hay que partir del principio de que es una relación dinámica, que deberá ser estudiada en su momento histórico particular.

La medicina, como las demás actividades del ser humano dentro de la sociedad, no dejaron de evolucionar desde las antiguas creencias medievales que sustentaban el establecimiento de un orden jerárquico estricto en las relaciones humanas.

Al ingresar en la Época Moderna, la dimensión social y política fue acercándose progresivamente, a alternativas intelectuales basadas en la horizontalidad de la autoridad y la profundización de la democracia del entramado social. Para ello se requirió desarrollar una mayor información y conocimiento socialmente distribuido entre las redes sociales y comunicacionales existentes.

Nuestro país no estuvo ajeno a esa evolución, destacándose por ejemplo que “*los médicos del novecientos... participaban del poder en la medida en que su saber era poder*” (Barrán, 1992)

Por su parte el cambio en la aplicación de ese saber y poder, se ve reflejado también en la evolución de la bioética, que ha asistido al devenir de paradigmas desde el *paternalismo médico* (que omitía a la familia, a la sociedad y al Estado) hacia enfoques más amplios de la RMP en los cuales el médico se plantea dudas respecto del significado del “respeto a la vida”.

Esta interacción entre médico y paciente, se caracterizó por ser siempre una relación de poder, construida esencialmente por la situación en que llegan a ella sus dos integrantes, el médico y el paciente.

El primero se encuentra en una posición técnica, con apoyo legal, en situación de experto, legitimado socialmente y con una salud propia, favorable. A diferencia del segundo integrante, que está en inferioridad de condiciones al concurrir a solicitar ayuda, con deficiencias físicas, psíquicas y emocionales, donde debe

⁵ Girón, Manuel. Bebia, Begofia. Medina, Elisa y Talero, Manuel Simón “Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Pública N° 4 septiembre-octubre 2002.

desempeñar las expectativas sociales de un rol ejercido tradicionalmente de dependencia, sumándole a ello la condición etiquetada de “lego” ante tal situación.

Podríamos decir que concurren al fortalecimiento de esa interacción, diferentes agentes, tanto de uno como de otro sector: enfermeras y otros especialistas por un lado, y familiares por la otra parte, sumándose a su vez otros actores en principio no tan visibles, pero que influyen en la relación, como ya veremos en el transcurso de este trabajo.

Es de destacar por ejemplo, que el aporte que los familiares realizan, muchas veces es para reforzar las expectativas del rol de enfermo que se espera que cumpla el paciente. Existe generalmente en los familiares, una actitud de contemplación y disciplinamiento ante el poder médico, que lleva a reforzar la autoridad del médico ante el paciente. (Goffinan, 1994)

A su vez, analizaremos la existencia de las distintas variables, ya sean intervinientes como contextuales, que influyen en el mantenimiento de la RMP, de acuerdo a las características propias de cada agente y del contexto donde se actúa.

De esta forma la RMP toma características singulares según se presenten en ella, variables intervinientes que influyen en cada uno de los dos agentes que participan de esa relación, como ser: la edad, el sexo, la clase social a que se pertenece, y otras variables contextuales como son: el lugar de atención en cuanto a si es un entorno de privacidad o no, si es público o privado, si se desarrolla en un medio de internación o ambulatorio.

CAPÍTULO II

2.1 SALUD Y ENFERMEDAD COMO REPRESENTACIONES SOCIALES.

El binomio salud-enfermedad, en su conceptualización, ha sido considerado desde múltiples visiones al momento de su definición de acuerdo a: las circunstancias históricas, el interés social, la concepción de clase social, o también desde el punto de vista económico, entre otras consideraciones.

Tanto la salud como la enfermedad son categorías abstractas, construidas desde una realidad que se da, en un momento histórico concreto, realizada por una cultura determinada, en circunstancias individuales y sociales precisas.

En este proceso de salud-enfermedad se distinguen dos campos bien diferenciales como lo son: el **biológico** y el **social**. De acuerdo a la mayor o menor preeminencia de una u otra categoría en la atención en salud, veremos más adelante las distintas actitudes que el médico asume en la relación con su paciente.

Por otro lado Asa C. Laurell expresa que en la literatura epidemiológica se observa que se operan principalmente dos conceptos de enfermedad. En primera instancia se encuentra la visión que entiende a la enfermedad como un proceso **biológico**, surgido de un concepto médico clínico. En segundo lugar se habla de la enfermedad como consecuencia del desequilibrio entre el individuo y el contexto donde se desarrolla, en una conceptualización **ecológica**.

Pero lo más asombroso de todo ello es que los dos conceptos de enfermedad, más allá de ser originados por causas diferentes, se tratan de la misma forma, configurándose en los hechos como un procesos biológico. (Laurell,1982)

El carácter social del proceso salud enfermedad adquiere historicidad en el grupo, y para explicarlo no bastan los hechos biológicos. Se necesitan investigar también las implicancias sociales ue contribuyen al desarrollo de la enfermedad no en función de un conjunto de patologías (Laurell, 1982)

Por su parte el autor Raúl Rojas Soriano (⁶) aborda el tema salud-enfermedad, como un proceso: *"exclusivamente biológico e individual y se plantea como un proceso condicionado socialmente que se concreta en seres históricos, en grupos que se relacionan con la naturaleza y entre sí de cierta manera, es decir, que trabajan y viven en circunstancias históricamente determinadas"*

A su vez salud y enfermedad se presentan como dos polos de un mismo proceso; se encuentran en relación dialéctica y no mecánica o lineal, ya que esto significaría concebir la salud y la enfermedad como estados en los que se pasa de uno a otro sin mediar entre ellos una relación compleja y cambiante determinada por circunstancias socio históricas.

La medicina moderna se basa en un modelo **biomédico**, que es el *"modelo centrado en las manifestaciones biológicas del proceso morboso. Todavía se sigue viendo parcialmente al hombre, y por lo tanto al enfermo, ya que no se han integrado completamente otros factores causales de enfermedades como lo social y lo económico y los aportes de la Psicología profunda que abrió la puerta a la comprensión de los procesos mentales"*(⁷)

En nuestro país las prácticas médicas también están comprendidas dentro de esta visión biomédica constituyéndose en la realidad de la atención médica, que poco a poco está cuestionando las bases mismas de la atención en salud. De acuerdo a este y otros coyunturales problemas las autoridades sanitarias nacionales, procuran instaurar un nuevo modelo de atención en salud en el Uruguay, llamado Sistema Integral de Salud.

Por su parte (Benzaid,1976) ahonda aún más en las críticas a las prácticas médicas de la modernidad y agrega: *"...mientras la medicina fragmentada, compartimentada y positivista divide en pedazos al enfermo, mientras continúe convencida de que ella misma no es más que la lucha, con armas técnicas, contra un mal definido, esta condenada a la inhumanidad, sea cual fuere la sensibilidad de los médicos que la ejercen, y sea cual fuere el esplendor o la comodidad de sus instalaciones y la riqueza de sus instrumentos."*(⁸)

Estas consideraciones dan cuenta de una posición "**humanista**" e integral al momento de establecer la RMP contrapuesta al concepto "**biomédico**" que fragmenta al individuo y no lo considera un sistema integrado biológico y socialmente desarrollado en un contexto determinado.

Nos encontramos aquí con dos categorías muy diferenciadas en cuanto a la proyección, aplicación y

⁶ Rojas Soriano, Raúl - Capitalismo y enfermedad, México – Ed. Folios. 1999

⁷ Vargas La. Una mirada antropológica a la enfermedad y al padecer. Gaceta Médica Mex. 1991, 127:3-6

⁸ Benzaid N. La consulta médica. 2 ed. México: Siglo XXI Editores. 1976

reproducción de la RMP.

Conjuntamente Vargas diferencia conceptualmente los términos enfermedad y padecer, indicando que la **enfermedad** es *"el estudio de las entidades nosológicas y no son más que abstracciones que hace la mente humana para clasificar signos y síntomas de la enfermedad en categoría taxonómica"* (⁹)

Esta conceptualización permite universalizar las patologías, posibilitando con ello, que los distintos médicos pertenecientes a distintos países puedan comunicarse y entenderse entre sí, al referirse a una patología específica. Se crea entonces una acción comunicativa que trasciende los idiomas y establece un sistema común de interpretación unificado a nivel mundial.

Por su lado el autor considera que **padecer** es: *"la manera en que cada individuo sufre las alteraciones de su salud de acuerdo a su individualidad biológica, psicológica y sociocultural"* (¹⁰)

Asistimos de esta forma a considerar la codificación de los problemas de salud, sin perder de vista los aspectos socioculturales como parte de la etiología de la enfermedad, y sin excluir por ello, las bases biológicas del universo. En este sentido se deben tener en cuenta: *"las condiciones del ambiente físico, las prácticas alimentarias, el acceso al consumo de bienes y servicios, la educación, los valores, la clase social, las condiciones ocupacionales, la posición en las relaciones de poder, la pertenencia a grupos sociales, la disponibilidad y calidad de los cuidados médicos, las formas de sociabilidad, y las ideas religiosas"* (¹¹)

Dentro de los aspectos socioculturales que rodea a la "enfermedad", nos encontramos con ciertas conductas humanas que se recrean a través de la historia como prácticas sociales colectivas, inmersas en un imaginario social común, donde se destaca la estigmatización de aquellas enfermedades que son o pueden ser contagiosas de alguna forma entre los integrantes de la colectividad.

Los portadores de esas enfermedades fueron históricamente condenados y excluidos socialmente, como los tuberculosos, o los poseedores de la lepra en el siglo XIX .

Por su parte, se incluía en la formación de los médicos de aquellos años otras "enfermedades" que carecían de un verdadero rigor científico para determinarlas como tal, que respondían más a una discriminación social de ciertas conductas como lo era la homosexualidad.

Dicha práctica sexual se la consideraba fuera de la pretendida "normalidad", preestablecida esencialmente en la sociedad médica y religiosa de esos tiempos, constituyendo así una de las expresiones clásicas de la medicalización de la sociedad.

Este fenómeno de "medicalización" se produce a partir del siglo XVII (Foucault, 1990). Es propio de la sociedad occidental y consiste en la influencia y dominación de todos los espacios de la sociedad, por parte del saber y el poder médico, que determinarán cuales son los comportamientos correctos a practicar.

⁹ Vargas La. Una mirada antropológica a la enfermedad y al padecer. Gac Med Mex 1991, 127:3-6

¹⁰ Vargas La. Una mirada antropológica a la enfermedad y al padecer. Gac Med Mex 1991, 127:3-6

¹¹ Fernández, José & Mitjavila Myriam, 1998: Factores sociales, salud y enfermedad, en: Dibarboure Hugo & Macedo Juan C. (ed) introducción a la Medicina Familiar. Montevideo: Departamento de Publicaciones de la UDELAR.

Esa conducta “anormal” de la homosexualidad, se configuraba entonces, bajo esa visión medicalizada, dentro de las llamadas “enfermedades”, que padecía el ser humano.

En el presente, ya se dejaron de estigmatizar aquellas enfermedades que hoy son curables, como las primeras dos mencionadas (tuberculosis y lepra) Pero surgen otras como el VIH, y el alcoholismo, que toman su lugar en la estigmatización que realiza gran parte de la sociedad.

A su vez la conceptualización de lo normal o no, se enfrenta en el caso de la homosexualidad con sectores de la población mundial más dispares según sus creencias, concepciones, tradiciones y cultura, que hacen del tema algo más afín con una construcción social que con un tema médico.

Quizás sea este uno de los casos más claros donde ha incidido toda una cultura histórica situada, en la construcción de una pretendida enfermedad.

No existía en el colectivo social y particularmente en el institucional de aquellos años, el concepto de la “**diversidad**” como hoy se maneja en nuestra sociedad global. Actualmente se consideran también, las expresiones minoritarias que se manifiestan socialmente, y que al hacerlo en forma regular, se conforman en parte de la “normalidad” existente.

En el presente, ya son cuatro los países que han legislado sobre la unión homosexual como otra opción válida dentro de la conceptualización: “familia”, otorgándoles los derechos y deberes inherentes a ese estado legal. La relatividad del concepto de “enfermedad” en este caso, queda puesto de manifiesto, en forma clara como una construcción social, histórica situada.

Por su parte otros autores plantean el carácter no antagónico de la objetivación de la salud y la enfermedad al considerar: *"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 él y el medio ambiente."*⁽¹²⁾

Todas estas consideraciones dan cuenta de que el concepto de enfermedad es un fenómeno socialmente construido. La denominación, la clasificación y los significados que se le atribuyen, son inter-subjetivamente construidos, en un contexto sociocultural e histórico presente.

2.2 Interacción entre los roles del médico y el paciente.

Esta interacción es una relación interpersonal de tipo profesional desde el punto de vista del desempeño médico, ya que lo realiza en forma de rol ocupacional, donde se espera que el médico cuide de su enfermo.

Por su parte el rol del enfermo está enmarcado en una serie de conductas y expectativas que se llevan a

¹² Berlinguer, Giovanni. La Enfermedad. Lugar Editorial. Bs. As., 1994. Pág. 32/33.

cabo, como por ejemplo, que se cumplan con las prescripciones médicas. Se lo puede clasificar a este último en principio como un rol "dependiente", siendo esta taxonomía propia de mediados del siglo pasado dentro de una visión funcionalista.

Las características de la RMP, han pasado a través de la historia por diversas etapas, signadas esencialmente por la actitud que asumió el profesional. Esta relación se vio influenciada en un momento, por el universo premoderno tanto el mágico, como el religioso. En el primero se caracterizaba al médico con un carisma innato y con una experiencia vital, y en el segundo proporcionaban felicidad terrenal y salvación ultraterrena.

Ya en la modernidad nos encontramos con el médico tecnista, que se basa esencialmente en procedimientos de diagnóstico y terapéuticos basados en la tecnología, dejando de lado el aspecto clínico. Posteriormente podemos distinguir la relación "integral", donde el hombre es valorado en un todo, como un ente biopsicosocial, donde la buena comunicación entre los distintos actores se hace cada vez más importante para obtener los mejores resultados. El enfermo confía voluntariamente, con esperanza, su salud y su vida, e incluso su intimidad. Pero a su vez no es indiferente a su propio bienestar físico y psíquico, por lo cual urge de poder comprender la esencia de los procesos fisiológicos que experimenta su organismo.

El médico por su parte debe tratar de oír al paciente. Toda esta situación debe darse en un clima de autorespeto mutuo, donde se integren la ética médica en general y la deontología en particular. Nos estamos refiriendo entonces a la importancia primordial de los "deberes" de los médicos al abordar la RMP

Muchas veces los pacientes se quejan de que el médico no los mira al entablar esta relación cara a cara. Que muestra prisa y receta con rapidez. Y a su vez no le informa lo que tienen, derivándolo al especialista rápidamente. Indudablemente que ese reducido tiempo que el profesional le dedica a cada paciente, y las consecuentes prisas, llevan a que el médico incurra en errores.⁽¹³⁾

Los sistemas de seguridad social han favorecido esta situación ya que se busca la cantidad de pacientes atendidos al día. Surge entonces el concepto de la productividad del médico, sin considerar para ello, el valor de la calidad que se brinda en la atención, ni el grado de satisfacción del usuario.

Actualmente participamos en una etapa histórica de la humanidad, conocida por algunos autores como postmodernidad, donde se hace necesario el desarrollo de las responsabilidades sociales, ya que los distintos actores defenderán sus derechos y autonomía, haciéndose extensiva esta conducta tanto a la actitud médica, como así también a los pacientes y sus familiares.

En esta etapa es necesario adecuar la formación médica a los nuevos cambios, desarrollando las destrezas en la entrevista clínica y en la comunicación en general, como mecanismos de mejorar la interacción en la RMP.

¹³ Goer, André. Ecología y política. Barcelona, Ed. El Viejo Topo, 1982. Afirma que en EE.UU., el 60% de los medicamentos en general y entre el 80 y 90% de los antibióticos en particular, son administrados erróneamente. En otro estudio hecho por la Robert Wood Johnson Foundation, el 95% de los médicos y el 89% de las enfermeras de los E.U. han presenciado un error médico grave. (Consejo Internacional de Enfermeras –CIE – 2005)

ACTITUDES DE COMUNICACIÓN EN R.M.P.: REFLEJAS O PROPIAS		
	PACIENTE	MÉDICO
A)	INSTRUMENTAL	BIOMÉDICO
B)	PASIVIDAD	BIOMÉDICO
C)	AUTONOMÍA	DEFENSIVA
D)	PARTICIPATIVA	HUMANISTA
E)	HUMANISTA	HUMANISTA

Figura 1 – (Cuadro que presenta las distintas actitudes en la RMP- Construcción propia)

En la figura 1, visualizamos en forma esquemática las relaciones, ya sean: reflejas o propias que asumen cada uno de los actores principales de la RMP. La dirección de las flechas indica el sentido de la relación. Es una actitud refleja cuando la flecha indica un solo sentido. Son actitudes reflejas aquellas que partiendo de un actor, inciden en la conducta del otro integrante de la RMP. Son actitudes propias, aquellas que son tomadas en forma independiente a la conducta que el otro integrante de la relación binómica asume.

(A) Una actitud instrumental que es propia, por parte del paciente (ej.: esperar que “le quiten lo que tiene” lo antes posible) se puede corresponder con otra actitud propia del médico, que actúa en forma biomédica.

(B) Una actitud biomédica asumida por los médicos, generará eventualmente, la contrapartida refleja en los pacientes de conductas de pasividad.

(C) El paciente en otros casos puede asumir por el contrario una actitud propia de confrontación al verse menoscabados sus derechos y autonomía. Ella se puede corresponder con una actitud propia de defensa que asuma en forma independiente el médico.

Tanto en la relación binómica: Instrumental-Biomédica como la de Autonomía-defensiva, el paciente toma una actitud de iniciativa, más allá de la posición que asuma el médico. Son actitudes propias. En los otros casos el paciente asume una actitud refleja.

De ahí la influencia e importancia que asume la actitud del médico a la hora de establecer y desarrollar la interrelación entre las dos partes.

Es de destacar en este sentido, que el médico debe considerar que *"el tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal; el cuidado de un paciente debe ser completamente personal"* (14)

¹⁴ Laín Entralgo; Pedro. La relación Médico - Enfermo. Alianza Universidad S.A., Madrid, 1983

CAPÍTULO III

3.1 La relación de poder del médico en la sociedad y su implicancia con el saber.

La medicina moderna, según nos expresa Foucault (¹⁵) nació a fines del siglo XVII, con la introducción de la anatomía patológica por Morgagni y Biachat. Surge a sí mismo una medicalización de la sociedad, que se caracteriza por sus expresiones más allá de la aplicación del tratamiento médico.

La medicina ha transformado las relaciones, los hábitos, las pautas, la higiene de las personas y ha incursionado en los ámbitos más diversos de la vida vincular de las personas como ser en las áreas laborales y familiares. El saber y el poder médicos, han dominado el imaginario colectivo extendiéndose por todo el tejido social, en su proceso de medicalización.

“El capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo...El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.” (Foucault, 1990)

A su vez, ese saber médico se expresa creando una asimetría en la relación médico-paciente, ya que el médico maneja términos lingüísticos y técnicos particulares, que unidos en ocasión a la pertenencia a posiciones sociales distinta a la de los pacientes, hace que dicha relación se presente con un cierto grado de distanciamiento social, como ya destacábamos en el Proyecto de Investigación sobre este tema. (¹⁶)

En el contexto hospitalario, es donde se da con mayor dureza la relación médico-paciente. En este ámbito existe un específico control coercitivo a través de diversas sanciones y la imposición de distintas clases de órdenes donde el médico ejerce su autoridad en forma sistemática ante el paciente internado.

El médico, según Boltanski (¹⁷) *“está obligado no sólo a hacer todo lo posible para que el enfermo reconozca el valor de sus “servicios”, acepte su autoridad y acate su voluntad, sino también a limitar en lo factible el control que el enfermo estaría en condiciones de ejercer sobre sus actos”*

Por su parte (Parsons, 1959) dentro del marco conceptual del sistema de roles y sus expectativas, también considera que *“existe una relación fundamental entre conocimiento y control”*. A su vez participa de la idea de que debe existir un control social en la relación, ya que existen tensiones entre ambas partes, más allá de la institucionalización de los roles. Pero el médico debe *“reducir la relación”*, imponiendo una neutralidad afectiva para *“protegerlo”* de una reciprocidad en la RMP a nivel emocional.

A su vez este autor reconoce por un lado que *“la persona enferma es vulnerable de modo peculiar a la*

¹⁵ Foucault, Historia de la medicalización. En: La vida de los hombres infames. Ed. La Piqueta. Madrid – 1990.

¹⁶ Cotelo Sténeri, Gonzalo. Proyecto de Investigación: La relación médico-paciente en el contexto centro médico: Hospital de Clínicas. FCS – Taller de Sociología de la Salud. Montevideo, 2 de febrero del 2004.

¹⁷ Boltanski, Luc- Los usos sociales del cuerpo, Capítulos I y II, Bs. As., Ed. Periferia S.R.L. - 1975

explotación” pero en su calidad de “profano” no puede juzgar al especialista, y aún más, debe aceptar de acuerdo a esa condición, los juicios y medidas del médico “por autoridad”. Y aún más, este autor acentúa este concepto indicando que “la autoridad es un atributo de un status en una colectividad”...y la “relación médico-enfermo tiene que ser una que implique un elemento de autoridad” .(18)

Asistimos de esta forma a una tradicional visión de un modelo autoritario y paternalista de lo que debía ser la RMP. Queda puesto de manifiesto de esta manera, el papel que juega el concepto de “autoridad”, en este esquema, que más allá de reconocer que el paciente puede ser explotado, debe igualmente de cualquier manera mantener su rol y actitud de sumisión ya que su condición de ignorancia no le permite cuestionar la actuación de un profesional. Saber y poder están fuertemente ligados, y son las dos caras de una misma moneda en la RMP: el modelo *paternalista-biomédico*.

Esta conceptualización se mantuvo en forma hegemónica en EE.UU. hasta fines de los años '50, ya que a partir de la siguiente década, es cuando comienzan a experimentarse las primeras expresiones de autonomía del paciente. Se asistirá entonces en la década de los '60 a un progresivo aumento de las demandas hacia los médicos por mala praxis, tema este que desarrollaremos más adelante.

Dentro de esa relación de poder y saber, se encuentran asociadas también las categorías de status social y la apropiación de la información como expresiones que incrementan esa posición dominante, en la medida en que se cuentan con ellas. De esta forma existen otros autores que describen también esa posición tradicional del médico como Fitzpatrick (19) que sostiene que: *“el médico tiene una elevada posición social, poderío y competencia innegable, en tanto que en términos generales el paciente está 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; el médico tiene un apoyo legal más fuerte y ya establecido, en tanto que el paciente es más débil, aunque va en aumento la legislación defensiva de protección de sus derechos.”*

Todo saber acumulado por un actor, lleva implícito cierto poder sobre los que carecen de dicho conocimiento. Cuanto más especializado sea ese saber y menos individuos se apropien de él, mayor será la fuente de poder que se disponga. Esta situación asimétrica se la puede revertir con una mayor información distribuida socialmente.

Actualmente existen una variada cantidad de medios de información que posibilitan una mayor comunicación e información. Los pacientes de esta forma acceden a una fuente de información actualizada, que los ayuda a apropiarse del conocimiento necesario sobre las características de sus dolencias. Concurren de esta forma a la entrevista médica, con una mayor igualdad de información sobre su enfermedad, disminuyendo con ello la asimetría inicial existente entre el médico y el paciente.

El saber y poder médico también se hace ostensible al interior del propio gremio médico. En él se

¹⁸ Parsons, T. El sistema social. Cap. 10 – Págs.418, 429, 430 – Ed. Revista de Occidente, Madrid. 1966. Original 1959.

¹⁹ Fitzpatrick, R. La enfermedad como experiencia. Fondo de Cultura Económica. México, 1990.

distinguen claramente, a grandes rasgos, tres categorías de estratificación de los doctores en medicina según su apropiación del saber y por ende su prestigio entre sus pares: a) el médico general y/o de familia ligado a la atención primaria, b) el médico especialista y c) el cirujano.

Es en ese orden que se dispone de menor a mayor posición dentro de la estratificación social y profesional, objetivando la pertenencia a un estatus médico determinado, que coincide con una posición de poder específico

El saber médico se expresa también como prácticas que estructuran la identidad individual y social del mismo, produciendo un cierto estatus diferencial con relación a sus pares. A su vez dichas prácticas actúan como estructurantes al interior de los profesionales de la salud, que moldean sus conductas en función de ellas, estableciéndose de esta forma un proceso recursivo.

El conocimiento experto de por sí, crea una asimetría en la relación con los legos, y se acentúa en el caso particular de la RMP, ya que como profesionales de la salud, los médicos ostentan un prestigio particular como actores bienhechores, que auxilian a personas que se encuentran en inferioridad de condiciones ante la vida al padecer desequilibrios psicossomáticos.

Los pacientes por su parte entablan esa relación en condiciones de inferioridad al no disponer de todas las facultades propias de un estado de salud plena, en contrapartida con la del médico. Debido a ello su estado anímico no es el mejor, como para establecer una equitativa relación con el médico.

Es en este punto en el cual el médico llega a considerar según su criterio, qué es lo importante de ser informado al paciente y que otros temas no; o simplemente el médico no le informa de la situación en que se encuentra el estado de salud del propio paciente.

Es esta otra manifestación importante del desempeño de ese poder médico desarrollado en la relación con sus pacientes. Las asimetrías se ponen de manifiesto distinguiéndose el experto del lego.

Este saber y poder médico lo podemos visualizar con mayor nitidez en los contextos institucionalizados. Recordemos que existió en el siglo XIX y XX, una fuerte administración burocrática implementada a los efectos de realizar un efectivo control social sobre la población.

En este sentido se concibió la figura de la "Policía Sanitaria", manejándose el concepto de "peligro social" atribuible a todo aquello que dicha autoridad considerara oportuno. Recurría en consecuencia a medidas coercitivas sobre el enfermo, como lo ocurrido en los períodos de epidemias, donde se determinaban las cuarentenas o vacunaciones masivas.

Dentro de ese periodo se desarrollaron ciertas políticas estatales que promovían la creación de una política represiva sobre el enfermo, más que sobre la enfermedad, constituyéndose el concepto de salud como una construcción cultural que implicó el atisbo del placer del cuerpo y a la vez su estricto control. (Barrán, 1992).

No existía en aquellos años la conceptualización de la medicina preventiva, que aún hoy es difícil de integrar en el sistema de salud existente. Esta visión también da cuenta de un cambio en la medicalización de la sociedad, y por lo tanto de la extensión de las prerrogativas del médico sobre toda la red social.

Tanto en aquella primera visión como en la más actual encontramos indudablemente un cambio en la RMP. Podemos identificar una actitud diferente por parte del médico en cuanto al ejercicio de su poder y de su saber.

En el primer período histórico, se verifica la imposición de su autoridad. En la segunda instancia histórica asistimos a percibir una actitud más participativa y eficiente de la práctica médica, que no necesita imponerse, y apela más a una cultura de divulgación del saber médico, donde se hace partícipe a la sociedad de su propio cuidado en salud.

A forma de ejemplificar estos dos momentos diferentes en la RMP, debemos recordar que en aquellos años de grandes epidemias, se carecía de desarrollo sanitario en el tratamiento de las aguas servidas, como a su vez la falta de agua potable fácilmente disponible, que evitarán la aparición de la mayor parte de las enfermedades epidémicas que diezaban la población. (Ej.: Cólera, tífus, diarrea infantil, hepatitis, etc.)

La prevención en salud es una concepción más actual, que libera al enfermo de ser el objetivo principal a atacar, desplazándose la visión hacia la enfermedad como el verdadero promotor que origina los males. Esta liberación del paciente, se realiza al cambiar las bases de una visión medicalizada de la medicina.

Antiguamente se mantenía una política sanitaria muy diferente a la actual, donde se acentuaba aún más el poder y el saber médico que debieron su omnipotencia a ese concepto de salud que emergía como necesidad social y cultural. En este sentido la medicalización de la sociedad fue una parte de un proyecto de orden, tanto social como mental.

En ese contexto, los médicos participaban del poder en la medida en que su saber era poder como afirma (Barrán, 1992). Existía el disciplinamiento del cuerpo, dado por los psiquiatras y los higienistas, que se encontraban preocupados por la ubicación de la población dentro de lo que sería una biopolítica.

Hoy existe una tendencia marcada en procura de practicar una fase de prevención sobre el desarrollo de la enfermedad, ya sea como política estatal o como respuesta de la sociedad, contemplándose la educación sanitaria y la protección ambiental, destacándose la formación de diversas organizaciones que nuclean a pacientes que se ven afectados por una misma enfermedad. Se fortalecieron a su vez, los derechos de los enfermos, integrándose estos últimos a organizaciones que defienden sus derechos como pacientes ante el poder médico e institucional.

En este nuevo escenario se llega a cuestionar por parte de los pacientes, aquellas formas de intervenciones médicas poco exitosas, manejándose el concepto de “mala praxis” médica, buscando con ello responsabilizar la actuación del profesional. En este sentido en el proyecto de investigación que hemos desarrollado y mencionamos anteriormente ⁽²⁰⁾ se buscaba obtener información de los pacientes sobre diversas dimensiones de la RMP. Una de ellas fue el grado de información que tenían sobre la existencia de instituciones que

²⁰ Cotelo Sténeri, Gonzalo. Proyecto de Investigación: La relación médico-paciente en el contexto centro médico: Hospital de Clínicas. FCS – Taller de Sociología de la Salud. Montevideo, 2 de febrero del 2004.

respaldaban los derechos de los enfermos y sus prerrogativas. Se consideró si ellos conocían la existencia de tales organizaciones; si tenían información sobre ellas.

Asistimos en aquel momento a corroborar la total ausencia de información que disponía aquella población de pacientes sobre el tema. Este resultado más la consideración de otras variables, llevó a concluir que existía en ese contexto hospitalario (H. de Clínicas), una conducta de sumisión muy importante por parte del paciente ante un poder médico muy fortalecido.

El miedo a no ser atendido y dado de alta, es parte de una realidad que subyace como un manto extendido del poder médico, que es utilizado para explotar al enfermo. No nos olvidemos que estamos en un medio (H. de C.) donde se desarrollan las prácticas y formación académica médica, donde se deben realizar varios y reiterativos episodios de maniobras invasivas y exploratorias, a los efectos de cumplir con el rol formativo.

El médico se presenta de esta forma en una actitud de dominación que a su vez trasciende el contexto al que se hace referencia, ya que el paciente siempre está en una condición de dependencia ante el médico en cualquier entorno donde se encuentre.

A su vez el contexto institucional prescribe los roles que adoptan los participantes de la interacción.

Como forma de ejemplarizar la situación real del paciente hospitalizado en nuestro país, realizamos un estudio en el marco del proyecto anteriormente mencionado, sobre las quejas formuladas por pacientes del hospital universitario de nuestra ciudad, y constatamos que se realizaron tan sólo diez denuncias en un período de seis años.

Nuestro asombro fue aún mayor cuando nos percatamos que esas quejas permanecían archivadas sin haber procedido la dirección del Hospital, a realizar ninguna acción reparadora de la situación denunciada por el paciente. Se pudo constatar un espíritu corporativista muy fuerte, que en ciertos ámbitos se conoce con el nombre de "mafia blanca", más propia de tiempos que van quedando atrás, conjuntamente con el modelo paternalista y tradicionalmente autoritario.

Hoy la competitividad en el ámbito profesional, hace que esta actitud tradicionalista quede de lado, acentuándose una mayor profesionalización e individuación del médico. En contrapartida a ese estado de sumisión que experimenta el paciente en dicho nosocomio, es de destacar que el 62,6% de ellos, perciben la existencia del poder médico como algo determinante al momento de establecer una relación con los galenos.

En una institución total como la mencionada, se desarrolla una naturaleza despersonalizada que de hecho representa una amenaza para la integridad socio-psicológica del enfermo. ⁽²¹⁾

Dentro de una visión más general sobre la actitud que asumen los médicos en los distintos contextos, observamos que la interacción social que se construye en la instancia en que el médico asiste al enfermo, está signada por dos técnicas de abordaje que utiliza al aplicar la entrevista clínica.

²¹ Coe, Rodney. Sociología de la Medicina. Ed. Alianza, Madrid, 1973. Cap. 11 – Pág. 347

Dentro de las prácticas profesionales se encuentra la aplicación de “protocolos médicos”, donde de forma estructurada se aplican una serie de procedimientos previamente establecidos por el sistema médico, que permiten realizar las distintas maniobras en forma más “científica.”

Se caracterizan dichos protocolos, por ser aplicados objetivamente a la situación que presenta el enfermo. Es en esta fase de la RMP en la cual el entrevistado debe indicar estrictamente lo que se le pregunta, dejando de lado toda apreciación o comentario que no corresponda con lo interrogado.

Podemos indicar que en esta instancia de la actuación médica, es donde se efectiviza más la despersonalización que ejerce el profesional sobre el lego. El distanciamiento está marcado por las prácticas médicas, que son el resultado de la producción de un saber científico. Todo ello enmarcado dentro de una específica acción comunicativa. Este saber actúa de hecho como un mecanismo de control médico sobre el paciente.

Pero existe también un segundo mecanismo que es mediador y hace posible restituir a las prácticas humanas sus ingredientes de libertad, de necesidad y subjetividad. Conforman también parte del interrogatorio, pero se centran más sobre la condición humana del paciente y el contexto que rodea su vida diaria. De este contacto singular entre médico y paciente, más distendido surge una interacción personalizada entre el paciente y el médico que busca profundizar las causas de la enfermedad.

Estaríamos entonces aproximándonos a lo que sería el *método clínico* de producción del saber médico que es bien diferente del *saber biomédico*, caracterizado por su elaboración en el laboratorio.⁽²²⁾

De hecho en el presente en nuestro país, las autoridades sanitarias, comenzaron a replantearse la conveniencia de regresar a una atención en salud, más aún con esa concepción en el nivel primario de atención. Asistimos de esta manera a visualizar dos modelos diferentes de atención sanitaria, y por lo tanto dos modelos distintos de relacionamiento entre el médico y su paciente y viceversa.

3.2 El rol médico y sus implicancias en un contexto de cambios de paradigmas.

En una visión parsoniana, ⁽²³⁾ el rol médico es de tipo ocupacional de alto nivel, reduciendo el rol del enfermo a la expectativa de recuperarse, por lo cual debe cooperar, tener confianza y respetar la autoridad del médico. Estos roles se darán en un marco de orientación colectiva, donde se espera que exista una mutua confianza. Destacándose que debe protegerse al paciente, “*ante la explotación de su desamparo, su incompetencia técnica y su irracionalidad*”, que son para este autor, la significación funcional más destacadas y visibles de la pauta.

En la actualidad asistimos a una resignificación del sistema de roles donde se visualiza la relación de asistencia técnica como “un contrato” entre un experto que ofrece sus servicios a un usuario de un bien como la salud que, al no ser sólo un bien individual y privado, sino también social y público adquiere el carácter de

²² Rheaume, Jacques. Dimensiones epistemológicas de las relaciones entre teoría y práctica. Ficha 69 CLAEH 1996. Mont.

²³ Parsons, T., El Sistema Social. Madrid, Ed. Revista de Occidente. 1959

hecho social. En estos términos, la RMP estaría delimitada por las expectativas que la sociedad tiene de los roles, tanto del médico como del paciente.

Estos derechos y deberes, son cambiantes en una sociedad muy dinámica como lo es la actual en que vivimos, que se aparta cada vez más de una concepción “paternalista” y de dominio médico, para introducirse en una relación donde también participa la autonomía y con ello la mayor participación del enfermo. Éste obtiene a su vez una mayor información y respuestas a sus inquietudes en cuanto a su estado de salud; ese bien tanpreciado que los dos actores se comprometieron a cuidar y restaurar.

En este aspecto es de destacar que en nuestro país, se han obtenido algunos avances en ese sentido, por más que nos encontramos aún relegados a nivel mundial sobre la defensa de los derechos del paciente. Se enfatiza en ese sentido por ejemplo lo dispuesto por el Decreto del Poder Ejecutivo del 16 de octubre del 2002, que dispone la creación en cada institución médica de un Departamento de Atención al Usuario. Estos aspectos legales los veremos en el último capítulo.

Estos avances son más retardados en el entorno de institucionalización hospitalaria que experimenta el paciente, donde se produce un descubrimiento o desnudamiento cultural, físico y de estatus, como así también una restricción de su movilidad, sin dejar de considerar que el paciente se encuentra también, en gran medida, privado de información sobre su propio estado, como sostiene Rodney Coe. (²⁴)

Este autor determina cuatro formas de adaptación del paciente en el medio hospitalario. En primera término el paciente puede tomar una conducta de “ensimismamiento” por la cual se encierra en sí mismo, y no responde a los estímulos en el ambiente hospitalario; puede asumir una forma “agresiva” y presentar una resistencia total a las reglas impuestas a los enfermos. También puede por medio de la “integración”, encontrar la paz, con el entorno y con los otros enfermos. Y por último puede asumir una conducta de “sumisión”, y crear con ello una dependencia tal al hospital, que después no pueda adaptarse al exterior, desarrollando una “hospitalitis” como grado extremo de sumisión.

Por su parte en cuanto a la atención primaria de salud desarrollada en las policlínicas barriales, es de destacar que según una investigación realizada en España, (²⁵) el encuentro clínico, de acuerdo a la visión de los pacientes, se caracterizaba por desarrollarse con consultas masificadas, y de breve duración, encontrándose serios problemas de comunicación entre el médico y el paciente,

Los médicos, por su parte, percibían una relación desarrollada en el marco de una escasez de recursos, donde se disponía de poco tiempo para la atención, un exceso de la carga asistencial, y ausencia de formación.

Esta RMP estuvo mediada por problemas de comunicación / exploración en la entrevista clínica y por sentimientos negativos, donde se presentaban conflictos con los pacientes “difíciles” y la influencia de los factores psicosociales.

²⁴ Coe, Rodney, La estructura social del hospital moderno. En: sociología de la Medicina. Madrid. Ed. Alianza. 1973.

²⁵ Girón, Manuel - Begoña Bebía, Elisa Medina y Manuel Simón Talero. “Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Pública N° 4 septiembre-octubre 2002.

En este contexto asistencial, el médico tiende a atrincherarse en el terreno biomédico, realizando la atención en forma puntual de acuerdo a esa visión. Se transforma en un mero expendedor de recetas. El médico debe atender los casos de pacientes “difíciles” que se caracterizan por presentar una problemática psicosocial, bajo la cual desarrollan una cierta agresividad, y demandan cosas de forma insistente, como exploraciones somáticas de forma excesiva, recetas, etc.

Estos pacientes crean tensión al médico tratante, y le provoca un desgaste emocional. Se producen en ese médico, sentimientos negativos que lo ponen a la defensiva en la consulta, que más allá de la pérdida de eficacia en el propio encuentro clínico, trasciende a otros pacientes que deberá atender a posteriori. En buena medida, la actitud del médico es de *defensa*, basándose para ello en el uso de la tecnología, y alejándose de la exploración clínica del enfermo.

A tales fines se utilizan: las técnicas de entrevista, el mantener la distancia, la actitud profesional, el autocontrol, que lleva a deshumanizar la atención en salud, y la inclina hacia la visión biomédica de la consulta médico-paciente. El objetivo es no salir afectado, sobrevivir a la consulta. ⁽²⁶⁾ Esta actitud lleva a poner en crisis la comunicación en la RMP.

En Uruguay se presenta esta relación, de forma similar, aunque en menor escala de acuerdo a la más reducida población de nuestro país, que hace por ello, una menor ocurrencia de dichos sucesos, pero existe a su vez un marcado incremento en la proporción de la aplicación de estas prácticas.

Estamos ante la presencia de un fenómeno muy particular como lo es el “miedo” experimentado por el médico. *“El médico tiene miedo y angustia frente a la angustia de los pacientes y la forma de evitarlo ha sido refugiándose en un ambiente técnico, distante, frío, que lo protege y le confiere un sentimiento de poder, pero a la vez lo aleja del padecer del enfermo.”* ⁽²⁷⁾

Más allá de que el sector médico trata en parte de justificar la aplicación de una medicina “defensiva”, a raíz de los casos de pacientes “difíciles”, la instrumentación de dicha medicina “defensiva” corresponde más a una realidad asistencial moderna más compleja que lleva a establecer una RMP inestable por la mutua desconfianza.

Esta clase de práctica moderna en la medicina, consiste en la actitud que toma el médico de protegerse de posibles demandas legales que pueda presentar el paciente. Considerando esta posible situación, el médico extrema los procedimientos diagnósticos y terapéuticos indicando en demasía interconsultas con especialistas, como forma de “cubrirse” ante la eventualidad de posibles demandas judiciales. Otra actitud asumida por el médico, conforme a este proceder, es la de evitar atender aquellos pacientes de alto riesgo, sometiendo con ello, al enfermo a mayores riesgos evitables, configurando con ello una situación de inasistencia por parte del médico.

²⁶ Ídem. Girón, Manuel

²⁷ Comas-Viñas, José Ramón. La relación médico-paciente. Revista Arch. Neurociencias – Vol. 5 N°. 3: México - 2000

3.3 La RMP vista como relación entre clases.

Por otra parte podemos indicar que la RMP es atravesada también por las características propias de una relación entre clases. En este sentido en la interacción entre estas dos clases sociales, existe la articulación y prerrogativas propias del intercambio y confrontación mantenido en otras relaciones entre clases.

Cuando nos referimos a “clase social”, lo hacemos en el entendido no sólo de la tradición del materialismo histórico que considera “la posición en las relaciones de producción” sino también en una visión más amplia como la utilizada por Bourdieu que al definir la clase social, toma en cuenta todo *“el conjunto de agentes ubicados en condiciones de existencia homogéneas, que imponen condicionamientos homogéneos, aptos para engendrar prácticas análogas y que poseen un conjunto de propiedades comunes”*. (Bourdieu, 1979)

En principio en el marco de la primera acepción, podemos indicar que en los tratados de semiología que usan lo médicos en su formación, se proponen distintas tipologías que se encuentran asociadas a las características de la clase social a que pertenecen los pacientes (Boltanski, 1989).

El médico en estos términos, cataloga en principio a los pacientes, como pertenecientes a tres tipos sociales fáciles de distinguir según nos narra Boltanski:

- 1) Pacientes que no entienden lo que el médico les indica, a raíz de su poca inteligencia. Este primer tipo social de paciente, generalmente es proveniente de clases bajas, y con un nivel educacional también bajo.
- 2) Pacientes que son capaces de entender lo que el médico le manifiesta, ya que cuentan con una inteligencia muy bien desarrollada. Dentro de esta categoría se encontrarían ubicados aquellos estratos sociales pertenecientes a la clase media y alta, que disponen un nivel cultural similar al del médico.
- 3) Pacientes Psicópatas, con elevado nivel cultural, que pertenecen a la clase alta. Ellos se caracterizan por buscar en forma exhaustiva toda la información disponible sobre sus dolencias.

Al analizar estas tres construcciones tipológicas, que realizaría el médico a los efectos de definir la estrategia a utilizar para su actuación, encontramos que cada una de las categorías está definida por un par de condiciones asociadas (situación económica con nivel cultural), que no se presentan en forma dicotómica, impidiendo por ello la posibilidad del entrecruzamiento, entre condiciones y categorías. Una situación económica no siempre está asociada directamente con un nivel cultural determinado.

Indudablemente que en la realidad, existe una mayor probabilidad o causalidad de ocurrencia en cuanto a la correspondencia entre la asociación de cada binomio de categorías. Ej. Clase alta = Mayor cultura.

Pero no se puede realizar una taxonomía de esa índole en forma absoluta, ya que la condición económica no siempre está asociada con el nivel cultural, por más que en muchos casos así lo sea.

Si retomamos la definición de Bourdieu, de “clase social”, encontramos que esta situación estaría incluida dentro de la conceptualización de dicho autor, al considerarse otros elementos constituyentes más allá de la clásica visión del materialismo histórico, en esta clasificación de pacientes.

Por su parte “*para que pueda ocurrir un conflicto social entre los grupos positiva y negativamente privilegiados han de adquirir primero la conciencia de que, en realidad, son negativamente privilegiados. Deben adquirir la convicción de que les son negados ciertos derechos que les corresponde.*” (28)

En la actualidad esta situación es la que están experimentando pacientes, que ven lesionados sus derechos como tales, ya que el médico no les informa sobre su enfermedad. A su vez toma decisiones sobre su cuerpo, sin previamente comunicarlo y discutirlo con el paciente; propio de un modelo biomédico donde también se conjuga la aplicación de un paternalismo autoritario, constatado en la investigación que realizamos y que ya hemos mencionado anteriormente.

No se practica en este caso la instancia previa del **Consentimiento Informado** que debe brindar el paciente antes de cualquier intervención que se le realice.

Hoy el paciente lucha por su autonomía y por una acción más participativa en la toma de decisiones sobre su cuerpo, donde prime una comunicación amplia, más propia de un modelo humanista. En el marco de esa autonomía de clase, el paciente cuestiona las prácticas médicas que le ocasionan perjuicio, por la impericia, negligencia o imprudencia del médico. El paciente ha tomado conciencia de que sus derechos no son tomados en cuenta, y busca defenderlos, originándose conflictos en el sistema de salud.

CAPÍTULO IV

4.1 La comunicación de la Información acerca de la enfermedad en la RMP.

4.1.1 Breve referencia sobre la comunicación en el contexto hospitalario público (El caso Uruguay).

La insuficiencia de la información, más allá de ir directamente contra los derechos del paciente, dificulta la propia aplicación de la terapia, como así también no permite la propia ayuda del enfermo para la aplicación de los cuidados necesarios, y en definitiva es perjudicial para la mejor obtención de los resultados esperados de recuperación. (Sitkewich, 1986) (29)

Los médicos generalmente son renuentes a detallar en los registros, los distintos procedimientos y sus disposiciones a ser tomadas, como así también la medicación prescrita, y los resultados obtenidos.

Algunos médicos, al ser entrevistados, hacían referencia a la existencia de una mayor exigencia en las (I.A.M.C.) (30) en brindar mayor información al paciente sobre la enfermedad que le afecta, agregando que se escribe más en la historia clínica del paciente porque se cuida más el aspecto legal para evitar posibles inconvenientes judiciales. En consecuencia, cuando la institución de salud audita la conducta del médico, es cuando éste realiza su tarea con más eficacia, dejando de lado las actitudes negligentes.

²⁸ Coser, Lewis A., Las funciones del conflicto social. F.C.E.- México - 1961

²⁹ Sitkewich, A. generación 1986, Monografía de postgrado, 2º año del curso de especialista en salud pública. Uruguay.

³⁰ Instituciones de Asistencia Médicas Colectivas, más comúnmente conocidas en Uruguay como “Mutualistas” Son privadas.

Asistimos de esta forma a confirmar otra de las facetas de la ya mencionada “medicina defensiva” que realizan muchos médicos actualmente. Pero en este caso alertamos sobre el distinto tratamiento que asume el profesional, de acuerdo a si está actuando en una institución perteneciente al contexto público o privado. En definitiva si es una institución donde no existen controles y auditorías sobre el médico (sector público), o donde sí las existen (sector privado). De acuerdo a ello, el médico actúa de una u otra forma.

Por otro lado como expresión del rol de dependencia prevalente en las conductas del paciente del hospital público, los médicos afirmaban: *“el paciente acepta casi en un 100% la información que uno le brinda, y casi no pregunta”*. Agregando que los pacientes en el sector privado son más exigentes, hasta en algunos casos son conflictivos.

Los médicos entrevistados en esa investigación, ⁽³¹⁾ aseveran que los pacientes son *“más manejables que la población de las instituciones privadas”*. *“Como que están entregados a su suerte,... es una gente que se siente con menos derecho,... con menos derecho a hacer cuestionamiento, reclamos como lo vez más en los centros privados.”*

Pero también estos médicos que se desempeñan tanto en un sector como en otro del sistema sanitario nacional, manifestaron que existe una discriminación por edad y por sector institucional en cuanto a quienes son los pacientes que exigen una mayor información: *“las personas jóvenes quieren saber más, y aún más si están en mutualista”*. Agregando a continuación que se le informa más a los pacientes pertenecientes a instituciones privadas por estar más informados, lo cual hace que exijan más información.

Según afirmaciones concretas de los propios médicos existen dos comunicaciones distintas en cuanto a la información de la enfermedad de un paciente: una la que se mantiene con los pacientes, que es de tipo restringida, que se maneja de acuerdo a lo que el paciente le va pidiendo saber, y otra la que se le informa a los colegas. Esta debe estar enmarcada en lo que se sostiene: *“a un colega le tenés que decir todo con exactitud”*.

A su vez, varios médicos coinciden en destacar la posición que adopta la familia del paciente en cuanto a solicitarle al médico que no le informe al mismo sobre su enfermedad. De tal forma se mantiene generalmente mayor comunicación de la información con la familia que con el paciente. Actitud propia de un modelo paternalista, alejado del autónomo del paciente.

Por otra parte varios médicos al preguntárseles sobre la estrategia que utilizan para brindarle información al paciente, más allá de mencionarla, manifiestan la dificultad a que se ven enfrentados para obtener un diagnóstico certero. Como primer inconveniente, se les presenta la realización de una adecuada etiología de la enfermedad, lo cual está muy ligado con la semiología que presenta el paciente.

Para ello es importante que el médico mantenga una adecuada comunicación con el enfermo. Este requisito esencial muchas veces no se puede lograr, ya que las expresiones verbales del paciente se hacen

³¹ Cotelo Sténeri, Gonzalo. Proyecto de Investigación: La relación médico-paciente en el contexto centro médico: Hospital de Clínicas. FCS – Taller de Sociología de la Salud. Montevideo, 2 de febrero del 2004.

incomprensibles para el médico en ese contexto, por sus características particulares, ya que en él se registran mutaciones del lenguaje original español. Por su parte el médico se expresa con términos propios del lenguaje científico, lo cual muchas veces es incomprensible para el paciente. En instancias, esta última conducta es realizada de ex profeso por el profesional, a los efectos de que el paciente no conozca la realidad.

En otros términos Parsons y Fox, afirman que debido a la ignorancia, el consumidor puede ejercer poco control sobre la calidad de servicio que compra a su médico.

Por su parte Glasery Strauss estudiaron pacientes cancerosos del nivel socioeconómico bajo que no poseen otra alternativa que la atención gratuita en un hospital comunitario. En contraste con la renuencia usual de los médicos a informar el diagnóstico fatal, los médicos de estas salas no vacilan en informar directamente al paciente que el fin se acerca, independientemente de la reacción esperada por el enfermo.

Parecería que cuando el poder del médico está asegurado por el bajo estado socioeconómico del paciente, el control de la incertidumbre se toma menos crucial.

En una investigación realizada en Uruguay ⁽³²⁾ con pacientes hospitalizados, se encontró que apenas el 12% de los mismos recibió información acerca del motivo de su internación, su duración probable, o simplemente la causa de la enfermedad y su evolución posible. Ese porcentaje se ratificó en la investigación realizada en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” de la ciudad de Montevideo en el año 2004.

Se destacó que en las consultas, los médicos se inclinan por hacer preguntas cerradas que llevan a un interrogatorio, y obligan al paciente a dar respuestas monosilábicas que no dan la posibilidad al enfermo de incorporar nuevos elementos. En estos términos se está ante la presencia de la aplicación de un modelo **biomédico** en detrimento de una mayor comunicación dada en la actitud **humanista**.

4.1.2 La comunicación en la R.M.P.

La base de la comunicación en la RMP, está dada por el encuentro *cara a cara* entre las dos partes. Tradicionalmente existía una tendencia a enseñar a los estudiantes de medicina, que la relación con el paciente, y más precisamente su tratamiento, comenzaba cuando el médico le extendía la mano a su paciente. Era una posición mantenida por ciertos profesores. Esta práctica hoy es una rareza. Si existe un saludo de ese tipo, generalmente es a iniciativa del paciente. Si algo hay que especificar con relación a la información que brinda el médico al paciente, es que cada uno aplica la técnica que considera mejor para él. Es una improvisación y no es parte de una formación que se brinde en la academia de medicina. ⁽³³⁾

Esta comunicación se desarrolla en distintos contextos, pero se caracteriza por una iniciativa de entrevista clínica que practica el médico a su paciente. A su vez se da tanto en forma verbal como no verbal, desarrollándose elementos auditivos, visuales y táctiles.

³² Sitkewich, A. generación 1986, Monografía de postgrado, 2º años del curso de especialista en salud pública. Uruguay.

³³ Información surgida de las entrevistas realizada a médicos dentro de la investigación que realizamos en el 2004. Ídem.31

Por medio de un eventual examen médico, y la anamnesis, el médico procura recabar información sobre el estado del paciente, a los efectos de procurar arribar a un diagnóstico primario de su situación.

En la entrevista médica, como ya en parte hemos visto, se pueden distinguir dos etapas bien diferenciales, como lo son: la instancia de interrogatorio esencialmente clínico, que generalmente se presenta con preguntas breves, permitiéndose también respuestas breves y ocasionalmente se realiza un examen físico. Una segunda etapa que eventualmente se puede presentar dentro de la entrevista, que consiste en integrar al aspecto biomédico, el aspecto psicosocial en que vive el paciente.

Esta última instancia no siempre se realiza, marcando con ello la diferencia en el modelo de atención que aplica el médico, según la clasificación que venimos analizando. Al faltar esta instancia, el encuentro con el paciente, se convierte en un interrogatorio, no permitiendo una conversación. No se puede de esa forma encontrar al ser humano en el paciente. No se establece una relación con la persona, sino con un cuerpo.

Bajo estas prácticas, es que los pacientes se quejan de que el médico, generalmente el especialista, no explica, no informa, no escucha, no los mira al hablar. Esta actitud la consideran propia de un distanciamiento que propicia el médico en una entendida relación: experto-lego. ⁽³⁴⁾

En la actualidad existe, hace pocos años, una gran revisión de lo que significa el derecho del paciente a estar informado. El surgimiento de este tema se comienza a profundizar a raíz de las demandas por mala praxis, y por las declaraciones del paciente de que no se le había informado de los riesgos que podía correr con la intervención que se le realizaría.

De esta forma el tratamiento del tema de la información acerca de la enfermedad, y el hecho concreto de si se le debe brindar la misma al enfermo o no, pasó de ser un principio ético, a un tema jurídico. Al no contemplarse su aplicación, provocando con ello graves trastornos a los pacientes que veían menoscabados ahora sí sus derechos a estar informado y a la autodeterminación.

Así más allá de formar parte de la *lex artis* médica, pasó a ser una actitud obligatoria en las prácticas médicas desde el punto de vista legal. Todo ello se procesó en su aplicación a partir del año 1992, por ejemplo en España, por decisiones de los tribunales ⁽³⁵⁾ como parte de una tendencia que se comenzó a establecer en los países desarrollados, exigiéndose el “*Consentimiento Informado*” del paciente.

Los riesgos de la intervención, cuando el médico actuó sin la voluntad debidamente informada del paciente, la asume el propio profesional. En Uruguay también en ese año se estableció ese derecho del paciente, pero se lo hizo por medio de Decretos y no por ley. Existe, de esta forma una carencia legislativa, en nuestro país con relación a este tema.

Es de destacar que este proceso se originó a raíz de las innumerables demandas que se iban generando en los distintos países, en el marco de la autonomía del paciente y procurando éste dejar atrás el paradigma del

³⁴ Girón, Manuel. Begoña Bebia, Elisa Medina y Manuel Simón Talero. “Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev. Esp. Salud Pública Nº 4 septiembre-octubre 2002.

³⁵ Grupo de trabajo: Consentimiento informado de la Com. Asesora de Bioética. Barcelona. Depto. Sanidad y Serv. Soc. 1997

paternalismo, que llevaba al enfermo al estado de dependencia.

Por “*Consentimiento Informado*” se entiende toda la explicación que le brinda el médico al paciente, antes de ser intervenido. Debe informarlo sobre los riesgos y beneficios de los procedimientos, en forma comprensible y no sesgada. De esta forma debe solicitársele al paciente la aprobación para realizar los procedimientos.

“La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica del paciente”. (36)

El ideal de la comunicación en la RMP., es aquella donde el médico desarrolla la empatía con el paciente, esa habilidad de saber lo que el otro siente. En un modelo comunicacional positivo, siempre se debe dar el fenómeno de retroalimentación entre el emisor y el receptor, cosa esta que no siempre está presente en la RMP.. La información debe partir del médico y no esperar ser interrogado por el paciente. A su vez los mensajes del médico deben ser interpretados, por el paciente, lo cual lleva un proceso de codificación o descodificación. (37)

Al existir un discurso médico con las características con que lo describe Boltanski, que transmite información fragmentada y términos mal entendidos, los integrantes de las clases populares se verán sumamente dificultados para poder reconstruir su discurso con dichos elementos fragmentados, extraídos del discurso médico. (38) La información brindada se relaciona así con la clase social.

Pero existen experiencias exitosas, precisamente en nuestro país, que dan cuenta de que se puede aplicar una atención en salud más humanitaria y que a su vez se obtienen mejores resultados, tanto en la RMP, como en el tratamiento en sí. Estos beneficios se obtienen cuando actúan equipos multidisciplinarios, donde generalmente se incorpora un integrante del área de Psicología médica.

Una encuesta que se realizó en el Hospital Maciel en el año 1986, indica que tres cuartas partes de los enfermos internados, manifiestan querer saber sobre su enfermedad. Pero en contrapartida el 60% de los médicos encuestados, se reservan el derecho de informar a los pacientes sobre su enfermedad. (39)

En la Unidad de Medicina Psicosocial del Maciel, se trabaja con enfermos con diagnósticos de cáncer, trasplantes, diálisis o sida, en procura de devolverle “*el control al paciente*” afirma el Dr. Cesarco, integrante del equipo. (40). En esta unidad se procura que el enfermo participe del conocimiento sobre su enfermedad.

Otra experiencia positiva en el buen tratamiento de la información en la RMP, es el que realiza el Centro Intensivo Neonatal y Pediátrico de Médica Uruguaya (CINP). (41)

En él se realizan encuentros en forma semanal, donde el equipo de salud participa junto a los familiares

³⁶ Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos— Edición de 1984.

³⁷ Pasquali A. Comunicación y cultura de masas. Capítulo 5ª Economía política, Ed. Monte Avila 1997.

³⁸ Boltanski, Luc. Descubrimiento de la enfermedad. Bs. As. Ed. Ciencia Nueva

³⁹ Abelando, V. El mercado de la enfermedad. Publicado en www.colegio.com.uy Vida Sana una mejor calidad de vida.

⁴⁰ Abelando, V. El mercado de la enfermedad. Publicado en www.colegio.com.uy Vida Sana una mejor calidad de vida.

⁴¹ Fernández G., Moraes M., Malares G., Pérez, N., Prego F., -(CINP)— Trabajo grupal con padres de niños internados en CTI neonatal y pediátrico. Médica Uruguaya, 2003.

de los niños internados, a los efectos de acompañar a los padres que se encuentran en tal situación. Como resultado de esta experiencia, se pudo verificar que disminuía el nivel de conflictividad, como así también el de temor y angustia. Se mejoró la RMP, y a su vez, disminuyeron las demandas por mala praxis.

Una relación que se da en forma directa. La confianza regresa al encuentro entre las dos partes en la RMP. Ella requiere de un proceso de construcción, más allá de la incertidumbre que pueda presentar la propia enfermedad.

4.2 Riesgos y conflictos en el sistema de salud - Usuarios y prestadores de servicios.

Asistimos en la actualidad a distintos riesgos en la atención en salud, provocados en este caso por la desconfianza e incertidumbre reinante en la RMP. A ello se le suma la desmedida tecnificación del sector, que crea nuevos riesgos, más allá que ofrezcan posibles beneficios. Muchas veces se tratan los síntomas y no se eliminan las causas, procediéndose por ejemplo a recetar fármacos en forma errónea que crean peligros para el paciente. A si mismo la tecnificación distancia al médico del paciente, deshumanizando la relación a la vez que fragmenta al ser humano en una visión biomédica, que no permite considerarlo como un sistema integrado biológico psicosocial.

En la modernidad se están creando nuevas relaciones entre los actores políticos, los expertos y los prestatarios de salud. Los métodos de prevención y cuantificación de los riesgos están puestos en duda por el desarrollo científico y tecnológico. (Pucci, 2000)

Esta situación extrema de esa RMP donde existe tanta desconfianza entre uno y otro de los participantes, se observa más claramente en los sistemas de salud de EE.UU., donde se cuenta con altos índices porcentuales de errores médicos, y a su vez, altos índices porcentuales de demandas por mala praxis. Este tema se ampliará en el transcurso del capítulo..

En este marco conflictivo, donde se desarrolla una relación tensa, es donde se observa que los médicos por su lado ejercen de forma muy cautelosa la profesión a los efectos de no cometer errores que los expongan ante una posible demanda judicial por parte del paciente. Actúan preocupados más por una situación de latente riesgo de ser demandado por una mala actuación en su desempeño profesional, que por el verdadero estado de salud del paciente.

Debido a ello el profesional, utiliza una mayor tecnología impersonal y deshumanizante, dejando de lado el tradicional vínculo dialógico médico-paciente. Esta actitud biomédica-tecnológica, reduce aún más los momentos intersubjetivos en la RMP, distanciándose el médico, cada vez más, de una actitud humanista.

Todo este procedimiento encarece el sistema de salud en forma innecesaria que ha llevado a varios países a estudiar la situación y tomar distintas medidas como ser: las auditorías médicas, la mejora en la gestión de atención al paciente, estimular una educación continua del médico, establecer sistemas de calificaciones,

investigación de los problemas de deficiencias, elaboración de nuevos protocolos, tratamiento legal de conflictos y eventos potencialmente indemnizables, etc. ⁽⁴²⁾

Otro procedimiento que encarece el sistema y incentiva nuevos riesgos, son aquellos que practican ciertos pacientes buscando aprovecharse de los errores del médico para obtener recursos económicos, mediados por otro actor que ingresa en la RMP y no estaba considerado hasta el momento: los abogados que “acechan” los errores médicos. Se consolida así, la industria de la demanda médica.

Toda esta situación tecnifica aún más la RMP y en consecuencia convierten esa relación en exageradas y repetitivas investigaciones, que eleva los costos de la atención. ⁽⁴³⁾

Por su parte los familiares de los pacientes al conocer la existencia de tal despliegue de tecnología, también presionan para que se les prescriban tales prácticas de alta complejidad, en el entendido de que todos tienen derecho en acceder a ella. Asistimos de esta forma a una renovada cultura de la medicalización basada en la hipertecnificación. Esta enseñanza fue aportada en gran medida por las prácticas desmedidas de los médicos que aplican la ya mencionada medicina defensiva.

Estas situaciones conflictivas se presentan en una RMP que se basa en la desconfianza y el descontento enmarcado en un contexto donde los valores predominantes no son la integridad, el respeto y la compasión por parte de un médico humanitario.

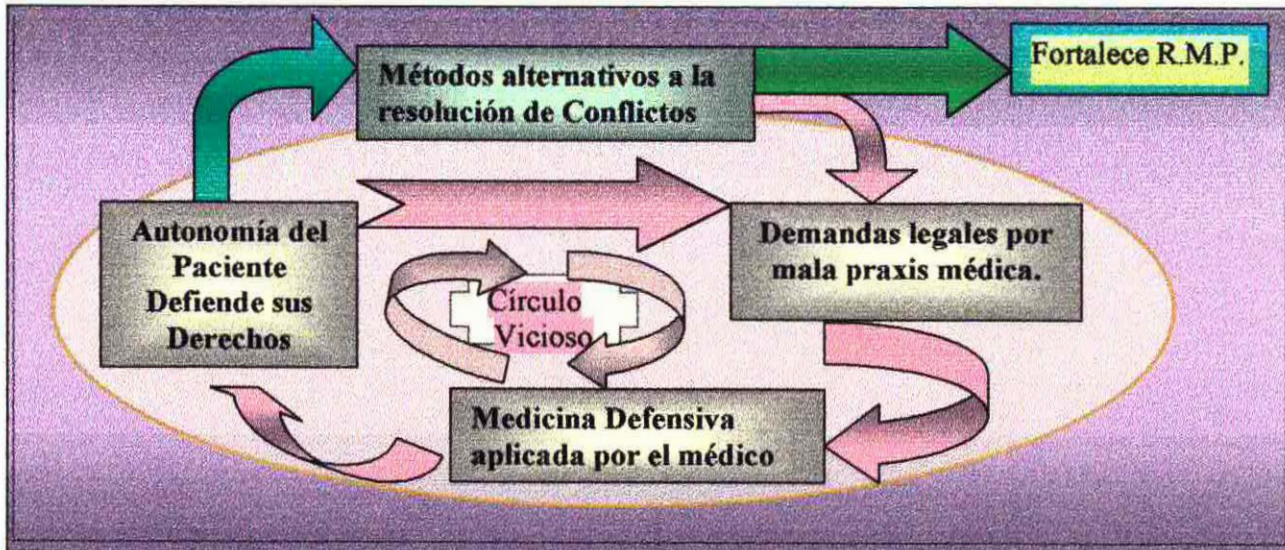


Figura 2 - (Las relaciones conflictivas y sus alternativas en la RMP – Elaboración propia)

El paciente al asumir actualmente su autonomía, dejando de lado el modelo paternalista de dependencia, asume otro rol buscando defender sus derechos como paciente frente al accionar médico. Muchas veces al contar con un mayor acceso a la información a través de diversos medios de comunicación, asume otra posición expresando su insatisfacción cuando no se le respeta, no se le escucha, o no se le informa por parte del

⁴² Rencoret S. – Médico auditor, Clínica Alemana de Santiago. Rev. Chilena de Radiología.- Vol. 9 N° 3 2003

⁴³ Falasco, Silvia Irei Dra. Relación médico paciente Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Bs. As. Vol. 2 2003

médico. De esta manera se termina con un encanto y seducción numinosa que ostentaba el médico cuando esgrimía su poder y saber.

La RMP se equipara en cuanto a la distribución de la información y del poder de uno sobre otro, haciéndose cada vez más distribuida esa información entre las distintas clases sociales. De esta forma surgen para el médico ciertos riesgos económicos-profesionales si actúa con negligencia, impericia o imprudencia.

Vivir en “la sociedad de riesgo”, es vivir calculando las posibilidades que se tienen a favor o en contra al enfrentarse cotidianamente con las acciones y actitudes que experimentamos en nuestra vida social contemporánea, tanto desde el punto de vista colectivo como individual. (Giddens, 1991)

Asistimos de esta forma a otro elemento que influye en la RMP. El riesgo que experimenta el individuo actualmente. Este riesgo debe a su vez buscarse como resultado del propio accionar del ser humano que las provoca, dentro de una construcción científica y social. ⁽⁴⁴⁾

Toda esta situación se da en un contexto de presiones externas y desconfianza, donde el compromiso ético y moral del médico, se ha visto deteriorado por el avance del valor económico como prioritario en una sociedad global económica-capitalista donde priman las empresas de salud.

Pero más complejo se ha transformado el sistema de cuidados de la salud, al intervenir en la díada médico – paciente: las aseguradoras, los abogados, la industria farmacéutica y biotecnológica, y las empresas que brindan distintos cuidados y asistencias, que al ser compañías con fines de lucro, buscan obtener el rédito económico como objetivo principal, ante otras valoraciones.

Este sistema se sustenta en principio desde la misma formación de los profesionales, alejándose ella cada vez más de otras disciplinas sociales y humanas como por ejemplo la bioética, en detrimento de una mayor incorporación del desarrollo biomédico. Esta renovada formación académica se convierte a su vez en prácticas culturales recursivas que las aíslan aún más de la consideración de otras disciplinas. Un ejemplo de ello es la minimización de la enseñanza de sociología en el curso básico de la formación de los médicos en la Facultad de Medicina estatal de nuestro país. ⁽⁴⁵⁾

Existe, en esta modernidad, una retórica de progreso material, de los avances tecnológicos, donde se presenta una continua búsqueda de resultados prácticos y financieros que nos aleja de una concepción más humanista de las relaciones sociales y profesionales.

Es en este sentido que (Giddens, 1991) especifica: “La ciencia, la tecnología y la especialización en general tienen una importancia fundamental en lo que denomino el secuestro de la experiencia. Son suficientemente conocidas la idea de que la modernidad se asocia a una relación instrumental con la naturaleza y la

⁴⁴ Beck, U. La sociedad del riesgo Cap. 7 Pág. 203 ¿Ciencia más allá de la verdad y de la ilustración? Bs. As. 1997-98

⁴⁵ Se fue reduciendo la enseñanza de esta materia en el Ciclo Básico, quedando tan sólo algunas horas dedicadas a la disciplina.

de que una perspectiva científica deja de lado cuestiones de ética y moralidad.” (46)

En este marco cientificista-económico, el paciente está expuesto a una serie de riesgos que ocurren durante eventos atribuidos a los efectos de la iatrogenia como los estudiados por la National Institute of Health de los EE.UU., mencionados por Gorz, (1982) donde los medicamentos matan entre 60.000 y 140.000 personas por año en los hospitales de ese país, y aún más, desarrollan enfermedades a otros tres millones y medio de personas. A su vez se agrega, en ese estudio, que en los EE.UU. el 60% de los medicamentos en general y entre el 80 y el 90% de los antibióticos en particular, son administrados en forma errónea. A su vez el paciente corre diversos riesgos al internarse, producto de las distintas formas de iatrogenia médica-hospitalaria.

El médico, más allá de disponer de un capital simbólico, para desempeñar su rol, también cuenta en la actualidad con un respaldo financiero, de una industria farmacéutica muy poderosa, como a su vez un comercio donde se manejan técnicas de diagnóstico o tratamientos de alta complejidad y sofisticación, que otorgan a la corporación médica un rol capitalista en un contexto de mercantilización de un bien como es la salud.

Este panorama introduce otras variables al análisis del riesgo que se produce en la atención en salud, que hacen aún más complejo el análisis de la RMP.

Existe a su vez por parte del médico una actitud adaptativa y precautoria en el proceso de abordaje del riesgo legal por responsabilidad médica. Bajo esta situación el médico actúa en función de una conducta defensiva ante tales riesgos. Esta conducta se conforma en una desviación de las expectativas que se tiene de su rol profesional, incluyéndose en éste, los aspectos éticos del desempeño de su función.

Se presenta otro camino para evitar enfrentar esta situación de riesgo. El médico en principio debe entablar una buena comunicación con el paciente, cosa esta que no se practica históricamente como ya veremos más adelante. Con esta medida el profesional brinda un informe pormenorizado y adecuado del tratamiento que se le practicará. El paciente de esta forma sabrá de antemano cuáles son los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a los efectos de poder rechazarlos o dar su conformidad. Esta actitud del médico se la conoce como recabar el “*consentimiento informado*” del paciente. Algunos autores consideran que el mismo se debe realizar por escrito. (47)

Estaríamos de esta forma aproximándonos al cambio de un paradigma que está establecido en la actualidad en la atención de salud como lo es el del modelo **biomédico**. En contrapartida, el **análisis clínico** inserto en el modelo **humanista** asumiría mayor protagonismo y tomaría otra dimensión, recurriendo a la instalación de un sistema comunicacional propio de él, produciendo y reproduciendo el saber. Para ello procura converger

⁴⁶ Giddens, A. Modernidad e identidad del yo – Ed. Península – Barcelona– 1995 Original en Inglés en 1991 – “Secuestro de experiencia significa que, para muchas personas, el contacto directo con acontecimientos y situaciones que vinculan la vida individual a cuestiones más amplias de moral y finitud es escaso y fugaz.” Pág. 17

⁴⁷ López-Cervantes M. – La mala administración de los servicios de salud. El ejercicio actual de la medicina. México - 2000

distintas investigaciones sociales y de ciencias humanas. “En este sentido, la construcción del saber científico difícilmente puede llevarse a cabo si se separaran hechos y valores, cultura y política” (48)

Esta crisis de paradigmas que se ha instalado en la atención en salud, trae aparejado diversas situaciones conflictivas, impulsadas esencialmente por la búsqueda de la autonomía del paciente. Se hace necesario de esta forma abandonar un modelo paternalista autoritario, donde el enfermo debía cumplir un rol de dependencia.

A su vez se instaló una crisis de paradigmas de los modelos en los cuales el médico orienta su profesión; sea esta inspirada en el modelo biomédico o en el humanista.

Doble crisis en los Paradigmas: { **Paternalismo – Autonomía Informada del Paciente.....(Relaciones de Poder)**
Biomédico – Humanista.....(visión científica - asistencial)

Surgen entonces diversos conflictos en la RMP, llegándose a situaciones sumamente graves, tanto para las instituciones de atención en salud, como para los médicos y lógicamente también para los pacientes. Se presentan situaciones de imprudencia, negligencia o impericia por parte del médico, dejando sus secuelas en el paciente. Pero el médico trató previamente de cubrirlas con la llamada “medicina defensiva” Esta situación activa la defensa de los derechos del paciente, iniciándose por su parte, demandas judiciales contra la institución y contra el médico. Pero esta situación además trae aparejado un doble gasto para la institución: el de la demanda, y el encarecimiento innecesario de la atención a los pacientes, a causa de la aplicación de la conducta “defensiva” por parte del médico.

Esta situación de demandas y conflictos se presenta en todos los países desarrollados, y hace unos años, también surgen en los no desarrollados como el nuestro, que se vio obligado el año pasado a legislar sobre el tema. Este último punto se desarrollará más adelante.

A su vez es tal la dimensión del problema en los países desarrollados, que se ha producido por ejemplo en EE.UU., una deserción de médicos en las especialidades gineco-obstretas y traumatológicas. En España, por su parte, las empresas aseguradores han llegado a no asegurar más a médicos, debido a la gran pérdida que sufrieron esas empresas en el año 2002, por los riesgos que implican el volumen de demandas realizadas.

COSTO NACIONAL POR EVENTOS MÉDICOS ADVERSOS.

2001	E.E.U.U.	REINO UNIDO	ESPAÑA	CHILE	URUGUAY
US\$	US\$ 40.000	US\$ 9.000	US\$ 60 (*)	US\$ 50	US\$ 2
Población	278:058.881	58:919.000	40:037.995	15:328.467	3:360.105
Prom. US\$ P/hab.	144	153	1,5	3,3	0,6

Figura 3 - Elaborado propia sobre la base de datos de: OMS y Consejo Europeo sobre Seg. del Paciente (En millones de US\$ P/año)

(*) España: Sólo corresponde a las primas de seguros del sector público.

Los montos de los demás países corresponden a la totalidad de lo demandado.

48 Rheume, Jacques Dimensiones epistemológicas de las relaciones entre teoría y práctica. Ficha 69 CLAEH, Mont. 1996.

En Uruguay en seis años (1995 – 2002) las demandas fueron por más de U\$S 11.6 millones. (⁴⁹)

Es de destacar que se hace difícil en nuestro país acceder a las fuentes de información, ya que existen restricciones a brindar información sobre el número exacto de demandas y de sentencias como es el caso de lo que ocurre en el Poder Judicial y el Banco de Seguros del Estado. (⁵⁰)

En cuanto a las demandas es de destacar que actualmente en toda América Latina se está reproduciendo este fenómeno, y encontramos casos como el Colombiano, por ejemplo, donde se exige a los médicos comprar un seguro para poder ser aceptados en las residencias medicoquirúrgicas. (⁵¹) En el siguiente cuadro se presenta el caso de Chile donde el avance de la salud como mercancía ha sido muy importante, comparándose también la cantidad de demandas que ha aumentado en forma exponencial a través del tiempo

CANTIDAD DE DEMANDAS EN CHILE

	1980	1990	2000
Chile	5	50	500

Figura 4 – Fuente: Serv. Médico Legal de Chile. Elaboración propia.

En Uruguay desde 1985, se presentan en promedio 30 denuncias anuales, lo que se considera alto para el país.

En cuanto a México, es de destacar que en dos años y medio (1996-1998) se recibieron 10.507 denuncias, a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico lo que promedia 4.200 denuncias por año. (⁵²) En este mismo informe de la Academia Nacional de Medicina de México, se indica que el 52% de dichas denuncias no fueron simples quejas de rápida solución.

De acuerdo a ello se puede indicar que existieron verdaderas imprudencias, negligencias o impericias en más de la mitad de las denuncias donde el médico es responsable por mala praxis.

Debido, en gran parte, a la mala actuación profesional de los médicos, surge una gran escalada de denuncias legales a nivel mundial contra dichos profesionales por parte de los pacientes. En contraposición y como consecuencia de ello, surgieron varios métodos alternativos para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud, que implementaron varios países. Su finalidad era evitar los litigios y sentencias, y todas los inconvenientes que esas situaciones traen apareado, para una y otra parte.

De esta forma se buscó aplicar métodos como: la negociación, la conciliación, y el arbitraje. Más adelante desarrollaremos este tema.

Pero por otro lado se conocen declaraciones como la siguiente: “*La relación médico-paciente, personal y humana es la que evita los conflictos legales al producirse un error o un resultado adverso*” (⁵³) donde se

⁴⁹ Mayo, G. Entrevista al Dr. A. Piñeyro Presidente del gremio de los cirujanos. Diario La República. 23/5/03. Pág. 35

⁵⁰ Declaraciones de Alberto Piñeyro, presidente del gremio de cirujanos al diario: “La República” Montevideo 23/5/03 Pág. 35

⁵¹ Tanimoto, Miguel. Medicina Defensiva. Academia Nac. Med. México Publicado Gaceta Médica de México 2002. Vol. 138 N° 4

⁵² Tanimoto, Miguel. Ídem. Anterior.

⁵³ Smith, Justin. Depto. de Radiología de la Universidad de Washington, Seattle, 1988

apela al humanismo que debe practicar el paciente y nos hace dudar, con ello, de la sinceridad con que se expresa tal afirmación, ya que se origina en un sociedad, (EE.UU.) donde no se buscaron métodos alternativos a la conflictividad, y se participa de la creencia de que todo se soluciona en los juzgados, y esencialmente por la vía económica, practicando el modelo de litigio como solución.

El Médico, en esa declaración, apela al humanismo en la RMP cuando se trata de enmendar los errores de la actuación médica en la aplicación de un modelo biomédico que se contraponen con el modelo humanista.

Para aplicar un modelo humanista es necesario que éste se ejerza inicialmente desde las prácticas médicas, para permitir de esa forma poder esperar una contrapartida en el mismo sentido por parte del paciente. Como ya se vio en la página 25, existen a modo de ejemplo, dos casos uruguayos que ejemplifica el éxito obtenido en la RMP al aplicar estos conceptos del modelo humanista, como iniciativa médica.

Para ello es necesario en principio establecer una mayor comunicación entre las partes como forma esencial para desarrollar esa actitud más integral en la RMP.

La posición esgrimida por el radiólogo J. Smith, trata de alguna forma de conciliar la posición conflictiva. Pero esta conflictividad surge en la RMP como resultado de la crisis de paradigmas en la atención en salud que se presenta en esta modernidad tardía. Para ello es necesario, indudablemente realizar una mejora continua de la calidad de las prestaciones de salud. En esa dirección, varios países han instrumentado las llamadas auditorías médicas, que tratan entre otras cosas de prever y detectar los posibles riesgos generados en la atención en salud.

Surge entonces esa tensión entre los distintos paradigmas. Los antiguos (biomédicos y paternalista), y los más actuales (autonomía del paciente y el humanista)

Los primeros tratan de seguir siendo los preeminentes en practicarse en el escenario de la salud, y serán esencialmente sus mayores defensores todos aquellos médicos que perteneciendo a generaciones que se han formado bajo esos principios, no están dispuestos a dejar de lado sus prerrogativas.

Por su parte, baja al ruedo el “paciente participativo”, que demanda de: autonomía, información y de un mejor trato en la atención de su salud, impulsando con ello, la nueva cultura paradigmática.

Ante esta situación, se ven involucradas también las instituciones prestatarias de salud, que al verse demandadas en forma directa o indirectamente por la mala actuación médica, buscan resolver dicha situación implementando una mejor gestión y atención al usuario, como a su vez aplicando auditorías médicas y controles diversos para prever situaciones conflictivas.

Asistimos de esta forma a una realidad que consideramos se ha instalado en los distintos países occidentales y la visualizamos como: “*tensiones entre paradigmas*” en el ámbito de la salud, que presentan a su vez distintas “*situaciones conflictivas*” que afectarán la actual RMP.

Una sociedad en la cual se presenta más cruelmente estas situaciones de conflictos y tensiones, como ya hemos indicado, es la norteamericana, donde se prefiere legislar con relación a establecer un tope a los montos

por indemnización. Es justamente en esta sociedad, donde dicha relación se expresa con mayor antagonismo, debido a la arraigada supremacía que se le otorga al valor económico en todos los ámbitos de la vida social, por lo cual se espera que las soluciones a los conflictos que en ella se originan, pasen esencialmente también por esa clase de solución.

Robert Merton, como sociólogo estadounidense, ya analizaba en sus tiempos el tema, y afirmaba que: *"los norteamericanos le asignan un lugar muy elevado en su escala de valores a la riqueza acumulada."* ⁽⁵⁴⁾

Por su parte al analizar la declaración del Dr. Smith, se aprecia en ella, los rasgos de una visión tradicionalmente dominante de una clase médica que ve condicionadas sus antiguas prerrogativas por el avance de una clase que fue históricamente dependiente (los pacientes) en la defensa de sus derechos como tales.

Recordemos el planteamiento que realizaba Parsons en 1959, y que hemos desarrollado más arriba, con relación a la situación que padecía el paciente por esos años, al encontrarse en un estado de *"explotación de su desamparo"* en la RMP, dejando la solución del tema librado tan solo a la expectativa del rol médico, indicando: *"Se espera que el médico actúe responsablemente"*. Quedaba la situación enmarcada dentro de la ética y prerrogativas del médico de tal forma que sería el profesional, el que decidiría si aprovecharía el desamparo del paciente para explotar dicha situación en su propio beneficio. (Parsons, 1959)

Surge entonces la rebeldía de un paciente que busca su autonomía tratando de apartarse de esa relación paternalista en que se encuentra y que le provoca tantos trastornos. De esta forma se instalan en la RMP, situaciones conflictivas que podemos analizar como categoría sociológica, ya que el "Conflicto" representa una de ellas. *"El conflicto y la cooperación no pueden separarse uno de otra, sino que son fases de un mismo proceso que siempre incluye algo de ambos."* ⁽⁵⁵⁾

Parsons por su parte consideraba que el conflicto es destructor, antifuncional y desintegrador. Lo comparaba con el concepto de "enfermedad".

Pero ya vimos que la salud y enfermedad son dos caras de un mismo proceso, algo similar a lo que son la cooperación y el conflicto para la sociedad.

Simmel sostenía a su vez, que el conflicto es una forma de socialización. De tal manera que los grupos necesitan de instancias de desarmonía de igual forma que de la armonía. Los conflictos no son factores netamente destructivos. ⁽⁵⁶⁾ De acuerdo a ello, la RMP, no escapa a esa dinámica y los conflictos que en ella se produzcan, no deben considerarse destructoras de la relación, sino que son *"ajustes prácticos"* de la misma.

Por su parte, consideramos a nuestro entender, y en forma hipotética, dejando a su vez planteado una futura línea de investigación, que existen hoy en la cultura occidental, grandes sectores que experimentan un arraigado concepto maniqueo de analizar toda situación que se presenta. En esta concepción dualista, tan solo existen dos posiciones extremas que dan cuenta del universo de posibilidades con que se cuenta para

⁵⁴ Merton, R. Teoría y estructura social – México, F.C.E. 2da- Ed. 1965

⁵⁵ Cooley, Charles H., Social Process, Nueva York, Scribner's Sons, 1918- citado por Lewis A. Coser.

⁵⁶ Coser, Lewis A., Las funciones del conflicto social. – F.C.E. – México - 1961

racionalizar todo fenómeno.

Su gnosis se asocia con dos categorías, el bien o el mal, que cubren todavía hoy las expectativas de ciertos sectores o agentes, constituyéndose de esa forma en un primitivo horizonte racional, pero que fue concebido a partir de las religiones como la fundada por Mani.⁽⁵⁷⁾

Para no caer en tal reduccionismo conceptual, debemos indicar que la enfermedad no es un estado netamente destructivo del ser humano; no es totalmente negativo. Sería más adecuado hablar de un ciclo continuo salud-enfermedad como ya fue analizada anteriormente.

Si concebimos a su vez, que la enfermedad es un proceso social, como ya hemos visto, nos encontraremos ante la posibilidad de poder asociar los dos conceptos; “conflicto” y “enfermedad” que tienen esas características en común. Ellas dos son entonces procesos sociales que al buscar conciliar un equilibrio, se conjugan nuevas formas de abordarlos, estableciéndose renovados conocimientos y perspectivas que legitimarán los nacientes procedimientos diseñados para afrontarlos.

Bajo esta conceptualización, si tomamos a tal efecto como ejemplo la (CONAMED)⁽⁵⁸⁾ de México que es una de las experiencias más exitosas en el mundo en su materia, o la instrumentación de la ley de Mediación y por ende de los Tribunales Argentinos de Conciliación, Arbitraje Médico y de Salud (TACAMES) hallaremos que ellos actúan como “válvulas de seguridad”, al buscar reconstruir un nuevo control social ya que el conflicto controlado socialmente, “despeja el ambiente” entre los participantes permitiendo que se reanuden sus relaciones. (Coser, 1961)

Surgen entonces nuevas formas de afrontar los conflictos en el ámbito de la salud. Son los métodos alternativos para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud. Y para evitar la generación de zonas de riesgo dentro de las instituciones de atención en salud, surge a su vez, la necesidad de aplicar mejoras en la gestión que en ellas se lleva a cabo.

Asistimos a una nueva construcción e instalación de la RMP, que se adecua a las realidades culturales de cada país, pero que tiene una característica común: la autonomía del paciente.

Es indudable que todas estas presiones que se ejercen sobre el médico por un lado, y sobre el paciente por otro, determina el preámbulo para que exista un grado alto de desconfianza en la R.M.P y un sinfín de intereses y motivaciones que están por fuera de una genuina interrelación humanista en la RMP.

A los efectos de visualizar la complejidad de la RMP en la actualidad, es que elaboramos este cuadro (figura 5) en el cual tratamos de representar la relación principal entre el Médico y el Paciente con las letras M y P ubicadas cada una dentro de un círculo, y rodeadas por otras posibles relaciones que se pueden originar a partir de la relación principal. Las flechas indican el sentido de la relación.

⁵⁷ “El maniqueísmo es fruto de la combinación de elementos judaicos, herético-gnósticos, del Extremo Oriente, Principalmente budistas, y de una metafísica dualista, existente en las culturas egipcias y griega (pitagóricos, Platón, neoplatónicos, etc)... el maniqueísmo se extendió en Oriente...y en Occidente, principalmente en el S. IV ... y en el Medioevo... influyen en el cristianismo” - Enciclopedia Salvat, Pág. 9606 Tomo 13 - Madrid -2004

⁵⁸ “Comisión Nacional de Arbitraje Médico” Publicado en Rev. Chilena de Radiología. Vol. 9 N° 3 2003.

COMPLEJIDAD DE LA RMP EN LA ACTUALIDAD

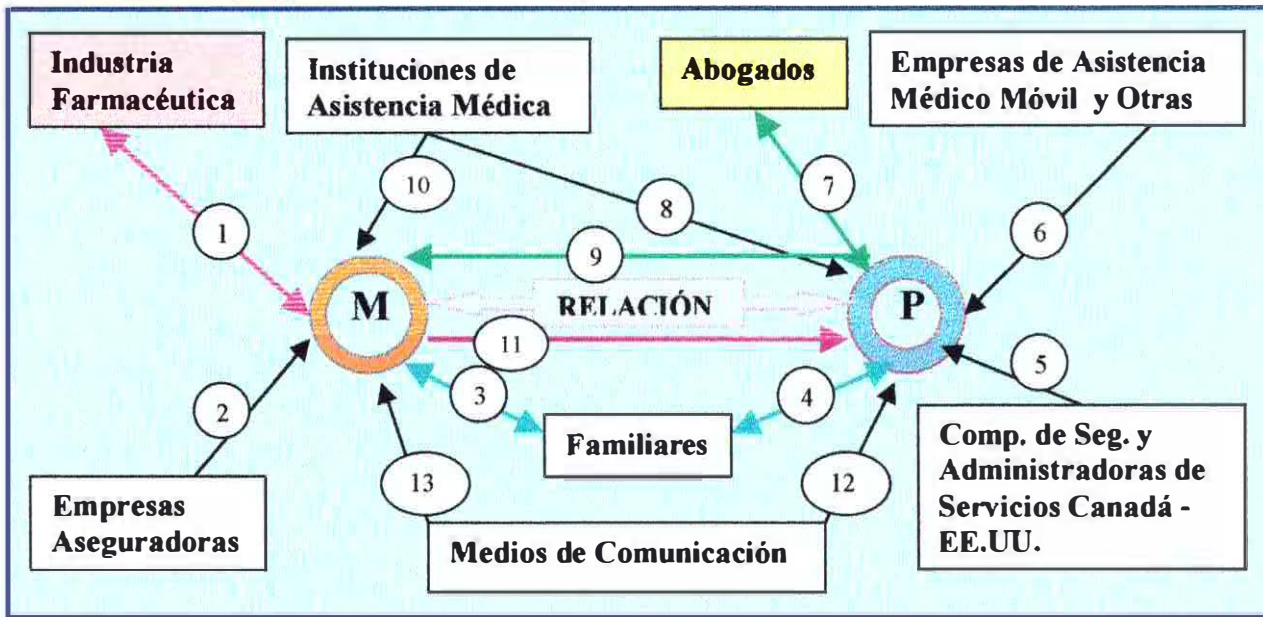


Figura 5 – Autor: Gonzalo Cotelo – “Complejidad de la RMP en la actualidad.”

Posibles relaciones que se pueden presentar en la R.M.P. con otros actores sociales.

- 1) Relación de influencia de la Ind. Farm. hacia el médico con el recetar productos de la empresa que los promociona. Esta influencia continúa desde el médico al Paciente, al cual se le receta ese producto. (11)
Eventualmente existe una relación en el otro sentido, ya que ciertos médicos solicitan apoyo financiero a la Ind. Farm. para realizar distintas actividades como congresos, y en el ámbito público solicitan distintos medicamentos para el servicio. En Uruguay la Universidad de la República prescribió la conducta que se debe tomar.
 - 2) Relación de influencia y eventualmente de dependencia desde la Empresa Aseguradora hacia el médico.
 - 3) Relación de doble sentido. El médico influye sobre los Familiares para que el paciente asuma el rol dependiente, y a su vez los Familiares presionan al médico para que no le informe al paciente sobre su enfermedad y eventualmente también lo presionan para que le realice algún examen o tratamiento
En ocasiones los familiares hacen de intermediario absoluto.
 - 4) Relación de doble sentido. Los pacientes piden a los familiares que hablen con los médicos para obtener información sobre su estado de salud, ya que a ellos no se le informan.
El paciente es apoyado anímicamente por los familiares, y los familiares presionan al paciente para que asuma su rol dependiente. (Goffman)
 - 5) Limitan la indicación de estudios de laboratorio e interconsultas y otros tratamientos.
Los médicos atienden a los pacientes, hasta lo que le cubre el seguro que han pagado.
 - 6) Empresas que seducen a los pacientes con nuevos servicios y atenciones personalizadas que no logran tener en las otras Instituciones.
 - 7) Relación de doble sentido. El paciente busca el consejo del abogado. Éste influye y aprovecha para sacar rédito de la situación. A su vez está unido con la relación N° 9 por la cual el paciente confronta al médico respaldado por el abogado.
 - 8) La Institución de Asistencia condiciona los exámenes y medicación que otorgará al paciente.
El valor monetario es determinante. El costo del medicamento es más alto si es monopólico.
 - 10) La Institución de Asistencia esencialmente privada, condiciona los exámenes y medicación que permite ser prescriptos por cada médico.
 - 12) Med. de Com. Mantienen informado al paciente sobre las características de las enfermedades, los adelantos y mejoras tecnológicas y asistenciales en el área de la Salud. Accede a mayor información sobre su enfermedad. Por medio de la publicidad, se crean nuevas necesidades, o cree que todas las ventajas que ofrecen los productos son reales. Por el hecho de estar en los medios, los cree buenos, al familiarizarse con ellos. Prometen maravillas.
 - 13) Lo actualiza sobre su profesión, sobre los adelantos y nuevos procedimientos. Debe crearse un concepto sobre los productos que se están ofreciendo, a los efectos de aconsejar al paciente que le irá a preguntar sobre ellos.
- RELACIÓN:** Es la relación entre el médico y el paciente que contempla toda aquella comunicación, entrevista, e intercambio que se presenta tanto en el medio público como privado, ya sea en internación o ambulatorio.
- Nota:** Existen un sinfín de relaciones entre los distintos actores sociales que actúan en forma paralela a la R.M.P.

Figura 6 – Interpretación de la figura cinco.

031503

Bajo estos términos deberíamos considerar que el límite entre el beneficio y el riesgo en la calidad de atención, estará dado por la adecuada aplicación de la ciencia y la tecnología de manera que rinda el máximo beneficio para la salud del paciente, sin aumentar el grado de riesgo como puntualizara Donabedian, (1995)

4.3 ASPECTOS LEGALES DE LA RMP. - SOLUCIONES A LAS CONTROVERSIAS

Ante el gran incremento de las demandas y conflictividad en el sistema de salud, en varios países se han buscado alternativas para la resolución de dichos conflictos, que no pasen por las instancias judiciales. Para ello se ha recurrido a la: mediación, conciliación y arbitraje. El objetivo es acercar a las partes y procurar acordar otra salida no tan traumática para los dos actores, atenuando los efectos emergentes negativos de dicha situación.

En este sentido se formaron por ejemplo, nuevas instituciones tanto en México como en Argentina, como ya indicáramos, a los efectos de abordar estos problemas con métodos alternativos a la resolución de conflictos. A su vez en Brasil y Paraguay se promulgan Leyes de Arbitraje. (⁵⁹) En Chile se aplica el arbitraje, y a su vez las instituciones de salud desarrollan programas de Auditorias Médicas. (⁶⁰)

En nuestro país se conjugan instancias de mediación no obligatorias, con otra solución originada por la aplicación de una nueva Ley de “*Fideicomiso destinado a la reparación civil del daño provocado por mala praxis médica*” en agosto del 2004, que entró en vigencia a principio del 2005. (⁶¹)

En el año 1996 se crearon en el Uruguay, los llamados centros de mediación, que surgen a raíz de la gran conflictividad que comenzaba a experimentar nuestra sociedad en cuanto a problemas en la rama civil, como lo eran los conflictos familiares, los laborales, y los originados en la RMP.

Esta instancia no pudo disminuir las demandas judiciales a los médicos, ya que no era obligatoria la concurrencia a estos centros, ni eran instituciones especializadas en el tema, dándose en los hechos la inasistencia de la parte demandada, que esperaba con ello una favorable resolución judicial.

No todos los casos fueron favorables para los médicos, debiendo varios de ellos pagar altos montos de indemnización. Esta causa junto al incremento de los casos de demandas, comenzó a movilizar a la corporación médica, que presionó a los políticos, para que buscaran una solución legislativa a esta situación, ya que el poder judicial no les estaba garantizando un respaldo ante dichas demandas.

Se aprobó una Ley después de un largo proceso que comenzó en el año 1989, con una iniciativa en el parlamento a los efectos de reglamentar las demandas judiciales por mala praxis médica. En Julio del 2004 se

⁵⁹ Vera, Marcos. Justicia terapéutica: el arbitraje en la prevención del riesgo legal por responsabilidad médica.- Rev. Iberoamericana de Arbitraje. Bs. As. – noviembre 2000.

⁶⁰ Rencoret. Gustavo. Auditoria médica: demandas y responsabilidad por negligencias médicas. Gestión de calidad: Riesgos y conflictos. – Revista Chilena de Radiología. Vol. 9 N° 3 - 2003

⁶¹ Parlamento Nacional R.O.U.- Comisión de Constitución, Códigos, Legislación Gral. y Adm.2004

logró rápidamente una media sanción votando a favor por unanimidad en el senado, la imposición de un tope en el monto indemnizable y la disminución del tiempo en que se puede solicitar dicha acción, sin considerar los informes técnicos de los juristas que se oponían a una resolución de ese tipo. Pero al existir diferencias con relación a esos dos puntos ya votados en el senado, que los juristas y otros actores sociales no estaban de acuerdo como eran: el establecer un tope monetario para las indemnizaciones, y reducir el plazo para presentar el recurso a tan sólo 4 años, se originó una discusión más profunda, que llevó a detener la votación en diputados.

Finalmente, con una propuesta del SMU, que aceptaba los términos de los actores que impugnaban dicho proyecto de ley, se destrabó la situación, y se promulgó una Ley que creaba un fondo con aportes obligatorios de todos los médicos, sin especificarse ningún tope de indemnización, y pudiendo presentarse la reclamación hasta no más de cuatro años de descubierto el daño, o hasta diez años después del acto médico en caso de que no se haya descubierto el daño.

Estas fueron las soluciones que se gestaron en nuestro país, a los efectos de resolver las controversias entre las partes integrantes de la RMP: una primera vía, la legislativa, y otra la de mediación no obligatoria y no especializada.

Como se aprecia, es de destacar, que son distintos los métodos alternativos de resolución de conflictos que se encontraron en otros países, ya que por ejemplo los países europeos, como así también: México, Perú y Chile, aplican el método no adversarial privado, y en nuestro país la mediación no obligatoria.

Asistimos, en el caso de estos países, ante la creación de organismos no gubernamentales que mantienen un sistema de arbitraje a los efectos de solucionar los conflictos patrimoniales en el ámbito de la salud. Para ello se implementa un sistema adecuado a cada país, tal que los propios protagonistas sean los que busquen vías alternativas al derecho estatal. ⁽⁶²⁾ Los árbitros son elegidos por las partes, y en Argentina, el TACAMES proporciona un abogado general y un médico. Estos tribunales tienen el soporte técnico del (TICAMER). ⁽⁶³⁾

Por su parte en México, como ya mencionamos, fue creado en 1996, el CONAMED que es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud. En ellos, se han resuelto las dos terceras partes de los casos sin tener que llegar a la órbita judicial. Este sistema genera un ambiente de conciliación entre las partes, a diferencia de lo que se produce con los litigios en la órbita judicial, donde se acentúa más el conflicto. México ha recibido el reconocimiento de pionero mundial del arbitraje médico en agosto del 2005, pero ya anteriormente varios países de América Latina se interesaron por dicha propuesta. ⁽⁶⁴⁾ Otras características de esta solución son la celeridad, el menor costo, la especialización y la confidencialidad. Todo ello hace que la RMP se vaya

⁶² Ídem. Vera, Marcos.

⁶³ Ídem. Vera, Marcos. - TICAMER: Tribunal Internacional de Conciliación y Arbitraje del MERCOSUR

⁶⁴ The British Medical Journal Edición semanal del 22 de Agosto del 2005

restaurando en cuanto a la confianza entre las partes.

En nuestro país el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) realizó un seminario el 4 de mayo del 2001, donde participaron delegados de: La Suprema Corte de Justicia, la comisión de Legislación Sanitaria y Derecho Médico del SMU, un delegado de la Asociación de Usuarios de Servicios de Salud (A.U.S.S.), un representante de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (I.A.M.C), uno de la OPS y un representante de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) de México.

De este seminario surgieron varios datos de los cuales podemos formular algunas conclusiones que ayudarán a comprender la situación de la R.M.P. en el Uruguay. Por ejemplo que los Centro de Medicación (C.M.) de nuestro país, son muy ineficientes, ya que tan sólo el 13% de los casos que se presentan en ellos, son resueltos favorablemente. ⁽⁶⁵⁾

A ello debe agregársele que al no ser obligatoria su concurrencia a los C.M., ni tampoco ser obligatorio como instancia previa a la acción judicial, no se presentan en ellos todos los reclamos, ni se presentan tampoco todos aquellos actores a los que se les reclama su presencia.

Por otra parte, el integrante de la OPS, al referirse a nuestro país, hizo hincapié en la carencia de disponer de una Colegiación Médica como así también en las demás profesiones de la salud, para auxiliar a la justicia, con la aplicación del Código de Ética Médica, como ocurre en otros países de América Latina ⁽⁶⁶⁾

El representante del SMU, confirmó lo que se ha desarrollado más arriba sobre el Consentimiento Informado. En Uruguay no es obligatoria su aplicación por ley, pero sí por decreto desde 1992. Se enseña a los estudiantes de medicina, pero no se aplica en la práctica profesional: “*En Uruguay tenemos un gran retraso cultural respecto a la doctrina.*” (...) “*no está impuesta la cultura del Consentimiento Informado*”. ⁽⁶⁷⁾

El representante del CONAMED de México indicó que ellos buscan instrumentar la mejora de la calidad en las prestaciones de los servicios médicos.

La comisión realiza más mediaciones y conciliaciones que arbitrajes. La conciliación es rápida y se basa en el “tercero imparcial” y no en resolución de derecho. Para ello se ha promovido que los médicos sean los conciliadores, contando con especialistas en cada rama de la medicina.

El Lic. Agustín Ramírez Ramírez, que era el representante de CONAMED en este encuentro, coincide en afirmar por su parte, que la conciliación a nivel judicial es un mero trámite totalmente ineficaz. Pero la conciliación en el ámbito de la Comisión, es muy distinta, promoviendo la participación mucho más activa que lo que se hace ante el juez, contando con un estudio previo de peritos médicos.

⁶⁵ Porcentaje elaborado sobre la base de los datos aportados por el Pres. Supr. Corte de Just. de Uruguay – Dr. Milton Cairolí. 2001

⁶⁶ Fiusa Lima, José – Médico, representante en Uruguay de la OPS y OMS.

⁶⁷ Rodríguez Almada, Hugo.- Médico Responsable de la Com. de Derecho Médico y Legislación Sanitaria del SMU.

En Uruguay, el ámbito de conciliación en el poder judicial, es también ineficaz según lo manifestado por la representante de la SCJ del Uruguay ⁽⁶⁸⁾ De este modo queda claro la inoperancia de esa instancia judicial a nivel internacional, debiéndose buscar otros mecanismos más eficaces para la resolución de los conflictos. La CONAMED está integrada por una Sala de Arbitraje, compuesta a su vez por tres miembros: su presidente que es médico, un árbitro abogado, y otro árbitro médico. Se lauda en forma colegiada, en un plazo máximo de seis meses, permitiendo el arbitraje por correo. Si el laudo no se ejecuta, se busca la homologación ante los Tribunales.

Lo que interesa saber es que expectativas tienen cada una de las partes, a los efectos de encontrar una solución al conflicto, como también lo manifestó la representante de la SCJ del Uruguay.

El CONAMED, identifica los errores médicos y los pone en conocimiento de las sociedades médicas a los efectos de que sean ellas mismas las que busquen los caminos para disminuirlos. Se brindan todos los servicios en forma gratuita.

De los 4.200 casos anuales que se presentan a la Comisión, se dictaminaron un 34,5% a favor del prestador y un 65,5% que favoreció al usuario. Es de destacar que la mediación y conciliación resolvieron la inmensa mayoría de los casos, sin tener que llegar al arbitraje. Tal es así, que de la totalidad de esos 4.200 asuntos, sólo 29 han terminado siendo laudados por la Comisión.⁽⁶⁹⁾

Por otra parte, en los tres talleres que se realizaron en este encuentro que organizó el SMU, se obtuvo en cada uno de ellos, la misma convicción en cuanto a un tema. Se consideró que los Centros de Mediación de nuestro país deben ser una instancia obligatoria en cuanto a la concurrencia a los mismos. Por su parte en uno de los talleres se agregó que además debía ser una instancia obligatoria previa a la acción judicial.

En síntesis; en la actualidad, se presenta la RMP como una posible zona de controversia y de riesgo legal para el médico en el desempeño de su profesión, y para el paciente en cuanto a la posible iatrogenia.

Está en entredicho la idoneidad del médico y su desempeño responsable, sintiéndose amenazado por las acciones judiciales que se puedan realizar en su contra al ejercer el acto médico en forma inconveniente.

Es cuestionado por un paciente que ejerce un nuevo rol en la RMP. Asistimos de esta forma a la liberación que ejerce el enfermo del antiguo modelo paternalista que aplicó históricamente el médico. De esta forma el paciente pasa a reivindicar sus derechos como tal disponiendo actualmente de autonomía para decidir sobre su cuerpo y sobre su salud, contando para ello con una mayor información sobre su enfermedad, lo que matiza la asimetría existente anteriormente en la RMP, donde el paciente obtenía solo información por parte del médico.

Hoy nos encontramos que los roles tradicionales tanto del médico como del paciente, están cambiando, debiendo intervenir el poder legislativo y judicial en los alcances que los nuevos roles tienen en la RMP.

⁶⁸ Suprema Corte de Justicia del Uruguay, Dra. María Cristina Hernández, especialista en temas de mediación.

⁶⁹ Ramírez Ramírez, Agustín – Lic. En Derecho. Subcomisario Nacional "B" de la CONAME, México - 2001

Antiguamente se consideraba la existencia de un contrato entre las dos partes, por el cual el médico solicitaría la autorización del paciente previamente al practicarse alguna intervención complicada sobre su cuerpo, identificándose esa acción como "Consentimiento Médico". Este acto se encontraba dentro de la esfera ética y no legal de la actuación del profesional.

Pero eso no se cumplía por parte del médico, por lo cual se tuvo que legislar y determinar específicamente sobre la responsabilidad del médico de obtener el "*Consentimiento Informado*" por parte del paciente, antes de realizar cualquier intervención sobre su cuerpo.

Cuando en una sociedad se debe legislar sobre temas que anteriormente estuvieron en la órbita de la ética, es porque los valores de esa sociedad están cambiando.

Este es el caso del derecho que tiene el paciente de que no se le realice ninguna intervención en su cuerpo sin su autorización. Como hemos visto anteriormente, esta situación se ha presentado en España en 1992 y posteriormente en Alemania. Pero ya existía legislación sobre la obligatoriedad de solicitar el consentimiento informado en EE.UU. desde los años '70, y en Colombia desde 1981, reafirmando esos principios en la Constitución de 1991 de ese país. (⁷⁰)

Toda esta situación se va incrementando día a día, por la impronta que el paciente asume al defender su autonomía ante los Tribunales. Pero a su vez, este estado de conflictividad, trajo aparejado ciertos efectos emergentes positivos, que se tradujeron en el surgimiento de otros métodos alternativos para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud.

- CONCLUSIONES

Se está ante una crisis de paradigmas en el ámbito de la atención en salud. Si bien se aplica mayoritariamente el modelo biomédico, se está comenzando a regular varios de los aspectos que son negativos en el mismo. Se procura con ello acercarse al modelo humanista, que es más integral al considerar también la dimensión psicosocial del paciente. Éste se aparta de la fragmentación biológica del individuo, propia del modelo biomédico, y considera trascendente ver al paciente en forma integral, considerando para ello importante desarrollar una eficaz acción comunicativa, que permita tratar al sujeto como un productor de conocimiento sobre su propia situación, en un proyecto de acción común. Los dos ejemplos uruguayos mencionados, grafican la real posibilidad que existe de aplicar este cambio. (Hospital Maciel y Médica Uruguaya)

⁷⁰ Esguerra Gutiérrez, Roberto. El médico para el nuevo milenio. Publicado en: www.abcmedicus.com.

A su vez se está dejando de lado el modelo paternalista – autoritario que ejercía tradicionalmente la medicina, para ingresar en la práctica de un modelo autonómico – informado, practicado por el paciente. Este nuevo modelo al contraponerse con el anterior crea ciertas fricciones en el sistema de salud, que surgen como consecuencia de los reclamos por responsabilidad que realiza el paciente, ante un médico que se atrincheró en la tecnificación y la aplicación de una medicina defensiva, encareciendo innecesariamente el sistema de atención en salud.

La RMP como relación binómica, se complejizó al confluir en ella un sinfín de actores sociales que buscan regular las conductas de los dos principales actores. Muchos de ellos lo realizan en función de un interés económico propio, desplazando a un segundo plano el valor de la salud.

En el caso de las Instituciones de Atención en Salud, que figuran en el ámbito de las empresas “*sin fines de lucro*”, ya no se desarrollan en la realidad bajo esos parámetros, y actúan en los hechos en forma opuesta, obteniendo grandes réditos económicos, pero manteniendo las prerrogativas del estado contractual anterior que las beneficia económicamente.

Por otra parte se hace necesario recurrir a una mayor formación del profesional médico, fortaleciendo los aspectos de técnicas de comunicación y relacionamiento con el paciente sobre la base de un modelo humanista, donde se atiendan los aspectos psicosociales, sin dejar de considerar el contexto donde se desarrolla el paciente, procurando fortalecer los vínculos intersubjetivos.

Se han detectado distintas zonas de riesgo en el sistema de salud, que afectan tanto al médico como al paciente, y aún más a otros actores involucrados en la RMP. Como medida para enfrentar dichos riesgos, en primer lugar se debería reconocerlos como una realidad existente ya que no pueden ser totalmente excluidos, debiendo ser gestionados para reducir su impacto. A su vez el efecto del “lucro económico” en el contexto de la salud, no deja de aportar un aumento en la incertidumbre, generando zonas de riesgo.

Existen distintas reacciones en los Estados, de acuerdo a la cultura y la fuerza del corporativismo médico de cada país en la forma con que se afrontan estas situaciones conflictivas e ineficientes instaladas en el contexto de la salud. Mayoritariamente en los países Europeos y gran parte de América Latina, se buscó evitar una mayor conflictividad por medio de métodos alternativos a la resolución de conflictos entre los usuarios y prestadores de servicios de salud. (mediación, conciliación y arbitraje).

En cuanto a esos métodos alternativos para resolver los conflictos, es de destacar que en nuestro país, los Centros de Mediación son muy ineficientes para resolver dichos conflictos. Se hace necesario que la concurrencia a esos centros sea de carácter obligatorio para las partes, y se disponga de personal calificado en temas de salud a los efectos de obtener un conocimiento más acabado de lo que se habla. Si comparamos la eficacia del sistema mexicano con el de nuestro país, debemos coincidir que es significativo el hecho que el CONAMED haya resuelto las 2/3 partes de los conflictos, mientras que en Uruguay, tan sólo se han podido resolver el 13% de los casos antes de llegar a la acción judicial.

Cuando en una sociedad se debe legislar sobre temas que anteriormente estuvieron en la órbita de la ética, es porque los valores y las prácticas de esa sociedad están cambiando. La socialización ya sea primaria como secundaria, dejaron de ser exitosas en la actuación del médico, y se deben imponer dichos valores por la fuerza de la ley al ser importantes para la convivencia del ser humano en la sociedad.

De acuerdo a lo ya expresado, el sistema de salud occidental y en particular el de nuestro país, está transitando por una etapa de crisis de paradigmas, originándose, diversas situaciones conflictivas en la RMP. Como toda crisis que se origina en cualquier ámbito, debe ser entendida como un proceso de transición que en algún momento dejará de serlo, para convertirse en la instalación de una nueva cultura, como se espera que ocurra en el sistema de salud. Esta nueva cultura se distanciará ciertamente, de la actual cultura dominante, esperándose que se oriente hacia un modelo más humanista, donde el paciente asuma su autonomía informada, ya que se cuestiona fuertemente las bases del modelo anterior.

El grado de profundización que se logre en la implementación de este nuevo modelo, dependerá de cada sociedad, o en otros términos, de la acción social que desarrollen los distintos movimientos sociales como actores que ejercen el control sobre su propia historicidad. ⁽⁷¹⁾

⁷¹ Touraine, Alain: El regreso del actor. Ed. Univ. de Bs. As. 1987. - Historicidad: "la capacidad de desprenderse de las formas y normas de reproducción de los comportamientos y del consumo, para participar en la producción de modelos culturales. "

BIBLIOGRAFÍA

- Barrán, José Pedro – Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos: Tomo 1 – El poder de curar. 1994 - Tomo 2 “La ortopedia de los pobres. Montevideo. R.O. del Uruguay EBO (Ediciones de la Banda Oriental). 1995
- Beck Ulrich. La sociedad del riesgo. Bs. As. - Ed. Paidós. – 1997-98
- Benzaid N. La consulta médica. 2 ED. México: Siglo XXI Editores. 1976
- Berelinguier, Giovanni. La Enfermedad.. Bs. As., Lugar Editorial -1994. Pág. 32/33.
- Boltanski, Luc – As classes sociais e o corpo – Ed. Graal. Brasil – 3ª Edición – 1989 – 1ª en 1979
- Boltanski, Luc- Los usos sociales del cuerpo, Capítulos I y II, Bs. As - Ed. Periferia S.R.L.-- 1975
- Coe, Rodney. Sociología de la Medicina. Madrid, Ed. Alianza, 1973. Cap. 11 – Pág. 347
- Comas-Viñas, José Ramón. La relación médico-paciente. Revista Arch. Neurociencias – Vol. 5 Nº 3: México - 2000
- Coser, Lewis A., Las funciones del conflicto social – México, F.C.E – 1961
- Cotelo Sténeri, Gonzalo. Proyecto de Investigación: La relación médico-paciente en el contexto Centro médico: Hospital de Clínicas. FCS – Taller de Sociología de la Salud. Montevideo, 2 de febrero del 2004.
- Donabedian, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Rev. Calidad de en Salud. México. Vol.. 2 Nº 3 – 1995.
- Fernández, José & Mitjavila Myriam: Factores sociales, salud y enfermedad, en: Dibarboure Hugo & Macedo Juan C. (ed) introducción a la Medicina Familiar. Montevideo: Departamento de Publicaciones de la UDELAR. - 1998
- Fitzpatrick, R. La enfermedad como experiencia. México, Fondo de Cultura Económica. 1990.
- Foucault, M. Historia de la Medicalización: en La vida de los hombres infames. Madrid, Ed. La piqueta –1990
- Foucault, M. La arqueología de la Medicina. Educación médica y salud, OPS/OMS Vol. 8, Nº 4 1974.
- Girón, Manuel Begoña Bebía, Elisa Medina y Manuel Simón Talero. “Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. –Rev. Esp. Salud Pública Nº 4 septiembre-octubre 2002.
- Goffman, Erving - Internados. Bs. As.- Ed. Amorrortu 1994
- Gorz. André. Ecología y política. Barcelona. Ed. El viejo Topo, 1982

- Habermas, Jurgen – Teoría de la acción comunicativa. Tomo II – Crítica de la razón funcionalista
Ed. Taurus - 1981
- Lain Entralgo; Pedro. La relación Médico - Enfermo. Madrid, Alianza Universidad S.A., 1983
- Laurell, Asa Cristina, La salud-enfermedad como proceso social.- Cuadernos Médico Social 1982;
Montevideo - Impreso en Oficina del Libro – AEM., Marzo 1991.
- López-Cervantes M. La mala administración de los servicios de salud. El ejercicio actual de la
medicina. México - Ed. Siglo XXI — 2000.
- Parsons, T., El Sistema Social. Madrid, Madrid - Ed. Revista de Occidente. - 1959
- Pucci, Francisco – El riesgo sistémico. La producción de zonas de riesgo en los procesos de
trabajo del Hospital de Clínicas del Uruguay. Depto. de Sociología. Facultad Cs. Soc.
Documento de Trabajo Nº 57
- Rencoret S. Gustavo. – Médico Auditor. Clínica Alemana de Santiago. Auditoria médica:
demandas y responsabilidad por negligencias médicas, gestión de calidad: riegos y conflictos.
Rev. Chilena de Radiología. Vol 9 Nº3 – 2003: 157-160
- Rheume, Jacques. Dimensiones epistemológicas de las relaciones entre teoría y práctica.
Ficha 69 CLAEH 1996. Montevideo.
- Rojas Soriano, Raúl - Capitalismo y enfermedad, México. Ed. Folios, 1999
- Sitkewich, A. generación 1986, Monografía, segundo año del curso de especialista
en salud pública.
- Tenti Fanfani, Emilio – La educación como violencia simbólica: Bourdieu, P. Y Passeron, J.C.,
Ed. Mimeo.
- Touraine, Alain: El regreso del actor. Ed. Univ. de Bs. As. 1987.
- Vargas LA. Una mirada antropológica a la enfermedad y al padecer.
Gaceta Médica Mexicana 1991, 127:3-6