

LA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE: BIOPOLÍTICA, MEDICALIZACIÓN E INTERNET

Ailin Irina Gurfein

Universidad de Buenos Aires

agurfein@hotmail.com.ar

Recibido: 10 de junio

Aceptado: 2 de noviembre

ARK: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s18535925/n3bk2a111>

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo describir los cambios en la Relación Médico-Paciente a partir del uso de internet. Se retoman los conceptos de cuerpo, vida, biopolítica y medicalización con el fin de comprender la construcción del paradigma médico actual y la repercusión que el acceso a la información sobre salud por parte de los pacientes ha tenido 1) en la relación con el médico, 2) en el control ejercido sobre los individuos mediante la medicina como estrategia biopolítica.

En un segundo momento, se contrasta la investigación teórica con otra de carácter empírico, a través de entrevistas semi-estructuradas, con el objeto de explorar y describir las experiencias y las narrativas sobre la relación médico-paciente desde la perspectiva de pacientes-usuarios/as del sistema de salud público y privado.

Entre los hallazgos, podemos concluir que 1) el paciente se encuentra en una situación de saber que le otorga cierto poder sobre su propio cuerpo y sus posibilidades, 2) la Relación Médico- Paciente se encuentra en un momento bisagra del modelo paternalista a otro de carácter colaborativo como consecuencia del saber-poder del que es portador el paciente, en conjunto con la pérdida de confianza de éste hacia el profesional.

Palabras Clave: Bioética- Comunicación- Internet- Relación Médico/ Paciente



DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP: BIOPOLITICS, MEDICALIZATION AND INTERNET

Abstract

The present work aims to describe the changes in the Doctor-Patient Relationship regarding the use of the internet. The concepts of body, life, biopolitics and medicalization are retaken in order to understand the construction of the current medical paradigm and the repercussion that access to health information by patients has had 1) in the relationship with the doctor, 2) in the control exercised over the individuals through medicine as a biopolitical strategy.

In a second moment, the theoretical research will be contrasted with another of an empirical nature, through semi-structured interviews, in order to explore and describe the experiences and narratives about the doctor-patient relationship from the perspective of patients-users of the public and private health system.

Among the findings, we can conclude that 1) the patient is in a situation of knowledge that allows some power over its own body and its possibilities, 2) the Doctor-Patient Relationship is turning from the (a) paternalistic model to another of a collaborative nature as a result of the knowledge-power of which the patient is the carrier, together with the loss of confidence of the patient towards the professional.

Keywords

Bioethics- Internet- Communications- Doctor/ Patient Relationship

Introducción

Lo que cuenta en los pensamientos de los hombres no es tanto lo que han pensado, sino lo no-pensado, que desde el comienzo del juego los sistematiza, haciéndolos para el resto del tiempo indefinidamente accesibles al lenguaje y abiertos a la tarea de pensarlos de nuevo (Foucault, 2004)

Consideramos que cada sociedad, cada cultura, y cada campo trama el sentido en función del que comprenderá la realidad, en un momento determinado. Creemos que el campo de la medicina como ciencia puede leerse desde una de las nociones de paradigma sentada por Thomas S. Kuhn en *La estructura de las revoluciones científicas* como "... realizaciones universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica" (1974, p. 13), ya que la comunidad médica proporciona modelos para regir el acto médico, dentro de los cuales nos referiremos a los de la Relación Médico-Paciente (RMP).



En el espacio social de la medicina, conviven agentes que se posicionan en función de saberes profesionalizados y legitimados, así como persiguen la acumulación de capital económico, cultural, simbólico y social, y entre los que se desarrollarán sus relaciones de poder (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 1975). Será el Estado quien confiera a la medicina un rol de autoridad legitimada desde el saber, como aparato para la gestión del control (bio) político de la población en beneficio público y, en las últimas décadas, descentrado hacia el ámbito privado (Sibila, 2005).

Actualmente, la medicina se encuentra atravesada por diversos fenómenos sociales que la construyen y, en esta construcción, se desenvuelve la relación del médico con su paciente. Observamos que la incidencia de otros campos en el de la medicina ha creado un panorama que transforma esta disciplina tal como la conocíamos hasta hace unas décadas. Entre los mismos, el campo tecnológico, que introduce una modificación en la práctica médica, así como también en los sujetos que reciben la atención. Repararemos, específicamente, en cómo influye el uso de internet en la relación del médico con sus pacientes.

Para nuestro análisis, tomaremos la perspectiva de los pacientes-usuarios del sistema de salud público y privado. Es a través de sus discursos que interpretamos la forma en que los mismos interactúan con los médicos en la actualidad, al tiempo que reconstruimos sus perspectivas sobre el sistema de salud, del cual los médicos forman parte.

Sin pretender dejar de lado temas como la brecha digital, que produce irremediables diferencias en la población, así como no obviamos las asimetrías en las competencias culturales con las que los pacientes acceden a los saberes propios del campo de la medicina (Hall, 1980) -y que dejamos planteadas como abordaje para futuros estudios- partimos del supuesto de que el paciente se encuentra expuesto a saberes que antiguamente desconocía y que estos saberes le otorgan poder sobre su cuerpo y las decisiones sobre el mismo.

Exploraremos cómo los conceptos de vida, biopolítica y medicalización se entrelazan para dar vida a los discursos de los pacientes entrevistados para rescatar, desde sus perspectivas e imaginarios, cómo se experimenta la RMP contemporánea, y qué hay en esta por construir, desde la mirada de que las representaciones sobre los médicos y su relación con ellos son también representaciones del sistema de salud en el que se encuentran inmersos.

El objetivo general: explorar y describir las experiencias y las narrativas sobre la Relación Médico-Paciente desde la perspectiva de pacientes-usuarios/as del sistema de salud público y privado, de 20 años de edad y más, residentes en el Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires.

Los objetivos específicos: profundizar en el imaginario construido por los pacientes sobre su relación con los médicos; explorar la repercusión que el acceso a información sobre salud desde internet genera en la RMP.¹

La decisión de dar voz a los pacientes radica en el interrogante que surge desde el contexto actual, en el que internet constituye una herramienta de uso cotidiano (Schvartz, 2011) con la cual tener acceso a saberes antes confinados al campo de la medicina y a la imposición de sus límites.

Como disparador, nos preguntamos qué concepción tienen los pacientes sobre los médicos y la manera de relacionarse con éstos, y cómo influye el acceso a la información sobre medicina en el paciente, y en su relación con el médico.

En función de responder a estos interrogantes, se realizó un trabajo cualitativo empírico de tipo exploratorio con entrevistas semi-estructuradas. La muestra estuvo compuesta por cinco hombres y cinco mujeres (n: 10) de 20 años y más, residentes del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires, con distinto tipo de cobertura de salud (Obra Social, Cobertura Privada, Atención Pública y Atención Pública con Recursos). El trabajo fue realizado en el marco del equipo UBACyT 2014-2017 "Comunicar salud: teoría, investigación, evaluación" con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani (Facultad de Ciencias Sociales, UBA), dirigido por la Dra. Mónica Petracci y sus avances fueron expuestos en el Congreso Latinoamericano de Comunicación de 2015.²

La Relación Médico-Paciente (RMP)

Alejados de la concepción de la comunicación lineal, entendemos la relación entre el médico y el paciente como una interacción: “una visión de la comunicación vinculada con el proceso de participación en la producción e intercambio de ideas y opiniones” (Petracci y Waisbord, 2011:13). Siguiendo la línea de estos autores, la comunicación no puede leerse en clave mecanicista: no se trata de un flujo de información lineal, unidireccional, en el que el médico ordena y el paciente acata, sino que de una construcción conjunta.

Esta visión de la comunicación integra el contexto social y político del vínculo; la RMP se construye (y construye) entre procesos sociales y políticos de intercambio y formación de sentido social y de participación política (Petracci y Waisbord, 2011).

Héctor Rodríguez Silva define la RMP como una relación interpersonal compleja en la cual “(...) el médico en su condición de profesional debe estar dispuesto a brindar su ayuda en

¹En este trabajo los términos paciente y entrevistado son utilizados indistintamente ya que la asistencia al médico periódicamente fue condición excluyente para integrar la muestra.

² El trabajo final resultante de esta investigación derivó en mi Tesina de Grado de la Carrera Ciencias de la Comunicación, bajo la dirección de Mónica Petracci. Disponible en http://comunicacion.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/16/2019/12/Gurfein_Tesina.pdf



forma humanitaria y sensible, pilar sobre el que descansa el nivel de satisfacción de la atención médica” (2006:1). Este autor destaca la importancia del contexto humano en el que la RMP se desarrolla, aclarando que no existe tecnología que pueda suplir esta condición esencial de la interacción. Asume como problemática actual en la RMP la disolución del vínculo afectivo propio entre el médico o médica y sus pacientes, originada a principios del s. XX. Entre las causas, el desarrollo de la medicina neoliberal como una forma más de comercio, en la que los pacientes se convierten en clientes y los médicos en vendedores, y la pretensión de sustituir el método clínico por recursos diagnósticos y terapéuticos apoyados en la tecnología, argumentando que ésta es incapaz de suplantar el diagnóstico médico realizado por un humano (Rodríguez Silva, 2006).

Juan José Imbernón Gonzales y F. Barbudo Antolín caracterizan a la RMP como frecuentemente *disculturalizada*, es decir que

(...) nunca el paciente tiene la misma cultura, la misma capacidad de poseer conocimientos esotéricos que el médico, incluido cuando el paciente y el médico sean médicos; en este caso, al tratarse de un colega enfermo no logra asumir su rol de enfermo de una manera conveniente (1994, p. 61).

Es de prioridad para este estudio destacar que

(...) además del marco físico también es importante la manera en que el médico recibe al enfermo y cómo pone término a la entrevista, que deben impresionar y actuar psicológicamente sobre el paciente. [...] La simple promesa a una asistencia, incluso, provoca una mejoría aparente (1994, p. 61).

Entendemos, entonces, de suma importancia el vínculo que se establezca entre médico y paciente para que este sane. Si bien se han descrito diferentes modelos en la RMP en función de la distribución del poder y la responsabilidad de cada uno, según lo estudiado por Luz M. Bascuñán Rodríguez (2005):

El tipo de relación que se establezca dependerá de las características del paciente y el tipo de situación clínica. Además, esta relación es dinámica y los roles que se asumen varían en el tiempo. Sin embargo, cualquiera sea el modelo que se adopte, el énfasis actual es puesto en el respeto y participación mutua de médico y paciente en la toma de decisiones sanitarias. Esto se asocia a una nueva visión de paciente, ahora capaz y autónomo, pese a estar enfermo, lo que a su vez genera un nuevo modelo de *relación asistencial* donde el paciente tiene un rol protagónico (Párr. 4).

Nos detendremos en este punto, atendiendo a la creciente participación que el paciente está adquiriendo en su propio tratamiento, para hacer referencia a un fenómeno que se incorpora a esta problemática: el ciberespacio. Cabe preguntarse, entonces, qué repercusiones tiene el acceso a la información en salud por parte de los pacientes, con respecto a la consulta



médica, en lo que respecta a la búsqueda de información previa asistencia al consultorio, durante el transcurso de la consulta, y con posterioridad, a la hora de llevar a cabo la prescripción médica.

Desde la perspectiva de autores como Andy Miah y Emma Rich (2008), podríamos anticipar que “La web proveyó de un contexto para el desarrollo de discursos alternativos sobre salud [así como permitió el desarrollo de] un paciente más involucrado y activo en su propio cuidado médico” (p.4) (traducido por la autora).

Cuerpo, vida y biopolítica

Las nociones de cuerpo y de vida han variado en función de la época y la configuración social dada. Si nos remontamos a la Edad Media, nos encontramos con una noción de cuerpo en consonancia con el universo, un cuerpo del pueblo. La población no estaba aislada ni dividida, sino que actuaba como un conjunto en el que el sujeto era considerado en relación a sus conexiones, su familia, y su función dentro de algo más grande que sí mismo. Se trataba de un sujeto no aislado del cosmos, que respetaba los ciclos de la naturaleza, en contraposición con lo que sucederá con el individuo burgués, al que se describe como “un ser biológico aislado y egoísta” (Bajtín, 2003, p. 17).

Max Weber en *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*, plantea que la ética protestante propulsará un cambio en la manera de predicar la concepción de la vida y, por lo tanto, en la de practicarla. Argumenta que el protestantismo permite acabar con el pensamiento tradicionalista propio de la edad media, que predisponía al hombre a trabajar para vivir “pura y llanamente” (1991, p. 29), prescindiendo de la idea de acumular dinero, lo que se constituía como obstáculo para lograr que los campesinos trabajaran más horas y con mayor intensidad. Para superarlo, será necesario pasar por un proceso de “educación y adaptación” (1991, p. 30).

Centrándose en el tema del poder, Foucault plantea en *Derecho de muerte y poder sobre la vida* (1977) cómo durante mucho tiempo, uno de los privilegios característicos del poder soberano fue el derecho de vida y muerte. Según indica este autor, se trataba de un poder que “derivaba formalmente de la vieja *patria potestas* que daba al padre de familia romano el derecho de “disponer” de la vida de sus hijos como de la de sus esclavos” (p. 163); la había dado, podía quitarla.

Este autor sostendrá que desde la época clásica se ha dado una transformación en esos mecanismos de poder, en el cual las deducciones serán “una pieza más entre otras que poseen funciones de incitación, reforzamiento, control, vigilancia, aumento y organización de las fuerzas que somete: un poder destinado a producir fuerzas, a hacerlas crecer y ordenarlas más que a obstaculizarlas, doblegarlas o destruirlas” (p. 165). Este poder, dice, implica un desplazamiento del derecho de muerte a otro que administra la vida, y sus exigencias. “El poder reside u ejerce en el nivel de la vida, de la especie, de la raza y de los



fenómenos masivos de población” (p. 166). El control será sobre la vida, y la muerte pasa a ser rechazada. Se trata del poder de “hacer vivir o de rechazar hacia la muerte” (p. 167).

Este poder sobre la vida se desarrollará desde el siglo XVII como “dos polos del mismo desarrollo enlazados por un haz intermedio de relaciones” (p. 168). Las mismas comienzan por un poder centrado en el cuerpo como máquina, al que se educa buscando “aumentar sus aptitudes, arrancar sus fuerzas, incrementar su utilidad y volver más dócil, integrándolo en sistemas de control eficaces y económicos” (p. 168), a través de mecanismos disciplinarios, lo que Foucault denominó *anatomopolítica* del cuerpo humano.

Consecutivamente, formado hacia mediados del s. XVIII, el poder será centrado en el cuerpo como especie, un cuerpo

(...) transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos, y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que puedan hacerlos variar; todos estos problemas los toma a su cargo una serie de regulaciones e intervenciones propios de los controles biopolíticos de la población (p. 168).

Nos adentramos, entonces, en el concepto de *biopolítica* como poder sobre la vida de la especie. Tanto éstas como las *anatomopolíticas* organizarán el poder sobre la vida, a las que Foucault define como una tecnología de doble faz, ya que es necesario primero disciplinar al cuerpo para poder posteriormente regular sus procesos vitales. Se trata de una “tecnología de doble faz-anatómica y biológica, individualizante y especificante (...) cuya más alta función (...) [es] invadir la vida en su totalidad” (p. 169).

Para poder desarrollar este biopoder, dice el autor que aparecerán instituciones disciplinadoras como “escuelas, colegios, cuarteles, talleres” (p. 169). Será, según éste, un elemento indispensable para el desarrollo del capitalismo ya que logra la “inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción, y un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos” (p. 171).

El envés del problema radica en lograr un aumento de las fuerzas, aptitudes y vida en general, al tiempo que reducir la capacidad de subversión.

A través de estas instituciones de poder se aseguró el mantenimiento de las relaciones de producción; la anatomo y biopolítica actuaron en el terreno de los procesos económicos, de su desarrollo, de las fuerzas involucradas en ellos y que los sostienen, a la vez que operaron como factores de segregación y jerarquización sociales, garantizando relaciones de dominación y efectos de hegemonía que permitieron una distribución de las fuerzas productivas y de las ganancias que de otra manera no hubieran sido posibles (Foucault, 1977).



Se trata de *la entrada de la vida en la historia*. Con esto, Foucault se refiere a la vida como interés del saber y el poder. El hombre occidental pretenderá organizar ese saber y poder, ampliándolo paulatinamente, para controlar y modificar los procesos de la vida:

El hombre occidental aprende poco a poco en qué consiste ser una especie viviente en un mundo viviente, tener un cuerpo, condiciones de existencia, probabilidades de vida, salud individual o colectiva, fuerzas que es posible modificar y un espacio donde repartirlas de manera óptima (1977, p. 172)

El poder pasa a tener acceso al cuerpo, es “la entrada de la vida en la política”. Este poder sobre la vida, será regido no por la sangre y la espada como lo era anteriormente, sino que por la norma. “La ley funciona siempre más como una norma y la institución judicial se integra cada vez más en un continuum de aparatos tales como los médicos o los administrativos, que tienen por función regular” (1977, p. 172). El efecto será una sociedad normalizadora.

Dice Paula Sibila (2005) que estas relaciones de poder han sido afectadas, en las últimas décadas, por las crisis que atraviesan los Estados centralizados y las instituciones de encierro. Las biopolíticas han sido afectadas profundamente por las tendencias hacia la descentralización y privatización de las agencias estatales. Las empresas pasan a ocupar el lugar de control desde el que organizan y articulan “territorios, poblaciones, cuerpos y subjetividades” (p. 214). El interés ya no radica en construir una masa de trabajadores industriales, porque el modelo actual no tiene espacio para ellos. La intención se desplaza a la de generar consumidores, empleando al marketing como herramienta fundamental de la era postindustrial, con la finalidad de construir cuerpos y sujetos de consumo.

A su vez, se pasa del interés por el control de la salud al de la administración de los riesgos. Si en el modelo descrito por Foucault (1977), el control era un control sobre la vida con el fin de mantener una población activa pero sumisa, limitada solo por la muerte, en el modelo descrito por Sibila (2005), el interés se descarga en adelantarse a la vida, a los procesos naturales y de enfermedad, para prevenirlos- incluso a nivel de los genes.

De esta manera, la muerte deja de constituir un límite, ya que no es sobre los cuerpos que se obra, sino sobre el material genético, que tiene la propiedad de ser codificado en términos de información, lo que lo hace susceptible a un lenguaje pasible de ser empleado más allá de la vida del cuerpo que le hace de soporte.

A partir de este descubrimiento, las probabilidades de enfermarse y morir, presentes de manera “indeleble” en el código genético de cada individuo, pretenden conocerse, controlarse, para poder ofrecerse como información en el mercado. La “tecnociencia privatizada” tiene la capacidad de ofrecer a los potenciales consumidores la posibilidad de superar su condición humana, y planificar sus vidas en búsqueda del aumento de la expectativa de la misma, a través de la administración constante de sus riesgos, convirtiendo al hombre en *posthumano* (Sibila, 2005).



La medicina hará de apoyo fundamental al proceso de control biopolítico; los estados formalizarán las instituciones de formación y capacitación de los profesionales en medicina como manera de depositar en una autoridad competente la tarea de controlar a la especie (Foucault, 1978).

Siguiendo esta misma línea, Peter Conrad (1982) argumenta que el rol de los médicos en este proceso es el de decidir qué es lo normal y qué es lo patológico; tienen la autoridad de dictaminar quién está enfermo, rol que caerá como un estigma sobre el paciente:

La clase médica domina la organización de la asistencia sanitaria y goza de un virtual monopolio sobre todo lo que se defina como tratamiento médico, especialmente en términos de lo que constituye “enfermedad” y de cuál es la intervención médica apropiada (p. 139).

Según explica este autor, tanto las enfermedades como el rol de enfermo son construcciones sociales y no existen sin alguien que las defina. Al proceso de definición de procesos normales o de la vida cotidiana como enfermedades que es necesario tratar se lo denominará *medicalización*.

RMP e Internet (e-health)

Según varios autores, el acceso a la información que ha brindado internet en las últimas décadas ha desencadenado que los pacientes tengan la posibilidad de informarse sobre sus problemas mediante otras fuentes que las de su médico, lo que no significa el detrimento de la consulta cara a cara. Sin ir más lejos, los estudios realizados hasta el momento concluyen que los pacientes no reemplazan la consulta en consultorio por la virtual, sino que acuden a éste con igual intensidad, solo que con mayor información sobre su supuesto problema, lo que amerita que realicen mejores preguntas a sus médicos, enriqueciendo la consulta³.

A este respecto, D. Shvartz (2011) agrega que el paciente llega al consultorio con saberes previos, ya sea a partir de información adquirida con los pares o a través de los medios. Si bien la clase media tiene un mayor acceso a los medios (entre ellos internet), no se encuentra exenta de ser portadora de un tipo de saber relacionado con costumbres y creencias. El paciente entra al consultorio con todo este bagaje, en el que la influencia de los medios enriquece la interacción, pero que expone al mismo tiempo a ciertas informaciones que muchas veces significan publicidad encubierta.

³ En una serie de encuestas sobre la evolución del uso de Internet con fines médicos de la Health On The Net Foundation (HON) se constata que un 63% de los pacientes ha discutido con su médico la información de salud que ha encontrado en la red, un 33,74% ha recurrido a consultas médicas *online* y un 43% ha utilizado Internet para buscar segundas opiniones sobre diagnósticos médicos. Un 77% de los médicos encuestados reconoce que sus pacientes discuten con ellos la información de salud encontrada en Internet, mientras que el 44% mantiene correspondencia electrónica con sus pacientes y un 71% recomienda a sus enfermos los sitios de salud como un medio válido de información médica (en cambio, un 71% desaconseja los grupos de discusión).

Siguiendo a esta autora, aparece como riesgo la dificultad de los pacientes para discernir sobre la calidad de la información. De todas maneras, cabe destacar el hecho de que el modelo paternalista esté virando hacia otro que incorpora la perspectiva del paciente, considerando que se trata de una variación impostergable ya que el mismo se encuentra expuesto a una serie de informaciones que lo colocan en una situación de saber que le otorga cierto poder sobre su propio cuerpo y sus posibilidades.

Cabe preguntarnos qué efectos reales genera en éste el acceso a la información que, si bien resulta en un paciente más instruido, podría tratarse al mismo tiempo de la incorporación de nociones que apoyan la utilización de medicamentos a la vez que la construcción de procesos normales o síntomas leves como enfermedades, sesgando el entramado político y económico que las conducen.⁴

Diseño de investigación y recorte del objeto de estudio

La investigación es cualitativa. Este tipo de estudios, por su flexibilidad, deja abierta la posibilidad de advertir situaciones nuevas durante el proceso investigativo, como ser el elaborar conceptualmente los datos, con originalidad. A modo de ejemplo, en las primeras entrevistas de este estudio surgió una categoría no advertida en la variable *Tipo de cobertura de salud*, a saber: atención pública con recursos (APR), referida a aquellos pacientes que no poseen una cobertura de salud de tipo obra social ni prepaga, pero que eligen otro tipo de asistencia como ser el servicio de ambulancias, para situaciones de urgencia. En caso de necesitar atención médica, este tipo de pacientes opta por concurrir a un hospital, o abonar la atención de un médico de forma particular. Esta decisión surge de las malas experiencias atravesadas con prepagas/obras sociales. Tal como explica Herbert Blumer (citado en Mendizábal, 2006), esta ida y vuelta entre los datos y la teorización permite generar “conocimiento fundado en los datos”.

Para el análisis, el conjunto de la información relevada se organizó en categorías temáticas con el fin de crear tipos que permitiesen mejor comprender la relación médico-paciente. Si bien los resultados no son generalizables a la población, futuros estudios cuantitativos podrán continuar la descripción y la explicación de este tema en base a esta primera exploración.

Los motivos que justifican la elección de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) –además de la facilidad para realizar el trabajo de campo de este estudio exploratorio– son los siguientes, referidos a cuestiones socioasistenciales y socioterritoriales: en lo que respecta al aspecto socioasistencial, la intención fue realizar un recorte sobre la jurisdicción municipal y provincial a la que pertenece la asistencia. En el aspecto socioterritorial, el

⁴Se deja planteado para estudios futuros la necesidad de profundizar en el rol de uno de los principales actores de este entramado al que referimos: los laboratorios y su influencia a través de la web en las decisiones de los pacientes/usuarios del sistema de salud.

recorte fue definido porque los pacientes del conurbano se trasladan a CABA en reacción a la centralización del sistema, que concentra los principales hospitales en el área.

Tipo de muestra

Seleccionamos una muestra (n: 10 casos) por cuotas, con intención de abarcar los géneros masculino y femenino, y los diferentes niveles socioeconómicos (NSE) que podemos encontrar en el área metropolitana de la ciudad de Buenos Aires (AMBA). El tipo de cobertura de salud constituye un indicador del NSE de los pacientes. Si bien este estudio no pretende ser determinista, y consideramos que estos factores pueden tener variantes y no estar solamente condicionados por los mismos, retomamos aquellas variables como una aproximación, atentos a la información que el proceso de recolección de datos nos brinda, y flexibles a la reelaboración de las mismas si necesario, tanto para este como para futuros estudios.

Las entrevistas fueron realizadas en los domicilios de los entrevistados y en el Hospital Interzonal General de Agudos Luisa C. de Gandulfo. El trabajo de campo se desarrolló sin inconvenientes. Los pacientes estuvieron abiertos a responder lo que se les preguntaba, e incluso demostraron interés en la temática, vivida como una problemática para la que quisieran encontrar una mejoría, respecto tanto del sistema de salud, como de los médicos en este sistema insertos. No se mostraron incómodos ante las preguntas realizadas. Y, en muchos de los casos, los entrevistados manifestaron el acontecer de la entrevista como un espacio que invita a la reflexión sobre el tema.

Análisis y principales hallazgos

La consulta

Entre las experiencias relatadas, con recurrencia aparece la idea de la necesidad de consultas más prolongadas. La extensión de la consulta se asocia con un mejor diagnóstico. En cuanto a la calidad de la atención, se reitera un discurso en el que los pacientes describen que no se sienten tratados como individuos, sujetos particulares, cuyos cuerpos sean contemplados como casos específicos y únicos en lugar de objetos a clasificar dentro de un diagnóstico generalizable.

...los médicos atienden en el menor tiempo posible, dejando de lado el aspecto psicológico, la contención, van sólo a los puntos básicos” (Paciente hombre, 50 años, prepaga)

(Espero) buena atención. Te quieren sacar de encima. Quisiera que expliquen y contemplen la situación de cada paciente (Paciente mujer, 37 años, atención pública)

Los profesionales de la salud



Se destaca la figura del médico de antaño, que conocía y trataba a toda la familia, lo que permitía un seguimiento más personalizado.

Que sea como antes, como el médico de cabecera... que te conozca... y te trate como un ser individual, único e irrepetible (Paciente mujer, 58 años, APR)

Me gustaría que me atiendan más personalmente. Si bien acepto el uso de tecnología para llegar a un resultado más certero, quisiera que no dejen de relacionarse con uno como lo hacían antes, con mayor calidez” (Paciente Hombre, 27 años, obra social)

Algunos pacientes desconfían de la calidad profesional y del nivel de conocimiento de quien los atiende, lo que creemos se desprende de la falta de confianza y conocimiento mutuo, y en donde radica la importancia del *rapport*⁵.

“Veo que están muy especializados, pero al mismo tiempo los clínicos se creen que como son médicos generales pueden recetar cualquier cosa, y deberían derivar, pero no lo hacen (...) Y otras veces me parece que se especializan demasiado y no tratan más generalmente, me parece que las dos cosas están mal” (Paciente mujer, 29 años, prepaga)

Consideramos la enunciación de la opinión crítica por parte de los pacientes sobre la práctica médica como representación de un modelo de RMP flexible, en el que el paciente elige involucrarse.

Todos los pacientes aportaron ideas a la necesidad de transformar la manera en que la atención es brindada, entre ellos la necesidad de extender el tiempo de consulta para poder ser evaluados más exhaustivamente en función de sus características individuales- lo que consideran condición necesaria para el diagnóstico certero.

Algunos entrevistados han nombrado la necesidad de trabajo interdisciplinario entre los diversos especialistas por quienes sean atendidos. Otros han hecho hincapié en la problemática de la atención pública por la falta de insumos y la saturación del sistema.

“Hay médicos que son demasiado expeditivos y siento que me quedo con una cantidad de dudas” (Paciente hombre, 50 años, prepaga)

“Depende del médico. Algunos te tratan bien y otros no. Y no hay para elegir” (Paciente hombre, atención pública, 33 años)

⁵m. Término inglés utilizado como sinónimo de comunicación, relación y conexión. Designa el clima general de comunicación producido por la interacción, en el curso del contacto entre dos personas. (Diccionario Universidad de Navarra). <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/rapport>

Acceso a información en salud

Sobre el acceso a información en salud previa consulta en consultorio, encontramos aquellos que consultan y lo hacen a través de internet, en primer lugar y la televisión, en segundo puesto. En algunos casos, ese saber previo es buscado en el cara a cara con personas del círculo íntimo.

En general busco en internet cuando tengo una duda sobre algo que tengo, pero porque internet es la primera fuente que uso para todo en mi vida... (Paciente mujer, 29 años, prepaga)

Le pregunto a mi esposa, que es médica (...) sólo consulto y confío en ella. (Paciente hombre, 50 años, cobertura prepaga)

Busco en Wikipedia, Google, consulto con conocidos y con médicos conocidos” (paciente hombre, 28 años, APR)

Finalizada la consulta, si el paciente no ha comprendido la información que el médico le brinda, los entrevistados resuelven con la búsqueda en internet, así como repreguntan al médico, o consultan con algún conocido/ pariente que sea médico/a.

Toma de decisiones

Los pacientes que prefieren participar de la toma de decisiones dejan ver en sus discursos la idea de cuerpo como cuerpo individual, propio. Hablan de las decisiones sobre sus propios cuerpos sobre la base de un cuerpo-sujeto, subjetivo y sintiente, que se expresa, se manifiesta, lo que permite al paciente colaborar en la descripción de la sintomatología, definición del diagnóstico, y el tratamiento a seguir.

Aunque sepan el diagnóstico, no todos los cuerpos son iguales y no todas las drogas reaccionan igual en cada organismo (Paciente mujer, 37 años, atención pública)

Decido yo, siempre. Me gusta trabajar en conjunto con el médico (Paciente mujer, 58 años, cobertura pública con recursos)

Yo soy el dueño de mi cuerpo, y quiero tener la posibilidad de elegir. Hago varias consultas buscando opiniones, si es necesario” (Paciente hombre, 27 años, obra social)

(Participo) para no sentir que me estoy entregando a la decisión de otro. Siendo mi cuerpo, yo tengo que decidir lo que se hace, en qué momento, y analizando las consecuencias” (paciente hombre, 50 años, cobertura prepaga)



Aquellos que prefieren delegar, lo aducen a la falta de conocimiento en salud como principal obstáculo.

Como no sé mucho sobre el tema, prefiero delegar (paciente hombre, 33 años, atención pública)

Hago lo que dice el médico, no le doy consejos. Si lo voy a ver, es porque me da confianza. Si no me da seguridad lo que me dijo, opto por una interconsulta (Paciente hombre, 56 años, obra social)

El médico es el que sabe (paciente mujer, 50 años, obra Social)

Él es el profesional y yo la paciente, no lo discuto. Comento sobre mis experiencias, pero no acoto mucho (Paciente mujer, 26 años, prepaga)

Encontramos que, si bien existe el acceso a internet en búsqueda de información en salud, a la misma se le otorga de poca a muy poca confianza. Quienes vuelcan su curiosidad en la web, suelen ser aquellas personas que lo hacen como respuesta a inquietudes en cualquier otro ámbito, por fuera del área salud, también.

Entre los hallazgos, no podríamos considerar que las variables sexo, edad y tipo de cobertura, sean determinantes a la hora de elegir el medio internet como herramienta para la búsqueda de información sobre salud. Pensamos que esta decisión podría responder a una determinación de carácter psicológico, independiente de las variables antes mencionadas.

Acerca de la búsqueda de información previa consulta médica en consultorio, encontramos que los pacientes que consultan en internet previa interacción con el médico, dicen sentirse mejor preparados para intercambiar con el profesional. Estos mismos pacientes, agregan que la lectura de información sobre salud en la web puede no ser productiva más allá de un primer acercamiento, así como expresaron que no se someterían a un tratamiento médico sugerido en la web.

Fármacos

Ante la pregunta por el uso de fármacos, aparece una doble respuesta: si bien la mayor parte de los pacientes dijo preferir los remedios naturales antes que ingerir fármacos, estos mismos mencionan la ingesta de fármacos de manera auto-medicada, como una práctica corriente. Cabría ahondar en el rol de los laboratorios y el nivel de influencia que los mismos ejercen a través de mecanismos como publicidad encubierta o manipulación de los motores de búsqueda para comprender su incidencia a través de la web sobre las decisiones y prácticas con relación a la ingesta de medicación en los pacientes/usuarios del sistema de salud.



Conclusiones

Partir del concepto de biopolítica implicó construir el término *medicina* como un sistema de jerarquías en el que el poder que el médico ejerce sobre los pacientes está ligado al saber homologado por el título universitario. Esto mantiene una lógica generada en un principio por el Estado, actualmente compartida con el mercado, en que la salud obra en función de los intereses de diversos agentes.

A partir de la investigación teórica y del análisis empírico exploratorio cualitativo con diez casos de pacientes usuarios/as del sistema de salud público y privado, podemos considerar que la relación médico- paciente (RMP) se encuentra en transición. Lo definimos como un momento *bisagra*: del modelo paternalista al modelo colaborador. A nuestro entender, este cambio deriva de las modificaciones en la conducta del paciente, quien ya no se somete a un rol pasivo a la expectativa de las indicaciones del médico, sino que elige colaborar con las decisiones sobre los tratamientos posibles para llevar adelante sus padecimientos: el paciente asume la decisión sobre su corporalidad como un asunto de carácter personal, individual y único. En este marco, surge la pregunta por el uso de internet como fuente de acceso al conocimiento sobre medicina. Desde nuestra perspectiva, este medio significa una herramienta que posibilita a los pacientes el acceso a información antes reservada a la comunidad médica. Esta posibilidad, habilita a los cibernautas un saber que les otorga poder sobre sus propios cuerpos. De esta manera, se abre una rendija en el orden piramidal médico, que da paso, junto con otros factores, a la consolidación del modelo de RMP colaborador.

Referencias bibliográficas

- Ameigeiras, A., Chernobilsky, L, Giménez Béliveau, V., Mallimaci, F. Mendizábal, N., Neiman, G., Quaranta, G., Soneira, A. (2007). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) *Estrategias de Investigación Cualitativa*. (pp.65-105). Barcelona: Gedisa.
- Bajtín, M. (2003). *La cultura popular en la Edad Media y en el Renacimiento, el contexto de Francois Rabelais*. Recuperado de <https://ayciiunr.files.wordpress.com/2014/08/bajtin-mijail-la-cultura-popular-en-la-edad-media-y-el-renacimiento-rabelais.pdf>
- Bascuñán Rodríguez, M. (2005). Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. En *Revista médica de Chile*, 133(1), 11-16. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872005000100002>.



- Bourdieu, P., Chamboredon, J.C. y Passeron, J.C. (1975). *El oficio de sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (Editor). *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Foucault, M. (1977). Derecho de muerte y poder sobre la vida en *Historia de la sexualidad*. Vol.1. (pp. 80-95). México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1978). Historia de la medicalización en *Medicina e Historia, el pensamiento de Michel Foucault*. (pp.36-58) Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- González, J. Barbudo Antolín, F. (1994). Concepto y marco de la relación médico-paciente, en *Seminario médico*, 46(2), 61-66. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/>
- Hall, S. (1980). Codificar y Decodificar en *Culture, Media y Lenguaje*. Londres: Hutchinson.
- Khun, T.S. (1974). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Miah, A., Rich, E. (2008). *The Medicalization of Cyberspace*. Londres: Routledge.
- Petracci, M. y Waisbord, S. (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía.
- Rodríguez Silva, H. (2006). La relación médico-paciente. En *Revista Cubana de Salud Pública*. 32(4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400007&lng=es&tlng=es
- Schvartz, D. (2011). La comunicación médico-paciente. En Petracci, M. y Waisbord, S. *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La crujiá.
- Sibila, P. (2005). Biopoder. En *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad y tecnologías digitales*. Buenos Aires: Editorial Fondo de Cultura Económica.



Weber, M. (1991) El espíritu del capitalismo y otros fragmentos en *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México: Premiá Editora.

