

VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata, 2010.

La relación médico paciente desde la perspectiva del paciente.

Espigares, Luciana y Orden, Pedro.

Cita:

Espigares, Luciana y Orden, Pedro (2010). *La relación médico paciente desde la perspectiva del paciente. VI Jornadas de Sociología de la UNLP. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-027/624>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eORb/mnm>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/ar>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

**VI Jornadas de Sociología Universidad Nacional de La Plata,
Argentina, 9 y 10 de diciembre de 2010**

“La relación médico- paciente, desde la perspectiva del paciente”

Luciana D Espigares (Lulyta84@hotmail.com) y Pedro D Orden, (pedroorden@hotmail.com). Carrera de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales- Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

Partiendo de la sociología de la salud, el siguiente trabajo tiene como objetivo reconstruir la relación médico-paciente desde las experiencias y percepciones del paciente en el contexto hospitalario. Cabe aclarar que este trabajo nació de un ejercicio propuesto en el marco de una materia, por ello los datos provienen de las primeras 4 entrevistas en profundidad y las primeras 4 observaciones realizadas en el 2010 en el Hospital de Clínicas José de San Martín. El uso combinado de las técnicas de recolección nos permitió empezar a explorar el punto de vista de los pacientes, mientras comenzamos a vislumbrar las relaciones e interacciones en la dinámica hospitalaria.

Elegimos este hospital porque los pacientes construyen significados relacionados con atenderse en esa institución por pertenecer a la UBA y por el nivel de “excelencia” de los médicos que ayudan a entender el tipo de relación que los actores crean.

Por lo tanto, intentaremos mostrar por un lado como se construyen los roles del médico y del paciente en la interacción hospitalaria, y, por otro lado, la relación de confianza que se desarrolla entre ellos, denominada “Weggenossenschaft” (compañerismo itinerante), para referirnos al vínculo afectivo desarrollado por las experiencias y percepciones que devienen, sobre todo, de una situación satisfactoria de atención. Al mismo tiempo, en contraposición a esta relación el paciente mantiene relaciones con otros actores hospitalarios.

Introducción

La relación médico-enfermo es un choque que supera lo comunicativo, es una interacción que se produce entre dos actores: médico y paciente; cuyo momento en la terminología sanitaria refiere al término “consulta, y por ende al choque entre dos “modelos explicativos”, es decir entre las nociones que tienen acerca de un episodio de enfermedad tanto los médicos como los enfermos y que involucra diversas consideraciones¹ del padecimiento, pero también del tratamiento; en el caso del Hospital de Clínicas tanto teórico como afectivo.

En la denominada médicamente “entrevista médica” los doctores reconocen dos aspectos: el primero, la confrontación entre dos personas en la que una está pidiendo ayuda por algo que considera que el médico puede ayudar a solucionar; y un segundo aspecto técnico o científico, donde se aplica una forma de entender la enfermedad. Pero el médico no es solamente el que construye una hipótesis de la enfermedad con lo que el paciente le dice, con los análisis y pruebas que hace, el paciente a su vez construye las propias a través del bagaje teórico previo y la situación de interacción con el médico.

Por lo tanto para la existencia de ese choque comunicativo, se deben hacer presentes dos discursos, el del médico y el del paciente; como indica Pedro Laín Entralgo (1984), defendiendo esta relación de persona a persona, de igualdad, que a simple vista plantaría una contradicción, no bloquearía al médico como portador del saber/curar. Según este autor en la entrevista clínica es fundamental el diálogo y el vínculo de confianza que se crea entre las partes, *“el encuentro personal entre el médico y el enfermo y la relación de diagnóstico-terapéutica a él consecutiva, son rigurosamente imprescindibles para la práctica humana del arte de curar”*.

De esta forma el médico además de ser el portador de un saber, debe compartir sus conocimientos, ya que el paciente también construye conocimiento a partir de esta relación. Aunque se podría señalar que el paciente “cede” su cuerpo para ser sanado, como señalamos el paciente no es del todo pasivo, sino que tiene un rol activo en esta relación. Pero la relación no es solo dialógica, el médico muchas veces se transforma en una especie de intermediario entre la burocracia y el paciente ayudándolo a conseguir los turnos, tratamientos, pastillas, etc. Todo esto como veremos refuerza y alimenta el lazo de confianza y la relación que los actores construyen y mantienen.

En este trabajo nos propones reconstruir la relación médico-paciente en el Hospital de Clínicas José de San Martín desde las experiencias y percepciones del paciente en el contexto hospitalario.

¹ Martínez, A; 1984: 61-67

La problemática que propondremos en esta investigación no es antojadiza, pretendemos explorar un fenómeno particular a partir del empleo de la metodología cualitativa rescatando por ello voces, la perspectiva del paciente, tradicionalmente ignoradas por varias corrientes de nuestra disciplina, pero que en las últimas décadas se han empezado a hacer visibles en los nuevos trabajos de sociología de la salud.

Buscaremos generar información que visibilice la experiencia de atención, como así también ampliar el repertorio de roles activos y los lazos que se construyen y se retroalimentan en el proceso de interacción hospitalaria.

Antecedentes bibliográficos y Perspectiva Teórica

La relación entre sociología y salud

Dada la ausencia de la temática de la salud en los padres “fundadores” de nuestra disciplina podríamos decir que la sociología de la salud tuvo un desarrollo tardío en comparación a otras temáticas (por ejemplo frente a la sociología de la religión). Autores como Twaddle² señalan que la sociología médica (académica) cobró impulso a partir de las transformaciones que tuvieron lugar en la sociología, en la medicina y en la sociedad y que se articularon hacia la mitad de la década de 1950.

Investigadores con formación social, principalmente historiadores y sociólogos en países como Inglaterra y Estados Unidos contribuyeron al desarrollo de llamada medicina social³. Posteriormente en los años setenta, debido a la restructuración de las políticas de salud en estos países, la vinculación entre las ciencias sociales y la ciencia médica comenzó a tener mayor relevancia al reconocer los aportes que se podrían realizar desde una perspectiva social para resolver los problemas que se presentaban con los usuarios de los sistemas de salud.

Respecto a las transformaciones sociales, podríamos mencionar los procesos de reconversión industrial y económica ligados a las nuevas formas de acumulación capitalista y el desarrollo de un nuevo tipo de Estado (el benefactor). Este va a encontrar en la tecnología médica y en la industria de los medicamentos un sector altamente dinámico y rentable, se producen de esta manera nuevas articulaciones entre medicina y sociedad. Los cambios en la medicina va a estar ligados entonces, en primer lugar a los cambios en la organización de los servicios médicos

² Twaddle A: *From medical sociology to the sociology of Health, Sociology: the state of the art*, Bottomore y otros, ISA-Sage publications, 1982.

³ Por medicina social se entiende una disciplina científica que pretende el reconocimiento de aspectos culturales, históricos, sociales, económicos, políticos y de género en los procesos de salud-enfermedad que se establecen en un individuo o grupo de individuos.

(incremento de la escala de la organización, mayor burocratización, uso de alta tecnología y aumento en los costos médicos) y en segundo lugar a cambios propios de la teoría médica, más específicamente: la crisis teórica derivada del colapso de la teoría de los gérmenes como explicación del origen de la enfermedad (con la cual entra en crisis un modelo de comprensión unicausal de la enfermedad).

En este sentido, podemos afirmar que en la década de 1950, el núcleo de la convergencia entre la sociología y la medicina esta dado en el hecho de que los asuntos centrales que debe encarar la medicina son aquellos que hacía tiempo eran aspectos centrales de la sociología: la organización social, la interacción, los tipos de desviación, etc.

Se pueden diferenciar en el reciente campo de la sociología médica dos corrientes: por un lado la denominada “sociología en la medicina” que actúa como disciplina soporte de la medicina, focalizada en aspectos de prevención y tratamiento de la enfermedad, proveyendo de herramientas técnicas para la solución de los problemas médicos con la meta de mejorar los diagnósticos (técnicas de entrevistas y epidemiología social) y aumentar la eficacia médica. Y la “sociología de la medicina” que, tomando las contribuciones de la teoría sociológica, se constituye como una disciplina independiente de la medicina pero colaborativa, el campo es visto externamente a la perspectiva del médico y genera investigaciones sobre la medicina como institución social, el aporte principal y precursor fue el hecho por Parsons, del cual señalaremos sus principales aportes.

La enfermedad para Parsons no es un peligro “externo” frente al cual hay que ponerse en guardia, sino que es una parte integral del equilibrio social mismo. El estudio de la salud es relevante puesto que esta ligado a los prerrequisitos funcionales del sistema social: “*la enfermedad incapacita para desempeñar efectivamente los roles sociales*”⁴, por lo tanto no hay duda de que hay un interés funcional en su control. La enfermedad la va a definir en parte biológicamente y en parte socialmente y la práctica médica será un “mecanismo” que forma parte del sistema social, en tanto subsistema, y que va a permitir enfrentarse con las enfermedades de sus miembros. Este mecanismo implica una serie de roles institucionalizados. Parsons conceptualiza a la enfermedad como una forma de conducta desviada, el rol del enfermo institucionalizado canalizará la desviación evitando la formación de una “subcultura desviada” solidaria y legítima.

Como podrá observarse, será hasta la teoría parsoniana donde se sostenga acriticamente la validez del paradigma médico hegemónico (Menéndez: 1995), la relación asimétrica entre el

⁴ Parsons, T.: *El sistema social*. Revista de Occidente. Madrid,1966, Cap. 10 Pág. 432

médico y el paciente y la estratificación social se legitiman por su funcionalidad y control social.

La perspectiva del enfermo

A partir de fines de la década del cincuenta y comienzo de la década del sesenta la sociología de la salud va a consolidarse como una especialidad dentro del campo de la sociología. Como veníamos señalando, si los estudios anteriores sostenían el paradigma (la visión) del modelo médico, los nuevos trabajos ampliaran la forma de considerar la salud y la enfermedad. Así la investigación social en el campo de la medicina se inició a partir de diversos trabajos que fueron recuperando el devenir histórico de la ciencia médica. En 1956 Henry Sigerist escribió *Hitos en la historia de la salud pública* y en 1959 *Historia y sociología de la medicina*. El autor ha sido considerado el primero en exponer las relaciones entre la práctica médica y las consideraciones sociales. Sociólogos como como Koss, Goss y Reader abordaron también el estudio del campo médico. En 1954 Koss realizó una serie de trabajos que analizaban la vinculación entre las clases sociales menos privilegiadas y los servicios de salud, concluyendo que en estos estratos sociales se presentaba un mayor número de enfermedades y menores formas de acceder a los servicios de salud. Las contribuciones de Goss y Reader en 1956 tuvieron como eje principal la reflexión sobre la relación médico-paciente. En 1957, Robert Straus publicó en la *Revista Americana de Sociología* un artículo titulado “*The nature and status of medical sociology*”, con el cual se abrió un campo extenso de investigación en dos vertientes básicas. La primera correspondía a

los estudios relacionados con el conocimiento sobre la población usuaria de los servicios de salud, el tipo de enfermedades que padecían, la forma de disminuirlas y la falta de acceso a los servicios médicos de la población . Los estudios de la segunda vertiente se centraron en las instituciones hospitalarias, las organizaciones de salud y el personal que en ellas trabajaban. Al respecto, se realizaron análisis sobre la calidad de la atención médica y la productividad y excelencia de los trabajadores de la salud tanto en instituciones privadas como en los sistemas estatales de salud. Un trabajo que muestra las líneas de investigación señaladas con anterioridad es la compilación realizada por Freeman, Levine y Reeder en 1963 titulada *Manual de sociología médica*, en la cual destacan temas como salud y enfermedad, conducta individual y organizacional, política sanitaria y métodos de estudio de la sociología médica.

Entre los textos más importantes se pueden nombrar los siguientes: “Contribuciones de la sociología a la medicina”, por Patricia Kendall; “La evolución de la medicina social”, por Rosen; “La psicología social de la enfermedad”, por Howard Kaplan; “Corrientes en el empleo

de los servicios de salud”, por Anderson; “Los métodos de investigación sociomédica”, por Patrick y Elison; “Relaciones entre paciente y médico” por Bloom y Wilson. Entre estos trabajos cabe destacar que en 1961 aparece “*The patients views of medical practice*” de Eliot Freidson, convirtiéndose en un antecedente fundamental, puesto que, centrándose en la sociología del conocimiento y de las profesiones, objeta los fundamentos de la teoría parsoniana. Así, el autor, va a mostrar como la Medicina, en el curso de lograr un monopolio sobre su trabajo, crea las posibilidades sociales para representar la enfermedad. Por lo tanto, el concepto de enfermedad no es solamente científico sino que es inherentemente evaluativo y normativo: “La medicina es una actividad moral como el derecho y la religión, que persigue descubrir y controlar cosas que considera indeseables”⁵. De esta manera a Freidson le interesa demostrar que el modo en que la gente responde a la enfermedad es causado por las cualidades simbólicas de la vida social que varían de una cultura a otra.

Los estudios realizados por Freidson dieron lugar a un sin fin de trabajos que, desde distintas perspectivas teóricas, pusieron el eje en el punto de vista y las concepciones del enfermo. De esta forma otras investigaciones que contribuyeron a fortalecer los lineamientos establecidos por Freidson y Straus fueron aquellas que cuestionaban el tipo de atención y la calidad del servicio médico. Por ejemplo, Hyman realizó su investigación en la frecuencia con que los usuarios de las instituciones de salud se quejaban del tipo de tratamiento que recibían.

Finalmente en los años setenta las problemáticas relacionadas con la historia de la medicina volvieron a tener importancia gracias a los aportes de Coe, Rosen y Freidson. En *Sociología de la medicina*, Rodney Coe menciona: “Fundamentalmente se centra la atención sobre la interacción social: entre dos personas, el médico y el enfermo; entre grupos de individuos en un contexto organizacional, como el hospital “. En 1974, Rosen escribió *De la policía médica a la medicina social*, texto en el cual trató sobre la historia de la atención de la salud, especialmente sobre la historia de los hospitales y el nacimiento del concepto de medicina social.

Por lo tanto, durante la década de los cincuenta y finales de los setenta las líneas de interés de las investigaciones sociales en el campo médico giraron en torno a temas como la relación de las enfermedades con el tipo de población que las padecía; enfermedades y factores de riesgo en poblaciones vulnerables (niños o ancianos); el número de usuarios de los servicios de salud; la calidad de la atención en las instituciones hospitalarias y la organización de los sistemas de salud. Pero además por estos años se inició el debate entre lo que se ha conocido como la medicina liberal y la medicina estatal, que en países como Francia derivó en otra vertiente de estudio: la seguridad social y la práctica de la medicina privada. Los trabajos

⁵ Freidson, E.: *La profesión médica*. Eds Península. Barcelona, 1978 Pág. 221

citados hasta ahora son representativos de las nuevas pautas de investigación que han contribuido al reconocimiento de los aspectos sociales y culturales en los procesos sobre salud-enfermedad. Ya se ha mencionado que la sociología y la historia fueron las primeras disciplinas que se adentraron en los terrenos de la medicina; sin embargo, en fechas recientes la antropología y la psicología han contribuido de manera importante a ampliar los nexos entre el campo social y el campo médico. Ante este panorama de posibilidades, las investigaciones que se realizan en la actualidad respecto del estudio de la medicina desde una perspectiva social versan sobre diversos tópicos, como son el vínculo médico-paciente, las formas de tratamiento y acompañamiento psicológico en enfermedades terminales; estudios demográficos y epidemiológicos en poblaciones que padecen enfermedades como cáncer, tabaquismo, alcoholismo, embarazo en adolescentes; estudios sobre las variables del comportamiento en los procesos de salud-enfermedad en distintos ámbitos sociales, como el laboral, el escolar o en el hogar y estudios sobre la calidad de la atención médica en las instituciones hospitalarias. Recientemente, por ejemplo, los problemas sobre bioética han creado una corriente importante sobre el rumbo que han tomado las investigaciones sociales en la ciencia médica. Así el panorama de intervención del campo social en el estudio de la medicina se ha ampliado de manera considerable, tanto que se podría decir que los terrenos de investigación son infinitos, varían constantemente según el desarrollo y las necesidades de cada sociedad.

La relación médico – paciente desde la perspectiva del paciente

Nuestro trabajo se centrará ya no en el punto de vista del enfermo sino en el del paciente. ¿A qué nos referimos con esto? a que más allá de la existencia o no de enfermedad (concepto que trasciende los intereses de nuestro trabajo), lo que nos interesa es el “paciente”, o sea, el actor que entra en relación con una de las instituciones más importantes y complejas de nuestra sociedad: el hospital. Dejando de lado sus concepciones de la enfermedad, nos centraremos en los significados que le otorga a la relación con su médico. Esta va a estar mediada por las interpretaciones que el paciente elabora en toda su trayectoria por el servicio de salud (su experiencia como paciente), en la cual se va a encontrar con un gran número de actores e instituciones (personal administrativo, trabajadores sociales, personal de seguridad, obras sociales, prepagas etc.) que van a anteceder al encuentro con el médico.

Una mirada desde el sentido común percibiría al paciente como un actor pasivo (sin voz ni acción). Nuestro trabajo, al contrario, pretende, a partir de las herramientas conceptuales del interaccionismo simbólico y el método dramaturgico de Goffman (1959) comprender al paciente en tanto agente activo y creativo, participe fundamental de la construcción del mundo

(en este caso, del mundo hospitalario). El eje central del interaccionismo de Blumer (1982) son los significados subjetivos que los actores sociales le asignan a la acción social (a la interacción) y el carácter simbólico de la misma, así los significados se construyen en la interacción y se modifican en un proceso interpretativo.

El método dramaturgico de Goffman va a ser central puesto que éste asigna una importancia fundamental al ámbito de la interacción. Es un método situacional, ya que el self esta más determinado situacionalmente por la cultura y el entorno que en la teoría de Blumer. Por eso resulta esencial el estudio del ámbito en el cual las interacciones tienen lugar. *“La institucionalización de estos niveles de vida radicalmente disímiles arroja luz en las implicancias para el yo de los ambientes sociales; y esto confirma a su vez que el yo no se origina solo en la interacción del sujeto con los otros significativos, sino que es fruto, además, de las disposiciones que toma una organización para sus miembros.”* (Goffman, 1957)

Como veníamos señalando en nuestra investigación pretendemos reconstruir la relación médico-paciente en el Hospital de Clínicas José de San Martín desde las experiencias y percepciones de los pacientes en el contexto hospitalario, ya que consideramos que indagar en la experiencia de los pacientes sobre la atención general brindada por el hospital (tiempo de espera, acceso a turnos, información, atención del personal, etc.) brinda un marco desde el cual ellos elaboran sus interpretaciones acerca de:

- el rol del médico, definiendo rol en términos de Goffman (1981) como un conjunto organizado de expectativas de comportamiento en torno a una función o posición social, pero agregando la perspectiva de Conrad (1997), donde el status de médico incorpora en el rol del profesional el “deber imaginario” de ser aquel que devuelve un estado de salud previo a la patología, de él se espera la aplicación de un saber experto que resuelva los problemas de salud y enfermedad de los pacientes.

Por otro lado, su propio rol como paciente construido en contraposición del médico. Si bien no es mero receptor de las prácticas médicas (Donati: 1994) concede ciertos derechos a condición de ser curado.

- y la atención brindada en el consultorio, pero no referida sustancialmente a la tarea específica de la práctica médica, sino que vinculada a lo que Laín Entralgo (1984) ha denominado “Weggenossenschaft” o “compañerismo itinerante”, de allí que en el proceso de atención se desarrollen toda una serie de vínculos afectivos entre los sujetos involucrados basados en la confianza, tales como amistad, que rompen con la lógica clásica de la relación médico-paciente formal.

Se trata de recuperar, posibilitar e incluir la palabra del paciente dentro del juego de poderes y micropoderes que dominan el entorno hospitalario. Se trata de dar voz a los sujetos sociales que, dada su posición en el hospital, parecen no tenerla. Por lo tanto, dar cuenta de la acción en la espera, o sea, de la acción que se produce en la inacción, de las interpretaciones que se elaboran durante la carrera hospitalaria y que influirán en la representación que hacen los pacientes acerca de los médicos.

En este sentido consideramos como una gran influencia el trabajo de Javier Auyero (2007) “Pacientes del estado”, ya que nos permitió dar cuenta de la espera como un proceso activo, en la cual los sujetos se embarcan en una serie de relaciones sociales (redes de sociabilidad) en las cuales van elaborando interpretaciones y construyendo conocimiento.

A la vez no podemos dejar de lado el trabajo Juan José Llovet (1984), puesto que es una investigación fundamental que, mediante técnicas cualitativas, logra recuperar testimonial y analíticamente los comportamientos de los sectores populares urbanos, aquellos que fueron sujetos de nuestra investigación, en relación al consumo de prestaciones médicas durante los años del proceso (dando así cuenta de los efectos que tuvieron las políticas de la última dictadura).

Dicho trabajo nos permitió un mapeo a priori de la situación hospitalaria con relación a un público particular.

Cabrá resaltar por último la investigación de Verd, Barranco y Moreno (2007) respecto del caso del trabajo administrativo de consultas externas en un hospital de Cataluña, el cual pone su foco de análisis en factores externos a la atención médica formal. Dicha perspectiva coadyuvó a que expandiéramos el análisis más allá de la relación médico-paciente dentro del consultorio.

Metodología

Estrategia de Investigación y decisiones metodológicas

Para alcanzar el objetivo propuesto, esta práctica de investigación se desarrolló en el marco de una metodología de investigación cualitativa y con un diseño de investigación flexible (Maxwell 1996:2), en el cual, como se verá, ha operado la tarea reflexiva de cada uno de los participantes de la investigación durante todas sus etapas. El carácter inductivo de la metodología cualitativa nos permitió -según consideramos- acercarnos de la forma más adecuada para realizar un primer abordaje exploratorio y, en algunos casos, una descripción de los procesos ocurridos dentro del campo, siendo de especial relevancia comprender desde la

perspectiva de los pacientes los eventos, situaciones y acciones que constituyen la relación médico paciente en un contexto particular como es la situación de atención en el hospital.

El corte cualitativo de esta investigación nos habilitó también usar “conceptos sensibilizadores”⁶ (tales como “rol” o “Weggenossenschaft”) que, entendemos, nos facilitaron el acercamiento a los procesos y situaciones donde se desarrollan las percepciones y prácticas de los agentes involucrados. Finalmente, el empleo de objetivos exploratorios-descriptivos condujeron la búsqueda de información para comenzar a conocer cómo se comporta (o comportó) nuestro objeto de estudio, cuáles son sus características, cómo se desarrolla (cuál es su dinámica de acción), quiénes están involucrados y cómo se relacionan entre sí, etc. De este modo, pretendimos construir el fenómeno en cuestión: la relación médico-paciente desde la perspectiva del paciente.

Observaciones y Características de las entrevistas

Comenzamos nuestra investigación con la realización de observaciones no participantes a los fines de lograr una familiarización con el objeto de estudio y con el campo en general. La aproximación exploratoria nos proveyó de un cúmulo de datos iniciales vinculados al esclarecimiento del objetivo y coadyuvaron, simultáneamente a la realización, revisión y control de las subsiguientes etapas del proceso de investigación.

De este modo, decidimos recurrir al uso de la técnica de observación no participante por la ventaja que ella conlleva, entiéndase; en primera instancia porque potencialmente nos ofrecía datos sensitivos con respecto al contexto, los cuales planteaban relaciones entre varios factores. Vale aclarar que hemos buscado, en la medida de lo posible, no alterar la naturalidad del escenario para indagar en las rutinas cotidianas que dentro de él se desarrollaban. En segundo lugar, el valernos de nuestros “yoes” como instrumentos básicos de investigación resultó ser un diferencial a la hora de economizar tiempos y recursos.

Por lo tanto mediante la observación no participante hemos enfocado nuestras labores en realizar una descripción detallada del hospital, de los actores involucrados, de los procedimientos que tienen que seguir los usuarios para la obtención de un turno, los tiempos de espera para sacar turnos y para ser atendidos.

Así también, hemos podido indagar en algunas cuestiones en el plano relacional del hospital como la duración de las consultas con los médicos (y en algunos de sus aspectos interactivos) o

⁶ Vasilachis de Gialdino, I. “*Condiciones de trabajo y representaciones colectivas: el discurso político, el discurso judicial y la prensa escrita a la luz del análisis sociológico-lingüístico del discurso*” en *Discurso y Sociedad*, CEIL-PIETTE (CONICET-ARGENTINA) ,2007.

el trato entre los diferentes miembros del personal (médicos, administrativos, seguridad), entre el personal y usuarios, y entre los pacientes y acompañantes.

Con respecto acceso, al ser un Hospital público muy transitado por pacientes, médicos, estudiantes y otro personal, nos permitió recorrerlo y emplazarnos en un lugar (sector B) sin llamar demasiado la atención, mas allá que cada vez que uno observa es observado. Por lo tanto, en términos formales la observación no representó ningún tipo de inconveniente, incluso hemos podido tomar una serie de fotografías⁷ de varios sectores hospitalarios con el objetivo de ilustrar acabadamente la descripción del lugar que recorren los usuarios del hospital.

Inmediatamente realizada la observación realizamos nuestras notas de campo y un análisis preliminar por medio de la puesta en común de los fenómenos emergentes que cada uno entendía como más significativos del contexto hospitalario, lo cual permitió establecer criterios generales para llevar a cabo la tarea de revisión bibliográfica a los fines de delinear los objetivos de nuestro trabajo, y a la vez; de desandar un primer boceto del marco conceptual y el estado de la cuestión de nuestra investigación.

Realizado lo anterior, ya familiarizados con el tema y con nuevas preguntas respecto de cuestiones introspectivas posibles de ser contrastadas con la subjetividad de los pacientes, consideramos que era el momento oportuno de avanzar hacia una nueva etapa para la recolección de datos vía entrevista.

La realización de entrevistas se adecuó a los fines de poder esclarecer la experiencia humana subjetiva que conlleva el proceso de atención hospitalaria, por eso nos interesó que los informantes describieran lo que sucedía y el modo en que lo percibían (Taylor y Bogdan, 1986).

Entendemos que la realización de una triangulación (Hammersley y Atkinson, 1994) hacia dentro de la metodología cualitativa, en este caso, fue absolutamente necesaria, combinando los datos de las observaciones y las entrevistas, pues en definitiva la acción muda no existe. Siguiendo a Arendt (1995) nuestra perspectiva respecto de la acción refiere a que sin palabras la acción pierde al actor. En este sentido, el agente de los actos sólo es posible en la medida de que es, al mismo tiempo, quien dice las palabras, quien se identifica como el actor y enuncia lo que está haciendo, lo que ha hecho, o lo que trata de hacer.

Por tanto, la aplicación del instrumento entrevista en su forma semi-estructurada nos permitió abordar los objetivos y generar información profunda y rica en detalles acerca de las percepciones, pensamientos, sentires, opiniones, pensares, etc. de los pacientes en espera de los

⁷ Decidimos hacerlo con la cámara del celular y ha escondidas, para no llamar la atención y por respeto a los pacientes

consultorios externos del sector “B” del Hospital de Clínicas José de San Martín, los cuales oficiaron como informantes para la realización de la investigación (Dascombe:1999). Asimismo, hemos considerado positivamente el acercamiento reflexivo que la técnica nos proporcionaba para acceder a la dimensión subjetiva del ser paciente, lo cual, entendimos, favoreció el análisis de los datos, ya que incorporamos empáticamente varios de las sensaciones que nos fueron transmitidas⁸.

Cabra agregar al respecto que la selección fue intencional; nos interesaban los pacientes en espera, ello en parte porque nos era imposible acceder al consultorio médico y por otro lado, por el tiempo que pasan en la sala de espera esperando ser atendidos, lo que nos llevo a pensar que podrían estar bien predispuestos a dialogar. La selección de pacientes en espera, por otro lado, sigue también una justificación teórica pautaada por nuestros objetivos de investigación de profundizar en la subjetividad del “sujeto-paciente” que interactúa con el médico.

Cabrá aclarar que, más allá de la triangulación intra-metodológica, tanto en las observaciones como en las entrevistas hemos realizado, una “triangulación entre investigadores” (Flick 2004) para enriquecernos con los puntos de vista de cada investigador.

Si bien los datos fueron recabados mediante el uso de instrumentos homogéneos (guía de observación y entrevista) cada miembro se reservó la posibilidad de aportar perspectivas particulares a la observación de los fenómenos significativos, y contó con la capacidad de conducir las entrevistas de modo singular, quedando establecido individualmente la consideración de profundizar o repreguntar acorde a cada criterio y situación en especial, basándonos en que cada entrevista es una situación de interacción social entre dos personas, por lo tanto única. De esto modo, el trabajo y discusión en situación de grupo ha favorecido la emergencia y tratamiento de relatos diferentes, y, al mismo tiempo, homogeneizados en su análisis bajo el marco de premisas teóricas y objetivos de investigación compartidos.

Como ya habíamos señalado, al momento del análisis contábamos con los datos de las primeras cuatro observaciones realizadas en el mes de abril del 2010 y las primeras cuatro entrevistas realizadas en mayo del 2010 a dos mujeres y dos hombres, cuyas edades oscilan entre los 51 y los 63 años. Para la selección de entrevistados, y por la pequeña cantidad de casos que tomaríamos, además de las características del lugar (se atienden personas enfermas que talvez no quieran hablar), no utilizamos ningún criterio en particular, solamente que se atendieran en el Hospital y que estuvieran dispuestos a dialogar.

⁸ Cabe resaltar que en algunas ocasiones tuvimos que negociar ciertos espacios y tiempo (Wind: 2008), sobre todo con los entrevistados, por estar esperando ser atendidos y por no poder acceder a las consultas médicas.

Con esta información y en concordancia con los objetivos planteados, comenzamos el tratado simultáneo de la información disponible para comenzar comprender los datos en contexto (Coffey y Atkinson: 2003). Inicialmente, tanto las entrevistas, como las observaciones y las notas de campo de las mismas, fueron puestas en conjunto a los fines de establecer parámetros pertinentes para la emergencia de categorías comunes que permitan codificar los registros. Posteriormente, los fragmentos fueron organizados de dos maneras diferentes. Por un lado, en base al material de entrevista se elaboró un texto único, los mismos registros también fueron incorporados a una matriz que además contenía la información obtenida en base a las observaciones y a las notas de campo de las mismas. En busca de una coherencia general de los datos, en todos los casos se trabajó con los mismos códigos y categorías.

Por último, la interpretación final se realizó con la matriz y el texto único reducidos a modo de breves resúmenes de los registros más significativos. Agrupados nuevamente todos los datos en temas comunes, se realizó, posteriormente, un esquema conceptual general para dar coherencia a cada una de las partes.

Contexto del Hospital

Resulta importante para comenzar, dedicar unas breves palabras al lugar en que se enmarca nuestro objeto de investigación; el hospital de Clínicas José de San Martín. En 1879 comenzó su construcción y un año más tarde fue escenario del conflicto por la federalización de Buenos Aires, funcionando como hospital de concentración de heridos. Cuando la Provincia fue vencida al orden Nacional entregó el Hospital a la Facultad de Medicina, desde allí pasaron por sus instalaciones diversas figuras reconocidas de la medicina. Actualmente funcionan varias cátedras, residencias, concurrencias, postgrados, especialidades todos con el prestigio que le concede la Universidad de Buenos Aires. El Hospital es una institución donde se atiende un sector heterogéneo de la población, generalmente por derivación de otros profesionales dado el reconocimiento con el que cuentan sus médicos.

Trayectoria del Paciente

El hospital es un espacio complejo, conformado por una multiplicidad de actores y sus interrelaciones. El paciente no accede al médico de forma inmediata, sino que debe atravesar diferentes instancias, en las cuales se va a ir encontrando con diferentes actores hospitalarios. Por lo que hemos podido observar, desde el acceso mismo, el paciente realiza un recorrido en el que se vincula con esos diferentes actores que van desde el personal de seguridad, pasando por la oficina de informes, hasta llegar a las ventanillas administrativas encargadas de otorgar

turnos. Referir a la trayectoria (o en términos goffmanianos: la carrera) de los pacientes es fundamental para poder comprender como construyen en este proceso su propio rol como pacientes, el de los médicos y como otorgan significación a esta relación.

En esta trayectoria cobra especial protagonismo la figura del administrativo, tema recurrente en las entrevistas y emergente en las observaciones en el campo. Una investigación que también señala su importancia es la de Verd, Barranco y Moreno (2007), los autores dan cuenta de que es en el personal administrativo en quien recae el engranaje organizativo del hospital. Si bien en nuestra investigación constatamos la centralidad del núcleo administrativo, particularmente nos llamó la atención por el conflicto y el malestar que genera en los pacientes⁹. Enojado, Osvaldo nos dirá:

“está haciendo nada desde hoy, andá a saber cuánto le pagan por no hacer nada. Ojala a mi me pagaran por estar tirado panza arriba rascándome el ombligo, no le gusta el laburo, venís siempre y está hablando, le pagan por hablar”.

O Graciela analizando retrospectivamente planteará:

“a nivel de recepción de turnos y eso tienen una formación muy básica, muy elemental y pienso que la gente tampoco le demanda más que el turno”

Como se verá a continuación, la construcción del rol del médico por parte de los pacientes, es realizada en el proceso de contraste con esta figura distante, fría y burocrática del administrativo.

Como nos muestra Olga:

“siempre lo tratan mal a uno, yo he venido a quejarme porque no me salía el turno y me trataron mal”.

O como nos señala Osvaldo:

“No yo ya con ellos me peleé fiero, no hablo más, les pido turno, punto. Después lo que haya que hablar, lo hablo con Naya, nada más, yo con ellos no hablo más... llego temprano, ni los saludo, hago lo mío y me siento hasta que me llaman. Qué caras de fierro por el amor de dios”

A la vez que este proceso configurará parte de la dimensión de espera activa del paciente.

Acercas del rol del médico y del paciente

Desde lo que manifiesta, y cómo lo manifiesta, el propio paciente, el médico en el Hospital de Clínicas José de San Martín es “excepcional”, es aquél que los diagnostica sin equivocarse, el responsable de que pueda llevarse a cabo el tratamiento que necesitan, el profesional que siempre está tratando de poner el cuerpo y solucionar los problemas más allá de la falta de insumos, de la desorganización del hospital a nivel turnos, de la falta de aparatos, de las cuestiones edilicias. Para

⁹ A diferencia de la investigación citada que se centra en el proceso de trabajo administrativo.

el paciente la atención que obtienen del médico “ es la mejor”, ya que es el que permite que puedan ser atendidos y curados. Como Osvaldo nos señalará:

“Si conoces alguno que haga todo lo que hace éste decime, me salvó el corazón querido ¿te parece poco? Yo estaba la miseria de dolores por todo el cuerpo, yendo de un lado al otro, que la medicación de uno, que una cosa, la otra, Naya¹⁰ me dice es presión quédese tranquilo, baje la sal y controlemos la cosa”.

Este calificativo de excepcionalidad que emerge recurrentemente de la voz de los propios pacientes del Hospital del Clínicas con respecto al médico, entendemos que refiere a las dos dimensiones del rol del médico que pudimos reconocer, la primera vinculada al médico en tanto sujeto docto, portador de conocimiento y potestad para curar, como nos lo indicaran:

“(…) son buenos médicos, te buscan todo. O sea, yo he tenido un grupo con el Rodríguez y la Dra. Pérez que ha mi me han detectado todo lo que tengo hasta el hipertiroidismo que no me lo han dado antes” (Carlos).

Cabrá resaltar que además del binomio saber/curar que construye el rol del docto en la percepción de los pacientes, el marco institucional (Hospital de Clínicas de la UBA) donde el médico trabaja les confiere una legitimidad ad-hoc que excede la figura personal de cada uno. Así lo resumirá Graciela:

“O sea muchos médicos mandan a sus pacientes como diciendo bueno si te van a salvar, te van a salvar ahí”

Ahora bien, una segunda dimensión, diferente del lo que incumbe a las prácticas médicas formales, se descubre ante el deterioro institucional que sufre el hospital, como bien marcamos en las notas de campo:

La entrega de turnos está sumamente mal organizada, genera mucho mal humor en los pacientes, se producen situaciones de maltrato (...) Llama la atención, en esta zona, un agujero de enormes proporciones, que se encuentra en el techo y permite ver las cañerías del hospital. La situación de precariedad edilicia, al igual que las pésimas condiciones laborales en las que se encuentran los médicos y el personal del hospital -situación que se puede inferir a partir de diversos afiches que contienen reclamos laborales de todo tipo- construyen un paisaje caótico.

En este contexto emerge un rol de médico que refiere a sus prácticas como intermediario entre la desorganización/ burocracia del hospitalaria y el paciente. En este sentido se nos planteará:

“el Dr es impecable siempre cualquier cosa que necesito me ayuda”.(Carlos)

O como señala Graciela;

“esta siempre poniendo el cuerpo y tratando de solucionarte... los profesionales son contenedores y siempre buscan una vía alternativa para que sea posible lo que uno necesita para tener la salud que es el tema”.

El caso de esta nota de campo es ilustrativo de lo que mencionamos:

Faltando diez minutos para las once una secretaria sale de la puerta e invita a pasar por la puerta para sacar el turno a los tres que siguen. Cinco minutos después un médico sale de la puerta e invita a pasar a todos los que están haciendo la fila para que saquen sus turnos adentro, esto le permitiría poder cerrar la ventanilla y que no se siga formando cola- entro yo también-. La secretaria que tenía la intención de que solo tres entren, se enoja

¹⁰ Los nombres de cada médico en, cada caso, han sido cambiados para preservar el anonimato.

con el médico, le dice “ en cinco minutos empieza el receso, esto no puede ser! Tendría que ser como un banco, cuando la ventanilla cierra, cierra” el médico le contesta “pero esta gente hizo la cola, yo la voy a atender igual”. Una señora se me acerca y me comenta: “otros días directamente te cierran la ventanilla”.

En este sentido, el médico no solo será el docto sino el que “consiga” medicamentos, turnos, acelere estudios, en definitiva un intermediario.

ah sí, bueno me da la medicación que creo que al se la regalan, pero nadie le obliga a darme, ¿ves? mirá (saca una blister de pastillas) esta me las da el doctor, no se ni cuanto salen en la calle, pero el me las da gratis. Son esas cosas...(Osvaldo)

El paciente a la vez construye su propio rol como tal, como receptor de las prácticas médicas, él “cede su cuerpo” al médico a condición de ser curado:

“La calidad de la atención. O sea el médico te atiende y te saca, y acá el médico entras y te revisan completamente, acá el médico te pregunta todo, aparte te desviste, te revisa cada parte, cada área; yo siempre he salido satisfecho con la atención (Carlos)”

Dicho lo cual, si bien el paciente cede su cuerpo, no se podrá afirmarse que el paciente es un mero receptor de la práctica médica, el paciente es un agente activo durante la consulta, indaga permanentemente y construye de esa forma un saber acerca de lo que le sucede que le permite dialogar con los propios médicos, llegando muchas veces a internalizar el lenguaje técnico.

Matías: ¿Y ud. entiende cuando el médico le explica?

Carlos: si acá te hablan todo. Eso es lo bueno, que no te ocultan nada, a veces uno no quiere que le digan las cosas pero a mí siempre me lo han dicho de una manera bien, muy amablemente y me han hecho entender lo que tengo.

En este sentido, los pacientes nos señalarán que cuando piden que se les explique un determinado tema reciben respuestas pertinentes, en un léxico claro y entendible:

“el me explica todo en punto a punto y si no entiendo algo él me lo anota”.

Luciana: ¿Y a nivel médico sentís que tus inquietudes son escuchadas, que cuando vos preguntas te explican bien?

Graciela: Absolutamente y yo soy una paciente demandante de información porque mi seguridad pasa por ahí y la verdad que acá fue el mejor lugar donde siempre tuve eco en eso, nunca no me respondieron alguna inquietud que yo tuve con respecto a tratamientos o posibilidades

De esta forma lo que las entrevistas nos dejan ver, es que los pacientes agradecen que les informen y les expliquen con claridad, valorando sobre todo el buen trato. En algunos de los casos como el de Carlos se atienden en varios servicios, ya que sufre problemas pulmonares teniendo que usar

tubo de oxígeno, problemas cardiacos, problemas endocrinos y por ello toma medicación para la tiroides, además de tener un importante problema de sobrepeso. En el caso de Graciela también se atiende en más de un servicio, en patología mamaria, en climaterio, en hematología,

en cirugía plástica y en dermatología, inclusive se opero en el año 94 en el hospital de un cáncer de mama.

Si esta dimensión del rol del paciente responde a lo que sucede dentro del consultorio y fue construida a partir de las entrevistas en profundidad. No debemos olvidar una segunda dimensión del rol del paciente, la que refiere a su trayectoria previa.

Construyendo relaciones en la espera

Si bien desde un punto de vista no atento o de sentido común, se puede pensar al paciente como actor pasivo, que espera simplemente a que se lo atienda, las observaciones realizadas demuestran lo contrario. Los pacientes son agentes activos, en la misma espera construyen relaciones con pares mediante los cuales se van informando como moverse al interior del hospital. Lo dicho se clarifica la siguiente nota de campo:

Los propios pacientes offician como “oficina de información” del otro. Los que hace más tiempo que están esperando por la consulta, o están más familiarizados con el lugar, indican a los recién llegados varios de los pasos a seguir. A tener en cuenta la siguiente conversación entre dos pacientes (P1 y P2):

P1: Disculpe, ¿endocrinología es acá?

P2: Si, ¿trajo los estudios?

P1: Si, acá tengo, si.

P2: Entonces pida el turno ahí.

Cabe destacar que los conocimientos acerca del hospital se construyen a partir de las consultas que se realizan entre ellos y las peleas con los administrativos, más que con las señalizaciones y los carteles. Una vez que el paciente llega a la ventanilla, posee un cúmulo de información obtenido previamente en las charlas con sus pares realizadas durante la fila.

Como nos comenta Graciela de su experiencia de atenderse en el Clínicas:

“me anticipo a la jugada porque sino no me podría atender, si uno no tiene el conocimiento de cómo funciona el hospital no logra buenos resultados y eso te lo da la experiencia de ir a los servicios de saber que a veces las cosas no andan, que a veces los turnos tardan, que los resultados no están, cuando ya sabes te puedes anticipar cuando no sabes no te anticipas pero luego ganas experiencia, como todo. los turnos es complicado porque hay algunos servicios que no se puede pedir turnos telefónicos y por ahí uno viene que están de paro, no atienden o sea si eso pasa y eso es malo que pase, en cambio otros servicios no solo tienen turnos telefónicos sino si se cambian el turno a uno lo llaman. Seguro que habrá un ideal de salud que no es este ¿no? pero si uno aprende a manejarse con las irregularidades lo puedes llevar”.

Compañerismo itinerante

Una instancia diferente de la relación médico-paciente, no focalizada en cada rol en particular, sino en el inter-juego de ambos; es lo que construimos en este caso como compañerismo itinerante (Laín Entralgo, 1984), el cual, entendemos, contempla la relación en proceso desde una perspectiva afectiva, desarrollada entre las partes a raíz de las experiencias, sensaciones y

sentires que devienen, sobre todo, de una situación satisfactoria de atención hospitalaria, y continúa en el tiempo en tanto y en cuanto la visita del paciente al doctor se realiza periódicamente.

De lo dicho, el “trato humano” del médico y la “confianza” con la que el paciente acepta la intervención médica son partes fundantes de la relación. Consideremos el siguiente diálogo:

Luciana: Resaltas el factor humano de los médicos acá

Graciela: Seguro porque contener al paciente es muy importante. La salud en realidad es una cosa inexistente casi, la salud tiene que ver con muchos factores y los factores que yo creo que tienen mucha importancia en la salud, tienen que ver con el estímulo y con la contención, uno puede estar completamente bajoneado y se saca una muela y se cae redondo y capaz que uno tiene una buena contención a nivel profesional y uno se opera que se yo a cielo abierto y le parece que va a salir todo bárbaro y de hecho sale todo bárbaro es decir hay mucho componente que se maneja bien que tiene que ver con la psicología humana sí.

Luciana: En esto tiene que ver el médico...

Graciela: Obvio es que eso es parte de la formación supongo yo, entonces bueno te da toda la tranquilidad de que las cosas están en buenas manos y que todo va a salir bien (...)

Aparte que son mejores profesionales, la formación desde el punto de vista humano y afectivo, es muy contenedor no como en otros lugares que hay desidia o desinterés o indiferencia o falta de sensibilidad.

Los pacientes resaltan de la relación el aspecto cálido; la comprensión, el sentirse contenidos. En nuestras observaciones en el sector B del Clínicas pudimos indagar en algunos matices del lazo de confianza y afecto que construyen los pacientes con los doctores al notar que estos salen de los consultorios y ven a los pacientes, los saludan con un beso, les aprietan los cachetes, les preguntan cómo andan, cómo siguen. En una de nuestras observaciones un doctor sale del consultorio del servicio B y se encuentra con una paciente con palpitaciones, al comprobar que esta no tiene turno la empieza a atender en el pasillo, le pide los estudios, los lee, ante nuestros ojos le va explicando los valores, le explica que puede ser y como él tiene que ir a hacer el recorrido por los pisos, llama a otro médico para que la atienda, le explica todo en detalle y le dice a la señora que el doctor le va a hacer estudios, “que se quede tranquila”.

Todo este complejo que pudimos notar, consideramos que forma parte del “compañerismo itinerante”, donde la atención es un proceso, un “ir juntos” que excede lo normativo de la práctica médica¹¹ y el caso omiso del paciente. En este contexto emerge el médico construido por un fuerte componente humano, de amistad, es contenedor, escucha inquietudes y responde las preguntas de una forma clara y sincera. Es indudable que el lazo de cariño es un componente fundamental en esta relación y los médicos la refuerzan con pequeños detalles, que los pacientes valoran y rescatan: sea desde conversar trivialidades que desestructuran la situación, hasta que les presten un Holter, le consigan el tubo de oxígeno o le consiga medicación gratis, al respecto Osvaldo nos comentaría:

¹¹ Siempre teniendo en cuenta que nos movemos dentro un esquema médico occidental y por sobre todas las cosas hegemónico.

“Bueno me da la medicación que creo que al se la regalan, pero nadie le obliga a darme... el ayuda, nadie lo obliga en el hospital, pero le sale ser así. La verdad, es una suerte”.

Como contrapartida, más allá de ceder en algunos aspectos hacia dentro del consultorio, los pacientes realizan pequeños sacrificios en la rutina cotidiana para responder a la atención brindada,

-se levantan temprano

“Yo para sacar el turno me levanté a las 3 de la mañana”

-viajan desde lejos

“Me vengo desde Pompeya al centro para ver a este Cristo, dejo un trabajo de la semana en Claypole y vengo, estoy re conforme, no se le puede pedir más”.

-dejarán de lado ciertos “lujos”;

“(...) porque por ejemplo yo podía tener a nivel hotelero digamos una mejor cobertura en mi obra social pero a nivel profesional no y yo elijo que mi salud esté mejor atendida porque comer y dormir bien lo hago en mi casa”.

-o realizarán regalos de agradecimiento;

Para fin de año siempre le regalo alguna cosa y él se pone muy contento, me dice que no me moleste, pero ¿cómo no me voy a molestar? Me dice Osvaldo ¿cómo me va a regalar un pan dulce?

El “compañerismo itinerante” es un concepto retomado del alemán “Weggenossenschaft”, deconstruyendo rápidamente la palabra “weg” remite al compañerismo, la hermandad, la cooperación, mientras que “genossenschaft” al camino, el sendero, el curso o el trayecto. Relación y proceso; dos conceptos que la sociología nunca debe dejar de tener en cuenta, y que en esta experiencia de investigación, necesariamente cualitativa, pudimos reconstruir.

Comentarios Finales

Lo que hemos intentado hacer hasta aquí ha sido explorar, y en algunos casos describir, dos momentos significativos que nos han permitido comenzar a reconstruir la relación del paciente con su médico, donde intervienen roles específicos; el médico como aquel docto del que se espera la cura pues posee un saber particular que lo habilita, pero también como sujeto que media entre los pacientes y las diversas circunstancias que dan forma a la escena hospitalaria en general. De esta forma según la palabra de los pacientes el medico es el que consigue los medicamentos, el tubo de oxígeno, el Holter, es el que pone el cuerpo, “el medico es bárbaro”, “nadie lo obliga”, es el que permite a través de su accionar que el paciente pueda apurar un trámite o un turno, luchar contra lo que impediría conseguir mejorar o lograr la salud.

Por su parte, el paciente se erige como un agente activo dentro las dinámicas institucionales hospitalarias, ya que mediante su espera mantiene interacciones con otros actores hospitalarios, a la vez como un individuo que en la interacción con el médico cede, con ciertos reparos como

podimos ver en las entrevistas y las observaciones, algunas dimensiones de su corporalidad a condición de ser curado, ya que es importante para esta relación como lo han expresado los entrevistados que el doctor le explique claramente.

En el mismo campo, teniendo en cuenta las limitaciones de las cantidades de observaciones y entrevistas con las que contamos y el mismo lugar donde realizamos las entrevistas, sala de espera del sector B del Hospital de Clínicas, el cual tuvo sus ventajas y desventajas, porque los pacientes por un lado esperan ser llamados y no quieren perder el turno que le cuesta conseguir, además es un lugar donde transitan actores con dolencias físicas, pero por otro lado es un lugar de espera donde realizar interacciones y construyen percepciones, además de tener un fácil acceso, tuvimos la oportunidad de notar que la relación no se planteaba solo en el desempeño de roles formales, sino que además elementos no prescritos referidos al plano de lo afectivo mediaban en el vínculo que unía circunstancialmente tanto a médicos como a pacientes, y a ello lo denominamos siguiendo a Laín Entralgo “Compañerismo itinerante”.

Será importante recordar que cada una de las instancias es indisociable de la otra, se refuerzan mutuamente, se reproducen y actualizan cada vez que el paciente visita a su médico. En este sentido serán los roles del médico y del paciente inherentes a la relación de atención los que permitan consolidar y potenciar el vínculo desarrollado en términos de “compañerismo itinerante”.

Al mismo tiempo, y como posible primer hipótesis de este trabajo para indagar en un futuro, este tipo tan particular de compañerismo podría ser el que, sin ser el único, coadyuve a la realización de los roles implicados, pues el proceso de atención, por lo que hemos podido indagar, se ve optimizado en todos los casos ante la presencia de este lazo emocional. Como nos indica Graciela “*aparte que son mejores profesionales la formación desde el punto de vista humano y afectivo es muy contenedor no como en otros lugares que hay desidia o desinterés o indiferencia o falta de sensibilidad*”.

Bibliografía Consultada

-Auyero, J. (2010) *Pacientes del Estado. Notas hacia una etnografía de la dominación.* Universidad de Texas. Austin.

-Biagini, G. (1987) *La significación social de la enfermedad*, Mimeo.

-Rodney Coe. (1973) *Sociología de la medicina*: Madrid, Alianza Editorial, p. 11.

-Coffey, A. y Atkinson, P. (2003) *Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación.* Medellín, Editorial Universidad de Antioquía.

-Conrad, P. (1997) *The Sociology of Health and Illness. Critical Perspectives.* New York. St. Martin's Press.

-Denscombe, M. (1999) *The Good Research Guide for small-scale social research projects*, Buckingham, Open University Press. Capítulos 7-8 (Documento de Cátedra 4: Freidín, Otamendi, Perugorría 2001)

-Donati, P. (1994) *Manual de sociología de la salud.* Madrid, Días de Santos.

-Freidson, E. (1978) *La profesión médica.* Barcelona. Eds. Península.

-Goffman, E. (1981) *La presentación de la persona en la vida cotidiana.* Buenos Aires. Editorial Amorrortu.

-Goffman, E. (1992) *Internados.* Buenos Aires. Amorrortu.

-Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994) *Etnografía. Métodos de Investigación*, Buenos Aires, Paidós.

-Huberman, M. y Miles, M. (1994) "Manejo de datos y métodos de análisis" en *Handbook of Qualitative Research* en Denzin, N. y Y. Lincoln, (Editores) (1994) *Handbook of Qualitative Research*, Londres, Sage (Documento de Cátedra 1: García Hamilton)

- M. D. Hyman.(1970) "Some links between economic status and untreated illness", en *Social Science and Medicine*, núm. 4: Estados Unidos, pp. 387-389

-Earl L. Koss (1998) *The health of Regionville, what people thought and did about it*: Nueva York, Columbia University Press, 1954; Mew Goss y G. Reader. *Collaboration between sociologist and physician social problems*, 4 de julio, 1956, pp. 82-89; Mew Goss. "Patterns of bureaucracy among hospital staff physicians", en Eliot Freidson (comp.), *The hospital in modern society*: Nueva York, The Free Press, 1998; textos citados en la obra de Howard Freeman et al. *Manual de sociología médica*: México, Fondo de Cultura Económica

-Laín Entralgo, P. (1984) *La relación médico paciente.* Alianza ed. Madrid

-Llovet, J.J. (1984) *Servicios de salud y sectores populares: Los años del proceso*, Buenos Aires, CEDES.

- Maxwell, J.A (1996) *Qualitative Research Design. An Interactive Approach*; Thousand Oaks: SAGE, caps.1a 5.
- Martinez, A (1984) “Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria”. *Revista Rol de Enfermería*, Diciembre, nº 172
- Menéndez, E. (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México. Alianza Editorial Mexicana/Fonca.
- Parsons, T. (1996) *El sistema social*. Revista de Occidente. Madrid.
- George Rosen. (1985) *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud: México, Siglo XXI*
- Henry Sigerist. (1990) *Historia y sociología de la medicina*: Bogotá, Gustavo Molina Editor, 1974 y Henry Sigerist. *Hitos en la historia de la salud pública*: México, Siglo XXI
- Robert Straus (1957) “The nature and status sociology”, en *American Sociological Review*: Estados Unidos, pp. 200-204.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986) *Introducción a los métodos cualitativos de la investigación*, Buenos Aires, Paidós. Capítulos seleccionados en el programa de la materia
- Twaddle, A. (1982) *From medical sociology to the sociology of Health*, Sociology: the state of the art. ISA- Sage publications.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2007) “Condiciones de trabajo y representaciones colectivas: el discurso político, el discurso judicial y la prensa escrita a la luz del análisis sociológico-lingüístico del discurso” en *Discurso y Sociedad*, CEIL-PIETTE (CONICET-ARGENTINA)
- Verd, J. M., O. Barranco & S. Moreno (2007) “El análisis de los procesos de trabajo mediante métodos etnográficos: el caso del trabajo administrativo en consultas externas hospitalarias”, *Papers*, 83: 145-168.
- Wind, G. (2008) “Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings”, *Anthropology and Medicine*, 15, 2: 79-89 (Documento de Cátedra 61: Freidin 2010)