



Región y Sociedad

ISSN: 1870-3925

region@colson.edu.mx

El Colegio de Sonora

México

Zúñiga Elizalde, Mercedes

Reseña de "De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud" de María del Carmen Castro Vásquez

Región y Sociedad, vol. XXII, núm. 48, mayo-agosto, 2010, pp. 283-290

El Colegio de Sonora

Hermosillo, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10214692009>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Derechos reservados de El Colegio de Sonora, ISSN 1870-3925

Reseñas

**María del Carmen Castro Vásquez (2008),
De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la
calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud,
Hermosillo,
El Colegio de Sonora,
494 pp.**

En *De pacientes a exigentes*, Carmen Castro centra su análisis en las prácticas de la calidad de la atención del servicio médico en usuarias y pacientes de consulta externa en ginecología general y oncología, en un hospital público de la Secretaría de Salud. La población de estudio está integrada por mujeres de recursos económicos escasos y escolaridad baja, con alguna patología mamaria o cáncer de mama. A partir de una metodología cualitativa, la investigación de campo se sustenta en entrevistas a profundidad y semiestructuradas, además de observación no participante en salas de espera y de consulta.

Es en el espacio del consultorio donde se aborda la atención en salud, pues para la autora ahí se concretan las relaciones asimétricas de poder entre el sistema de salud, a través del personal médico, paramédico y de enfermería, y las mujeres que acuden a estas instituciones con la expectativa de ver resuelto un problema de salud y enfermedad, como el cáncer de mama, que en Sonora es la primera causa de muerte entre las mayores de 25 años.

Si bien el texto muestra aspectos de suma importancia, hay dos de relevancia singular que vale la pena resaltar: la asunción de que los problemas de calidad de la atención no es un asunto gerencial y administrativo de las instituciones de salud, sino una cuestión de importancia vital en la que los médicos deben involucrarse y comprometerse, y por otro lado coloca en el centro del debate la

ciudadanía de las mujeres en su condición de usuarias-pacientes de los servicios de salud. Este abordaje, desde la perspectiva de los derechos de las usuarias, constituye sin duda uno de los aportes fundamentales de la investigación, porque descoloca a las mujeres de la relación tradicional médico-paciente, donde el primero es el único que posee el “saber exclusivo y altamente calificado”.

Con sustento sobre todo en los planteamientos teóricos de Pierre Bourdieu, se construye un análisis minucioso para identificar y examinar los mecanismos que sostienen y reproducen las prácticas de dominación-subordinación en la relación médico-paciente, partiendo del presupuesto de que esta inequidad violenta de manera constante y cotidiana los derechos básicos de las mujeres.

El estudio arranca con cuestionamientos sobre dos aspectos: a) ¿cómo se presenta el derecho a la calidad de la atención para las mujeres pacientes con problemas de mama en el servicio de salud? y b) ¿cómo se ejercen los derechos a la información, a la toma de decisiones (respeto a la autonomía, privacidad y dignidad de la persona) y al consentimiento informado en la consulta médica? Esto es, cómo las mujeres desde su condición de pacientes dan el salto para convertirse en “exigentes”, en sujetos de derecho, como alude el título del libro.

Esta conversión de “pacientes” a “exigentes” de las usuarias de un servicio médico como el descrito, pareciera imposible si se toma en cuenta la relación desigual de poder que se establece en el consultorio, y aunque la práctica privada no siempre está exenta de ella, se presenta de manera más contundente en los servicios públicos a población abierta. Así, el escenario no parece muy venturoso para personas sin seguridad social y mujeres de escasos recursos y escolaridad baja con cáncer de mama o patologías mamarias, que acuden a una institución pública de salud. De ahí que pudiera resultar retórico preguntarse si las usuarias de esos servicios tienen acceso a una atención oportuna; si se les otorga el derecho a la información y si se respeta su autonomía en la toma de decisiones y también su privacidad y dignidad como personas. Pero es en esta aparente contradicción donde radica la fortaleza de la investigación, puesto que el interés se centra en desentrañar los mecanismos que sostienen y reproducen las prácticas de dominación–subordinación en la

relación médico-paciente, que traspasan la frontera del consultorio, para asentarse en todas las interacciones entre el personal de salud con la institución y entre las mujeres (usuarias o pacientes) con el sistema hospitalario.

Es un acierto haber seleccionado el espacio físico del consultorio como lugar privilegiado para analizar la cultura médica en la interacción con las pacientes, porque de igual forma constituye también un lugar idóneo para observar cómo se expresan las acciones y estrategias alrededor de la apropiación, fomento y ejercicio de derechos de las mujeres en el cuidado de su salud reproductiva. La observación no participante en el consultorio y en las salas de espera es un recurso metodológico muy útil para analizar cómo se llevan a cabo las prácticas de la calidad de la atención; asimismo, a través de esas técnicas es posible conocer las percepciones sobre el asunto. También resulta fructífero el recurso de las entrevistas a profundidad y semiestructuradas, para analizar los discursos sobre el tema de médicos, pacientes, directivos del hospital y funcionarios del sector salud.

En este marco teórico y metodológico, los resultados de la investigación nos muestran un panorama por lo menos preocupante: un modelo biomédico caracterizado por la verticalidad en sus relaciones, por el dominio del saber y la parcelación del conocimiento. Las prácticas que distinguen a los médicos respecto de sus pacientes son de dominio; ellos indican, prescriben, manipulan y controlan rutinas, además de participar en la toma de decisiones de las pacientes, excluyéndolas del saber sobre su enfermedad y las opciones y procedimientos de los tratamientos posibles.

Es una atención médica que presupone una “neutralidad afectiva”; el médico debe mantenerse emocionalmente al margen. ¿Qué significa esto, cuál es el límite de este principio o postulado, hasta dónde llega la implicación de un médico como parte de su responsabilidad y ética profesional, como ciudadano que debe tratar al “otro”?; a la paciente, como su igual, en tanto que sujeto de derechos, tan ciudadana como el que presta el servicio.

La comunicación del personal médico durante la consulta se expresa en un lenguaje cifrado para las pacientes: “acuéstese, relájese, tiene un poco fibroso allí y eso genera molestias, mastalgia, además

esclerosantes". ¿Con quién se comunica el médico, con la paciente o con los residentes? ¿A quién le da su diagnóstico? Porque la institución estudiada es un hospital escuela y los residentes siempre están presentes en la consulta, por ende las funciones docentes se expresan a través de una práctica excesiva de la exploración física; en este caso, la ginecológica reiterativa, que convierte a las pacientes en objetos de información, jamás sujetos de comunicación. Las mujeres son expuestas a la mirada, observación y escrutinio de internos, residentes, enfermeras y a partir de sus padecimientos se les pretende enseñar a los demás, como si fueran objetos, sin tomar en cuenta la violencia que se infringe a su dignidad como personas.

En su trabajo de observación en la consulta, la autora encuentra que es práctica común que el médico y el residente no expliquen a las mujeres, o lo hacen de manera escueta sobre su derecho a expresar su consentimiento para que se les practique un procedimiento médico, quirúrgico o de tratamiento. No se les aclara en qué consistirá la exploración, lo que se hará y cómo se van a sentir. Tampoco se les pregunta si comprendieron el diagnóstico, el procedimiento a seguir y sus consecuencias, los cuidados que deberán tener, ni se les informa sobre otras opciones de tratamiento. En más de la mitad de los casos observados no hay saludo directo entre el médico y la paciente, éste generalmente no se presenta y rara vez ella le pregunta su nombre; así, él dicta la dinámica, el ritmo y el tono de la consulta.

La contraparte de esta relación de dominación-sometimiento la aportan las pacientes analizadas, cuyo perfil característico es la timidez, seriedad y adustez, de alguien que entra al consultorio pidiendo permiso, más con un lenguaje corporal que con palabras, se sienta en la orilla de la silla y espera que le pregunten antes de hablar, no sostiene mucho la mirada, ni interrumpe a los médicos, rara vez pide explicaciones. Las mujeres no se quejan de la falta de respeto a su intimidad y privacidad, cuando entran y salen personas del consultorio en el momento de su exploración ginecológica.

El médico y su discurso están en el centro de la relación en el momento de la consulta, colocando a los residentes y demás personal de salud en un segundo lugar. Es la figura del médico quien simbólicamente detenta el saber, por ende, el poder. Tal predominio

resulta muy claro para las pacientes, como lo muestra la autora al encontrar que ellas no establecen interacción alguna con el médico. La dominación se hace posible gracias al consentimiento subjetivo de ellas, como se muestra cuando se señala que en su discurso sobre la calidad en la atención está ausente la noción de los derechos.

Durante la consulta, las mujeres asumen una actitud pasiva, de sumisión ante prácticas con las que incluso no están de acuerdo, tal y como lo revelaron. ¿Cómo podemos entender entonces este sometimiento de ellas, y que no preguntan a pesar de tener dudas o no entender el diagnóstico, los tratamientos o procedimientos a seguir?

¿Por qué las mujeres no asumen un papel activo como ciudadanas informadas, que ejercen sus derechos frente a una adversidad en su salud reproductiva, como es un cáncer de mama? La respuesta parece darla el texto cuando hace hincapié en que las pacientes no cuentan con recurso alguno para criticar las palabras y gestos del médico, ni de distinguir entre lo verdadero y lo falso, entre lo probable o posible y aquello imposible o fantasmagórico de éste.

Para abundar en esta explicación, Carmen Castro aporta una frase lapidaria: "Las mujeres fueron claras al asumir que estaban de paso en sus vidas". En efecto, todos estamos de paso, justamente porque somos mortales. Pero esta frase exemplifica una actitud de resignación y pesimismo ante la enfermedad y la muerte. En los capítulos sobre la investigación empírica queda claro que las expectativas de las pacientes al llegar al servicio médico son bajas; no esperan nada. Además, no hay queja, porque ésta puede derivarse en un castigo; la posibilidad de perder el servicio. Detrás de todo esto, la autora encuentra las precarias condiciones de vida de las usuarias, cuestión que para ella genera un vínculo de dependencia con la institución de salud. La pobreza limita las opciones de atención y frente a un problema de salud de alta gravedad, como el cáncer de mama, los lazos de dependencia hacia la institución se recrudecen. Pero eso ¿coarta o anula el ejercicio de sus derechos? ¿Cuál es el margen de acción política de las mujeres con esos padecimientos y condiciones socioeconómicas, obligadas a acudir a estas instituciones como último recurso? ¿Cómo sortean las consecuencias que provoca ese

modelo de atención en su salud, en su dignidad como persona y en su condición de sujeta de derechos?

La enfermedad vulnera a los individuos, máxime si es una que puede conducir a la muerte. Pese a las violaciones cotidianas a sus derechos, las entrevistadas aceptan, al menos en el discurso, que la institución y los médicos establecen las reglas; que tienen el poder del saber y que ellas deben obedecer y seguir las instrucciones para “que todo salga bien”.

La lista de violaciones es larga, no se le aclara a la paciente quién la está atendiendo; no se pide su consentimiento para ser explorada o consultada por los residentes, tampoco se ofrece una información accesible, oportuna, clara y básica en consulta sobre cuidados posoperatorios o los efectos colaterales y riesgos para la salud de los medicamentos recetados. Durante la exploración hay irrupciones constantes de otros prestadores en el área, que violan la privacidad y el pudor de la paciente; no se pregunta si tiene dudas, ni se comprueba que haya comprendido el diagnóstico o tratamiento; no hay indicaciones claras acerca de los procedimientos, ni explicación sobre la observación en la exploración ginecológica; tampoco hay asesoría psicológica antes de la cirugía, ni acompañamiento durante el proceso (diagnóstico, cirugía, recuperación); se carece de criterios claros para el acceso a los recursos destinados al programa de atención del cáncer de mama; no se explican los mecanismos para presentar quejas; se descalifican los saberes de las pacientes, y no se se les aclara en qué consiste el consentimiento informado.

Entonces, ¿cómo pueden las mujeres acceder a él sin recibir la información necesaria? ¿Cómo pueden ejercer el derecho a la toma de decisiones, cuando no se les provee de los elementos que les permitirían construir su capacidad para consentir o disentir? Por eso agradecen al hospital y a los médicos el servicio y la atención que les prestan, sin cuestionarse la violación a sus derechos. No esperan mucho, por eso pueden afirmar que la calidad del hospital es buena o incluso muy buena, pese a no estar satisfechas con el servicio.

El libro abunda en el análisis sobre estas prácticas de sumisión de las mujeres, para explicar cómo podemos entender que no demanden un mejor servicio, y comprender lo que las lleva a con-

siderar que las condiciones de la atención son un ámbito lejano a su influencia, apreciación que a su vez influye en una toma de decisiones enmarcada en un margen de libertad limitado: no volver a la consulta, no seguir la prescripción o el tratamiento. Hasta aquí puede llegar su resistencia, su desafío al modelo médico, cuestión compleja y paradójica, puesto que ello pudiera en ciertos casos ir en detrimento de su salud o en empeoramiento de su enfermedad.

Sin embargo, la obra también nos revela una complejidad más, las mujeres que formaron parte del estudio se ven obligadas a recurrir a instituciones que brindan servicio a público abierto debido a la precariedad de sus condiciones de vida. Pero acuden a una institución con un servicio raquítico en cuanto a instalaciones, equipamiento, medicamentos, personal médico y paramédico suficiente y especializado, al que también se le restringen sus derechos a un trabajo digno, bien remunerado y en condiciones de seguridad e higiene aceptable y a un ambiente sano y libre de factores de riesgo.

Si directivos y funcionarios le apuestan a la necesidad de cambiar el ejercicio de la medicina, la autora no encuentra en los hechos las acciones que pudieran intervenir en el dominio de la consulta, respetando la autonomía en el desempeño profesional, ¿cuáles serían entonces las prácticas que pudieran cambiar la calidad de la atención, y tratar a las usuarias y pacientes como sujetas de derecho? Si los que toman las decisiones son los directivos y funcionarios, pero el personal médico tiene el control en el lugar de la consulta, ¿no tendría que ser precisamente éste el que, aprovechando el espacio de autonomía, modificara las prácticas de la atención? ¿Quiénes son más reticentes al cambio, los directivos o los médicos, los que toman decisiones que algunas veces provienen de normas internacionales o federales o los que hacen la práctica y se acomodan a la que les reditúe menos esfuerzo y desgaste? La calidad en la atención, ¿no tendría que ser en principio un asunto del personal implicado en el servicio directo, además de competencia de los directivos y funcionarios del sector salud obligados a facilitarla?

El problema reside en la concepción todavía bien arraigada del personal médico y de toda la estructura del sistema de salud de que la calidad en el servicio es una cuestión reducida a la disponibilidad

de recursos, de ahí que esté centrada en el desempeño técnico, sin cuestionar las prácticas que atentan contra los derechos humanos, sobre todo los referidos al acceso a la información, la toma de decisiones, el respeto a la dignidad y la privacidad de las mujeres como ciudadanas.

¿Cuál tendría que ser el trato, para que la prestación del servicio fuera de calidad, donde la atención tomara en cuenta a las y los pacientes como sujetos de derecho y no como objetos de información? ¿Cómo aplicar los derechos humanos en las condiciones existentes en esas instituciones? ¿Cómo llevarlo a cabo, suponiendo que existe el deseo sincero de hacerlo?

Los estudiosos de los derechos humanos señalan que lo primero por hacer es entrenar a la gente, para realizar evaluaciones positivas de las condiciones humanas a la luz de un conocimiento claro sobre los derechos, porque evaluar una situación es hacerla evidente, es explicar cómo ocurre. Significa tener claridad sobre el cómo del problema. Y eso es lo que Carmen Castro intenta hacer en *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud*.

Mercedes Zúñiga Elizalde*

* Profesora-investigadora del Centro de Estudios del Desarrollo de El Colegio de Sonora.
Correo electrónico: mzuniga@colson.edu.mx