



Antrópica revista de ciencias sociales y
humanidades

ISSN: 2448-5241

gabrielotti@correo.uady.mx

Universidad Autónoma de Yucatán
México

Gallardo Barrientos, Camila
Relación médico-paciente durante la atención médica
Antrópica revista de ciencias sociales y humanidades, vol. 3, núm. 5, enero-junio, 2017,
pp. 153-161
Universidad Autónoma de Yucatán

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=723878151022>

- 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

Año 3, Vol. 3, Núm. 5 enero-junio 2017 | ISSN 2448-5241

Antrópica

Revista de Ciencias Sociales y Humanidades

Universidad Autónoma de Yucatán | Facultad de Ciencias Antropológicas





ARTÍCULOS LIMINALES

Relación médico-paciente durante la atención médica

Doctor-patient relationship during health care

Camila Gallardo Barrientos
Universidad Austral de Chile

Recibido: 16 de enero de 2017.

Aprobado: 22 de marzo de 2017.

Resumen

El siguiente documento profundizará en la relación médico-paciente desde varias perspectivas, entre las que se destacan la histórica, antropológica y médica, puesto que, la relación médico-paciente ha evolucionado en el tiempo dando una nueva posición tanto al enfermo como al doctor en la atención médica, pasando desde una era paternalista en la que el médico decidía el tratamiento sin cuestionamientos por parte del paciente, llegando a una etapa en la que el sujeto enfermo se empodera frente a su condición de salud y el sistema de salud en el cual se involucra; dinámica dentro de la cual, el rol de la burocracia ha pasado a influir en varios aspectos del quehacer médico. A su vez, se buscará revelar los elementos políticos involucrados en este tipo de relación.

Palabras clave: relación médico-paciente, eras de la relación médico-paciente, ejercicio de poder y autoridad, política.

Abstract

The following document will deepen in the doctor-patient relationship, from several perspectives, in which the historical, anthropological and medical perspectives are highlighted, due to the evolution of the doctor-patient relationship throughout time, giving a new stance both patient and doctor in the medical attention, passing since a paternalistic age, in which the doctor decided the treatment with no complaining in the matter from the patient, coming to a stage in which the ill subject empowers itself facing its health condition and in the health system in which it is involved, in this dynamic, the role of the bureaucracy has influenced several aspects of the medical practice. At the same time, the reveal of the involved political elements in this kind of relationship will be pursued.

Key words: Doctor-patient relationship, ages of the doctor-patient relationship, exercise of power and authority, politics.

Introducción y problematización

Dentro del ámbito de la salud, la relación médico-paciente es uno de los elementos centrales y necesarios para llevar a cabo un buen diagnóstico y definir correctamente un posterior tratamiento médico que satisfaga tanto la condición del paciente como la labor del médico. Dentro de la dinámica social que se origina entre médico y paciente se da cuenta de una multiplicidad de factores que son relevantes para el establecimiento de una relación en la cual se puede tratar y solucionar eficazmente una dolencia y/o enfermedad. Si bien, en el título se señala que el tema central es la relación médico-paciente al momento de la atención médica, es importante señalar que este tipo de relación interpersonal abarca varios elementos y factores tales como: la personalidad tanto del médico como la del enfermo, el contexto (de la atención de salud, del servicio en general, innovaciones tecnológicas, etcétera), la cultura de los involucrados, entre otros.

Por tal motivo, la problemática que se trata en las siguientes páginas se vincula estrechamente con la relación entre médico y paciente que se da al momento de la atención de salud desde una perspectiva antropológica que permita dar cuenta de los diversos aspectos involucrados en la relación médico-paciente. Para llevar a cabo este análisis se recurrirá a diversas fuentes y perspectivas disciplinarias, con las cuales se busca construir un marco de antecedentes que posibilite una reflexión sobre la problemática que considere aspectos desde la medicina, historia y la antropología.

Antecedentes

Dentro de los antecedentes que se pueden destacar de la relación médico-paciente es preciso realizar primero una reconstrucción histórica del modelo de interacción entre médico y enfermo, para lo cual se recurrirá a la revisión de diversos autores.

Respecto a la relación médico-paciente, Celedón (2016) destaca que al interior de esta dinámica se plasman los cuatro principios fundamentales de la bioética, entre los que se encuentran la autonomía, que se refiere a la “capacidad del paciente para actuar libremente de acuerdo a lo que elige voluntariamente” (p. 52); la no maleficencia que se relaciona con el no hacer daño intencionalmente; la beneficencia que dice relación “con el obrar siempre en beneficio del paciente, aunque fuera sin su consentimiento” (p. 52); y, por último, la justicia, que en resumen hace referencia al acceso equitativo a los servicios de salud. Por otra parte, dentro de su artículo (Celedón, 2016), se hace mención de los cambios que ha experimentado la relación médico-paciente a nivel conceptual en las últimas décadas, para lo cual lleva a cabo una revisión de los períodos de la relación clínica planteados por Mark Siegler en 1997.

Respecto a las etapas, se destaca la era del paternalismo o del médico que perduró hasta 1960, dentro de la cual el médico era el único responsable en la toma de decisiones y en el cual residía una confianza absoluta tanto por su capacidad técnica como moral. Posterior a este período, surge la era de la autonomía o del paciente, en la cual se incorpora el consentimiento informado, donde el deber de beneficencia del médico es la información; sin embargo, cabe tener en cuenta que dentro de esta fase de la relación clínica, el uso del consentimiento informado (Celedón, 2016) es ajeno al plano médico, por lo cual su implementación se dificulta, y además su utilización se reduce a la firma de



un documento invalidándolo como parte de un proceso democrático de toma de decisiones. Y, por último, se destaca la era de la burocracia o del contribuyente, en donde al médico se le exige eficacia tanto en el trato a los pacientes como en una buena gestión de los recursos sanitarios.

Cabe destacar que Celedón (2016) hace mención de la realidad médico-paciente en Chile, dentro de la cual señala que el paciente tiene mayor acceso a información médica, lo cual da lugar a usuarios del sistema de salud más empoderados y críticos del servicio, lo que a su vez ha disminuido la asimetría entre médico y paciente al momento de la atención de salud y todos los aspectos involucrados en esta. Por otra parte, se menciona que la práctica médica se ve afectada por los avances tecnológicos y condiciones económicas, lo que provoca una insatisfacción en el médico, puesto que, va perdiendo el control sobre su labor.

Dentro de una perspectiva histórico-antropológica, la relación entre médico-paciente puede influir tanto en el curso de la enfermedad como de la eficacia del tratamiento, pues, las habilidades relacionales son fundamentales para establecer un contacto humano, de empatía y calidez con el paciente (Barbado Alonso, 2005).

Del encuentro entre médico y enfermo es preciso señalar que la relación que surja entre ellos se encuentra dentro de un marco cultural que posee su propia ideología sobre la salud, en la cual confluyen factores individuales y culturales del médico y el paciente (Barbado Alonso, 2005). De los elementos propios del médico, vale señalar que los excesos o defectos del quehacer médico se encuentran en la realización de un rol curativo y pedagógico, ya que al tomar una de las dos posiciones se pueden estar vulnerando aspectos del paciente, específicamente los emocionales y psicológicos. En el caso del paciente, es preciso destacar que la enfermedad que este tenga no solo afecta físicamente al sujeto, sino que también tiene repercusiones psicológicas, sociales y personales (Barbado Alonso, 2005). También, es importante destacar que al igual que el médico, el paciente asume expectativas y roles, tales como la de ser curado, escuchado, comprendido, además de que se les enseñe sobre su patología y cuidados.

Preguntas centrales

Respecto a las preguntas centrales que se pueden plantear respecto a la problemática anteriormente mencionada, una interrogante importante que se considera es: ¿Cómo la antropología y el o la antropólogo(a) se posiciona frente a la relación médico-paciente desde su propia perspectiva y no solo como un usuario (ocasional o permanente) del sistema de salud?

En segundo lugar, otra pregunta que se puede proponer, es: ¿Cómo la evolución histórica que ha experimentado la relación entre médico-paciente ha modificado el factor político implicado en la misma interacción? A partir de esto, también se haría necesario postular como cuestionamiento ¿Cómo la política y lo político se expresa en este tipo de relación, es decir, entre médico y paciente?

Por otro lado, y desde un punto de vista más general, se plantea como interrogante, la relevancia del modelo de sociedad chileno en el sistema de salud actual, específicamente en la relación



médico-paciente, y si es que posee algún grado de influencia en este tipo de relación.

Principales conceptos y categorías de análisis

Entre los conceptos que se tratan, el más relevante y eje central de este trabajo, es la relación médico-paciente, para el cual utilizamos como definición lo propuesto en el artículo “Concepto y marco de la relación médico-paciente” (González y Barbudo Antolín, 1994), en el cual se señala que la relación médico-paciente es algo implícito a todo el quehacer médico, dentro de la cual se produce un intercambio entre el enfermo, el médico y las instituciones, tanto primarias (familiares del enfermo) como secundarias (servicio de salud). Dentro de esta relación entran en juego varios factores subjetivos, como la personalidad del médico, que define el estilo de su ejercicio y la personalidad del paciente, quien es el que vive la enfermedad.

Respecto a las características de la relación médico-paciente, se destacan la confianza, responsabilidad, alianza y competencia (González y Barbudo Antolín, 1994). Otros elementos importantes en la relación son: que este tipo de relación no es una de igualdad, ya que se da en dos tiempos vitales diferentes y también es desculturizada porque el paciente no tiene la misma cultura y conocimientos que el médico; también se puede mencionar la importancia del factor psicológico en la actividad médica, en donde “la simple promesa de una asistencia, incluso, provoca una mejoría aparente” (p. 62).

En cuanto a las categorías de análisis que se utilizan para la elaboración de una reflexión y posteriores conclusiones, se recurre a las eras de la relación médico-paciente (era del paternalismo, de la autonomía y de la burocracia) con las cuales se busca plantear los cambios que ha experimentado la atención y práctica médica. Por otro lado, también se profundiza en el ámbito político involucrado en la relación, que si bien, no es completamente evidente, se puede visualizar en la toma de decisiones médicas y en cómo se ha dado la relación entre médico y paciente en la historia.

Como categoría de análisis adicional a las mencionadas en el párrafo anterior, se propone al modelo de sociedad chileno como elemento para un análisis reflexivo más general y abstracto de la relación médico-paciente, puesto que, según lo planteado por Touraine (1987) se puede decir que el modelo de sociedad dependiente, del cual es un ejemplo Chile y el resto de Latinoamérica de acuerdo con el autor, da cuenta de cómo el “proceso de cambio histórico es dominado a la vez por la penetración del capital extranjero, por la influencia y poder de oligarquías locales y por cierto universalismo” (p. 25), de lo cual se podría desprender a su vez, los cambios que ha experimentado el servicio de salud nacional y en las relaciones de poder y autoridad experimentadas dentro del mismo.

Análisis reflexivo

En cuanto al elemento político involucrado en la relación médico-paciente, se puede establecer que este es un aspecto implícito de la interacción porque tanto el doctor como el paciente se encuentran en posiciones delimitadas por su conocimiento, posición de autoridad y/o poder, contexto e influencia en la toma de decisiones y pasos que deben seguirse en un tratamiento médico. Por otra



parte, dentro de la dinámica que se da entre médico y paciente, al momento de un control o atención de salud, es posible observar varios elementos, que según Abélès (1997) permiten comprender y analizar lo político; en este caso, el autor señala que, desde la antropología, lo político debe ser entendido dentro de la cultura o marco cultural que define y regula el comportamiento de ese grupo de personas, “es tratar de tomar en consideración el ejercicio del poder y su arraigo en un complejo en el que se mezclan inextricablemente sociedad y cultura” (p. 5).

De esta cita se puede desprender que al interior del grupo social que compondría el médico, el paciente, familiares de la persona enferma y otros profesionales de la salud que se podrían ver involucrados en el tratamiento médico -además del servicio de salud en general-, el ejercicio de poder varía según el contexto y la cultura en el cual se enmarque la relación médico-paciente. En el caso del servicio de salud público se podría decir que el poder es ejercido por el sistema de salud impuesto a la sociedad en general, en la que residen tanto los/las doctores y los/las pacientes; a su vez, se podría añadir a esta idea que el médico y el sistema burocrático que contempla la atención de salud representarían a la autoridad que ejerce poder sobre su paciente, ya que por medio del papeleo que se debe realizar para obtener una hora médica, exámenes, tratamientos, medicamentos y la misma revisión médica, el usuario del servicio de salud se ve limitado y/o subordinado a elementos que escapan de su control y a los cuales se debe adherir o si no, no podría acceder a un tratamiento que cure o controle su condición de salud.

Respecto a las categorías de análisis planteadas previamente, se puede señalar que las eras del paternalismo, de la autonomía y de la burocracia se pueden relacionar directamente con lo formulado en los párrafos anteriores, ya que en estas etapas se visualiza, a nivel histórico, el cambio en el ejercicio de lo político y del poder en la relación médico-paciente.

En el caso de la era del paternalismo, se destaca que el poder era netamente ejercido por el médico, dejándolo como el único agente político activo de la relación, puesto que, el paciente quedaba en manos de lo que el doctor considerara pertinente, en este caso el/la enfermo/a se veían como cuerpos que debían ser sanados y no como sujetos capaces de participar e interferir en su propio tratamiento médico. Con relación a la era de la autonomía, se puede establecer que el poder transita entre ambos componentes de la interacción, ya que tanto el médico como el paciente pueden participar activamente en la toma de decisiones sobre los pasos que deben seguirse; sin embargo, cabe mencionar que si el proceso en esta etapa es más democrático, el ejercicio de esta autonomía y la mantención de una relación más simétrica van en directa relación con el tipo de interacción y grado de confianza o complicidad que se establezca entre doctor y paciente, por lo que se podría decir que el ejercicio del poder depende plenamente de la disposición del médico a que el o la paciente se involucre en el proceso. Por último, respecto a la era de la burocracia, se puede decir que el médico y el servicio de salud institucionalizado son los que ejercen el poder mediante la gestión tanto de los recursos sanitarios como la eficacia en el trato hacia los pacientes, de esto se podría decir que hay una optimización tanto de los recursos médicos como del manejo, el tiempo y la forma en que se relaciona con el paciente, dejando de lado ciertos aspectos de la persona enferma (por ejemplo: su bienestar emocional) con el fin de dar una solución eficaz y rápida a la patología de el/la afectado/a.



En cuanto al posicionamiento de él o la antropólogo(a), ya sea titulado o en formación, que asume frente al actual modelo de relación médico-paciente en el cual nos encontramos inmersos, es preciso señalar que este modelo transita tanto en la era de la autonomía y de la burocracia como en un “proceso globalizador y privatizador mediante el cual, de manera abierta o silenciosa, las economías de nuestros países, todos los sectores y las ramas del Estado [...] van siendo integrados a los tratados de ‘libre comercio’” (López y Rivas, 2010: 20). De esta cita se puede decir que, en las últimas décadas, la proliferación de servicios de salud privada ha influido, de cierta forma, la manera de relacionarse entre médicos y pacientes, ya que si bien, estos centros de salud, al igual que los públicos, se rigen por un servicio que regula las prácticas médicas, tienen sus propias formas de tratar a los pacientes y de manejar los recursos médicos. Frente a esta situación se haría necesario un compromiso social (López y Rivas, 2010) por parte de los/las antropólogos/as con el modelo de relación médico-paciente, ya que estas diferencias entre los servicios de salud privada y los de salud pública fortalecen la desigualdad, entre las clases sociales con mayores recursos y las con menores recursos económicos, segregando a la sociedad específicamente en el plano del acceso de salud, al igual que ocurre en otros ámbitos como la educación.

Como último punto, con relación al modelo de sociedad dependiente del cual es reflejo la sociedad chilena actual, se podría plantear que el servicio de salud chileno se ha visto afectado por la “dependencia económica hacia el exterior” (Touraine, 1987: 26), la industrialización y modernización, al igual que otros sectores sociales, laborales y productivos, puesto que, estos procesos traen consigo, simultáneamente, inversión extranjera y la implementación de tecnologías que pueden solventar problemas básicos, como un mejor abastecimiento de agua potable, construcción de alcantarillados, que van de la mano con una mejoría en la organización de los servicios de salud pública (Touraine, 1987). Lo cual, influye directamente en la forma de relacionarse entre el médico-paciente porque al mejorar las condiciones básicas de vida y de salubridad, la condición de salud de los posibles pacientes que recurran a la atención médica corre menos riesgos de agravar su enfermedad; mientras que en el caso de los doctores, estos pueden determinar un tratamiento para seguir con la seguridad de que el problema del paciente se solucionará o al menos estará bajo control. Si bien, este punto no se vincula directamente con el ejercicio de poder o con el carácter político del médico y paciente, se puede decir que estos cambios también se evidencian en los recursos destinados a los servicios de salud y en cómo se organiza interna y externamente el mismo, además de modificar la forma en que se relaciona y quién ejerce el poder y la autoridad dentro de la relación médico-paciente, debido a que las mejoras en las condiciones de vida y la solución a ciertas necesidades básicas mejora a su vez la salud de las personas y previene el contagio de ciertas enfermedades.

Respecto a la relación médico-paciente y su conexión con la perspectiva antropológica, es importante añadir que la relación médico-paciente transita entre una era de la autonomía y burocracia. Según Menéndez (2003), en las sociedades latinoamericanas se estaría dando un proceso de apertura hacia las medicinas alternativas, lo cual vendría representado una reacción al “tipo de relación médico-paciente que ha ido configurando e imponiendo la biomedicina” (p.186). Por otra parte, también señala que, al existir distintos tipos de atención de los padecimientos, tales como la biomédica, la de tipo “popular” y “tradicional”, las alternativas o *new age*, entre otras, él o la pa-



ciente tiene la posibilidad de elegir una forma de atención que se adapte al conjunto social del cual es miembro. En este aspecto Menéndez (2003) indica, que según los procesos sociales, económicos y culturales propios de cada conjunto social, las personas que son parte de estos grupos acceden a tipos de atención que se acomodan a sus necesidades y posibilidades.

Otro elemento rescatado por Menéndez (2003) en su artículo, se encuentra en la autoatención como forma de cuidado ligada tanto a la biomedicina como a otras formas de atención, en la que él o la paciente tienen una participación directa. Respecto a este punto, el autor señala que la autoatención constituye

no sólo (sic) la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente sino se articula con el proceso de autoatención (p. 191).

Además, expresa que existen dos niveles en este proceso: uno amplio y otro restringido. El primer nivel se refiere a todas las formas de autoatención necesarias para la reproducción biosocial de los sujetos y grupos, mientras que el nivel restringido hace referencia a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso (Menéndez, 2003).

De lo señalado en los párrafos anteriores, se puede establecer que el sistema de salud en Chile es un claro ejemplo de esta toma de decisión frente a los diversos tipos de atención que existen, se puede decir que hay ciertos casos, en los cuales el o la paciente opta por mezclar dos métodos para tratar sus enfermedades, ya que consideran que ambos tipos de atención son válidos para el tratamiento de su padecimiento. En cuanto a la autoatención, es preciso señalar que la automedicación y ciertos procesos y/o actividades que permiten mejorar la calidad de vida a largo plazo, son parte fundamental de cómo se tratan o controlan enfermedades por parte de los/las pacientes.

Por otra parte, al igual que lo señalado por Menéndez (2003) en su texto, se da un fenómeno paradójico y contradictorio, en el cual los servicios de salud señalan los riesgos de la automedicación para la salud de las personas, mientras que por otro lado, se entregan las herramientas necesarias para autonomizar la aplicación de tratamientos para enfermedades crónicas -como la diabetes- y se implementan programas nutricionales, de actividades deportivas, entre otros, que impidan la adquisición de ciertas enfermedades que se pueden evitar mediante el mejoramiento de la calidad de vida.

Como último punto, cabe mencionar que los avances tecnológicos, el acceso a fuentes de información, la posición socioeconómica e incluso la cultura en la cual se encuentra inmerso el sistema de salud, influyen directamente en el tipo de relación que se da entre médico y paciente, puesto que, estos elementos generan diversos posicionamientos y opiniones sobre el servicio de salud, tipos de atención y tratamientos de enfermedades a los que se adscribe el o la enfermo/a, los cuales van cambiando según el contexto histórico en el cual se desarrollan y las necesidades que se deben satisfacer.



Conclusiones

Como conclusiones y reflexiones finales se pueden recalcar varios elementos importantes de la relación médico-paciente, que detallamos a continuación:

En primer lugar, se destaca que al interior de la relación médico-paciente y la dinámica que se genera en el momento de la atención de salud, se puede establecer que tanto el/la doctor/a como él o la paciente son sujetos políticos, capaces de tomar decisiones y adquirir una posición frente a la condición médica que se busca tratar. Dentro de la relación entre médico y paciente, se dan instancias de diálogo y negociación entre los sujetos, en donde ambos miembros de la relación ejercen poder y se subordinan con la finalidad de llegar a un tratamiento que satisfaga tanto al paciente como a la labor del médico.

También se puede concluir que este ejercicio político del médico y del paciente no tienen la misma validez o igualdad de condiciones, ya que la simetría o asimetría en la relación dependerá del sujeto que ejerza el poder y el lugar, o sujeto en este caso, donde se haga efectivo tal ejercicio de poder, además del modelo de relación médico-paciente al cual se adscribe. En este caso, se puede decir que, dentro del sistema de salud chileno, la medicina occidental y las políticas ligadas a esta determinan quién ejerce el poder y la autoridad, por sobre la identidad cultural y cosmovisión de la persona enferma, e incluso del doctor.

Como tercer punto, sería importante destacar que el/la antropólogo/a al estar involucrado en la relación médico-paciente, ya sea por un problema de salud personal o de algún miembro de su entorno, se ve inmerso dentro de este tipo de relación como un sujeto político, quien puede desde su posición como cientista social e intelectual modificar ciertos aspectos del modelo actual con bases que apoyen diversas mejoras al sistema de salud, tales como la incorporación de elementos interculturales o de la medicina tradicional a las prácticas de salud, entre otros.

Para finalizar, cabe destacar la relevancia del modelo o tipo de sociedad en el cual reside el servicio de salud, puesto que, procesos como la modernización y de dependencia económica pueden modificar y limitar la actividad de los servicios de salud y de las personas involucradas en él; en el caso del proceso de modernización, se puede decir que este ha aportado avances tecnológicos al sistema de salud que proporcionan un mejor diagnóstico y tratamiento para el paciente, mientras que el doctor puede mejorar su práctica médica. Por otro lado, respecto a la dependencia económica, se puede plantear que los recursos económicos destinados a los servicios de salud se ven limitados a los ingresos que obtenga el sistema de salud o el estado por medio del crecimiento económico del país, el cual se ve directamente afectado por fuentes externas.

Como acotación final, es preciso señalar que la elaboración de este artículo se basó en la revisión de fuentes bibliográficas de diversas disciplinas -como la antropología, historia y medicina-, además de experiencias y observaciones personales que no se sustentan netamente en referencias bibliográficas. 



Referencias

- ABÉLÈS, MARC (1997). “La antropología política: nuevos objetivos, nuevos desafíos”. En: *Revista Internacional de Ciencias Sociales*. UNESCO.
- BARBADO ALONSO, JOSÉ ANTONIO (2005). “Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente”. En: *Medicina general*. España.
- CELEDÓN, CARLOS (2016). “Relación médico paciente”. En: *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*. Chile.
- GONZÁLEZ, JUAN JOSÉ Y FRANCISCO BARBUDO ANTOLÍN (1994). “Concepto y marco de la relación médico-paciente”. En: *Seminario médico*. España.
- LÓPEZ Y RIVAS, GILBERTO (2010). *Antropología, etnomarxismo y compromiso social de los antropólogos*, México: Ocean Sur.
- MENÉNDEZ, EDUARDO (2003). “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. En: *Ciência & Saúde Coletiva*, Brasil.
- TOURAINE, ALAIN (1987). *Actores sociales y sistemas políticos en América Latina*, Organización Internacional del Trabajo: PREALC.

Contacto de la colaboradora:

Camila Gallardo Barrientos <camilagallardo.cg96@gmail.com>

