

Esto no es delivery. Un estudio sobre las transformaciones en la relación médico paciente a partir de la mediación de las TICs

THIS IS NOT DELIVERY. A STUDY ON THE TRANSFORMATIONS IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP THROUGH THE MEDIATION OF ICTS

| *Anabel Álvarez*

| *Departamento de Ciencias de la Comunicación, Universidad Nacional de Río Cuarto*

| nanialvarez77@gmail.com

| *Código ORCID: 0009-0002-2472-2246*

| *Paola Demarchi*

| *Departamento de Ciencias de la Comunicación, Universidad Nacional de Río Cuarto*

| pdemarchi@hum.unrc.edu.ar

| *Código ORCID: 0009-0006-0856-6684*

| *Gustavo Cimadevilla*

| *Departamento de Ciencias de la Comunicación, Universidad Nacional de Río Cuarto*

| gcimadevilla@hum.unrc.edu.ar

| *Código ORCID: 0000-0003-3333-4456*

Resumen

El artículo comparte los resultados de un estudio orientado a identificar la perspectiva de los profesionales de la salud respecto del papel que tienen las TICs en las relaciones que entablan con sus pacientes. Especialmente, las preocupaciones se dirigieron a conocer los juicios de valor que el personal de la salud tiene sobre estas tecnologías y las transformaciones que consideran introdujeron en sus relaciones con los pacientes.

El diseño metodológico fue cualitativo y se basó en entrevistas abiertas a profesionales de la salud que se desempeñan en diferentes áreas y especialidades. El estudio se focalizó en una situación particular: el diagnóstico médico. Para la selección de los casos y el análisis de los datos se tuvieron en cuenta algunos criterios generales de la Teoría Fundada.

Uno de los principales hallazgos de la investigación se vinculó a la identificación de un particular modelo de relación, basado en la negociación. El análisis de las entrevistas permitió observar que los profesionales de la salud asumen una posición conservadora ante lo que perciben como un incremento de control, exigencia y vigilancia sobre sus competencias y saberes.

Palabras clave: Comunicación y Salud; Interacción; Relación médico paciente; E-salud.

Abstract

The article shares the results of a study aimed at identifying the perspective of health professionals regarding the role of ICTs in the relationships they establish with their patients. Especially, concerns were directed at knowing the value judgments that health personnel have about these technologies and the transformations they consider ICTs introduced in their relationships with patients.

The methodological design was qualitative and was based on open interviews with health professionals who work in different areas and specialties. The study focused on a particular situation: medical diagnosis. For the selection of the cases and the analysis of the data, some general criteria of Grounded Theory were taken into account.

One of the main findings of the research was linked to the identification of a particular relationship model, based on negotiation. The analysis of the interviews allowed us to observe that health professionals assume a conservative position in the face of what they perceive as an increase in control, demand and surveillance over their skills and knowledge.

Keywords: Communication and Health; Interaction; Doctor-patient relationship; E-health

Recibido: 23/08/2024

Aceptado: 23/09/2024

Introducción

La pandemia por Covid-19 permitió visibilizar con gran evidencia la existencia de ciertas dinámicas en distintos ámbitos de la sociedad. Cuando las medidas de restricción fueron extremas, las instituciones sanatorias, por ejemplo, implementaron un conjunto de estrategias de adaptación dando forma a una modalidad de atención, que no estaba generalizada hasta el momento, a través de diferentes sistemas interactivos como la generación de software con plataformas virtuales que dieron acceso a todo el sistema integral de atención sanitaria, tanto para pacientes como para médicos. Las tecnologías de la información reemplazaron la presencia de un interlocutor para cada uno de los procesos por sistemas operativos de funcionamiento on-line, y los médicos adaptaron, casi de manera urgente, su modalidad de atención a los canales virtuales.

En ese marco, algunas reflexiones se detienen en la re-configuración comunicacional que es posible advertir, en particular, en la relación de los médicos con sus pacientes. El presente trabajo expone los resultados de un estudio preocupado por las transformaciones que los profesionales de la salud reconocen en los procesos de interacción con los pacientes, a partir de la mediación de las TICs¹.

Nuestro problema se inserta en un amplio campo en el que interviene el cruce de la Comunicación y la Salud, particularmente focalizado en la problematización que proponen dos ámbitos de estudio: la relación médico paciente y la e-salud (e-health). A partir de una estrategia de investigación cualitativa, el estudio concentra especialmente su interés en el análisis de una situación comunicacional: el diagnóstico médico. En dicha experiencia, la relación médico-paciente emerge como un proceso social rico para un estudio comunicacional. Pretendimos rescatar el conjunto de concepciones y valoraciones que se desprenden de los relatos de diferentes profesionales de la salud, tras la presencia ubicua de las TICs en sus relaciones con los pacientes.

La relación médico-paciente (RMP)

La RMP constituye uno de los ámbitos de estudio del campo de la Comunicación y Salud (CyS). Aquí las áreas de la comunicación y la salud se encuentran preocupadas por el abordaje de un particular vínculo de intercambio entre diferentes actores movilizado por distintas necesidades y

saberes. Desde la perspectiva que asumimos en este estudio, dicha relación da cuenta de dinámicos y complejos procesos de interacción, es decir, de comunicación.

En nuestro trabajo, partimos de una tradicional definición de la relación médico-paciente que la presenta “como una relación social -caracterizada por la asimetría de saberes, lenguaje y poder- que nutrió la enseñanza, la investigación y la reflexión de la medicina y las ciencias sociales” (Donatelli & Cuberli en Petracci y Cuberli, 2020 p. 283). Los encuentros médico-paciente se dan en ámbitos “tradicionalmente asimétricos” donde las acciones, los significados e interpretación de cada rol están limitados y teñidos de “imposiciones invisibles”, que colocan al paciente en una situación de sumisión, aun reconociéndose importantes espacios de autonomía, ante un representante del campo del saber médico-científico, revestido de una jerarquía incuestionable. Se da así una situación de poder que debe ser analizada en función de los cambios que van aconteciendo (Szulik, 2022 p. 107).

A pesar del escenario que se describe, los elementos enumerados no conforman un conjunto de características que definen de una vez y para siempre los intercambios entre los actores de la relación. La situación social puede transformarse en manos de la interacción (Tudor, 1974). Dicha postura supone no relegar el proceso de interpretación constitutivo del accionar de los individuos. En consecuencia, entender que la acción no se explica a partir de un conjunto de factores que operan sobre y a través de los individuos, sino como “actos construidos por los individuos a través de su interpretación de las situaciones en que se encuentran” (Blumer, 2016, p. 131). “El *encuentro* entre el médico y el paciente y la *exploración clínica* que a él subsigue son siempre, aunque sus dos protagonistas parecen estar solos, actos genuinamente sociales” (Entralgo 1964, p. 470, destacado del autor).

Desde nuestra posición, abordamos la RMP como un proceso comunicacional complejo en el que podemos reconocer tres dimensiones constitutivas. Las tres dimensiones constituyen el carácter dinámico e interactivo de todo proceso comunicacional, por lo que operan de manera integrada (Mortensen, 1977). La relación, en tanto sistema en interacción, no se reduce a la suma de sus elementos.

Comenzamos por la *dimensión simbólica*. Como señala Blumer (2016), el individuo interpreta o actúa sobre la base de símbolos. Desde el enfoque teórico de este autor, señalan Schwartz y Jacob (1996), los significados sociales (que dirigen el comportamiento humano) no son inherentes a las actividades, las instituciones o los objetos sociales mismos. “Más bien, los sentidos son conferidos a los acontecimientos sociales por los individuos que interactúan, los cuales deben primero interpretar lo que sucede desde el contexto social en el cual ocurren estos acontecimientos” (p. 26).

Schwartz y Jacob (1996) señalan que la posición básica de esta orientación es que, para poder comprender los fenómenos sociales, el investigador necesita descubrir la “definición de la situación” del actor, esto es, su percepción e interpretación de la realidad y la forma en que éstas se relacionan con su comportamiento. Además, la percepción de la realidad del actor gira sobre su interpretación actual de las interacciones sociales en que él y otros participan, lo cual, a su vez, se apoya en su uso de los símbolos en general y del lenguaje en particular.

En segundo lugar, la *dimensión relacional* rescata, tal como sostiene Blumer (1982), que el elemento más importante con que se enfrenta un individuo en una situación determinada es la acción de otros individuos. En la perspectiva de la interacción simbólica, la acción social está situada en los individuos actuantes que adaptan mutuamente sus respectivas líneas de acción a través de un proceso de interpretación. “Cada individuo pone su acción en línea con la de los otros averiguando lo que éstos están haciendo o intentan hacer -esto es, aprehendiendo el significado de sus actos” (Blumer, 1982, p. 130).

Hay situaciones que pueden no ser definidas de una manera única por los individuos participantes. En tal caso, sus líneas de acción no se adecúan fácilmente entre sí y la acción colectiva resulta bloqueada. En el caso de tales situaciones “no-definidas”, es necesario rastrear y estudiar el proceso emergente de definición que se pone en juego (Blumer, 1982).

Por último, la *dimensión material* pone foco en el contexto inmediato del proceso interactivo que interesa y en el entorno sociocultural circundante del que no puede separarse (Mortensen, 1977).

Tomando la perspectiva de Goffman, Winkin señala que el cuerpo del interactuante no está solo dirigido desde el “interior”. Está, además, gobernado por una especie de código de la “presentación de uno mismo en público”. Por este motivo, no es posible atribuir una significación universal a tales comportamientos. “Cada cultura, y en su seno cada contexto interaccional, utiliza el substrato fisiológico para elaborar una significación socialmente aceptable” (1984, p. 70).

Modelos de RMP

El reconocimiento de diferentes concepciones sobre las que se construye la relación social entre médicos y pacientes ha dado lugar a la identificación de modelos que permiten distinguir las posiciones que asumen los interactuantes y ciertas peculiaridades de los intercambios.

En este sentido, resulta significativo el reconocimiento que realiza Gurfein (2020). La autora habla de un momento bisagra en la relación médico-paciente, donde se identifica un cambio del modelo paternalista de relación hacia un “modelo colaborador”. Fundamentalmente, este cambio se distingue como producto de las transformaciones en la conducta del paciente, quien ya no se somete a un rol pasivo o a la expectativa de las indicaciones del médico, “sino que elige colaborar con las decisiones sobre los tratamientos posibles para llevar adelante sus padecimientos” (Gurfein 2020, p. 15).

En cada uno de los modelos identificados en los antecedentes preocupados por su análisis, dimos cuenta de dimensiones que conforman procesos particulares de comunicación. En base a ellas, construimos una tipología que se concentró en algunas distinciones analíticas polares. En el medio, reconocemos un conjunto de gradaciones que se manifiestan en concepciones que parecen articular elementos provenientes de aquellas posiciones dicotómicas y enfrentadas. En la siguiente tabla plasamos las principales distinciones identificadas.

Modelos/Concepción	Modelo Paternalista	Modelo autonomista
Objetivo	Curar por influencia.	Curar por implicancia o motivación.
Posición del médico	Sujeto del proceso.	Sujeto del proceso.
Posición del paciente	Objeto de necesidad.	Sujeto del proceso.
Rol del médico	Activo - Habla – Decide	Activo - Consultor - Escucha
Rol del paciente	Pasivo - Escucha – Receta	Activo – Decide
Función del médico	Protectora – Guía	Motivadora
Grado de participación del paciente	Mínima	Máxima
Recursos utilizados	Técnicos e informativos.	Emocionales y afectivos.
Actitud crítica del paciente	Bloqueada/Evitada	Estimulada
Saber del médico	Lugar protagónico	Considerado
Saber del paciente	No considerado	Considerado
Tipo de Relación	Paternalista/Autoritaria	Autogestionaria
Tipo de Comunicación	Unidireccional/Asimétrica/ Transmisión	Bidireccional/Simétrica/ Mutua influencia/Proceso

Tabla 1. Dimensiones de análisis para la RMP. Elaboración propia en base a los autores trabajados

En la tabla que compartimos a continuación, ordenamos los modelos reconocidos en la literatura en función de la distinción construida:

Inclinación paternalista		Inclinación autonomista	
Modelo de relación Activo/Pasivo Rodríguez Silva y Kabaa y Sooriakumaran (en Cofreces et. al. 2014)	Modelo Clínico Hernández Torres y colaboradores (2006)	Modelo Sistémico Familiar Hernández Torres y colaboradores (2006)	Modelo de Participación mutua Kabaa y Sooriakumaran (en Cofreces et. al. 2014)
Modelo de las tres funciones Hernández Torres y colaboradores (en Cofreces et. al. 2014)	Modelo Informativo Emanuel y Emanuel (1999)	Modelo Interpretativo Emanuel y Emanuel (1999)	Modelo deliberativo Emanuel y Emanuel (1999)
	Modelo consumista Ruiz Moral (en Loriete 2009 en Cofreces et. al. 2014)		Modelo del autoconocimiento Hernández Torres y colaboradores (2006 en Cofreces et. al. 2014)
	Cooperación de orientación Kabaa y Sooriakumaran (en Ferreiro Vilariño 2021)		Modelo con perspectiva biopsicosocial Ferreiro Vilariño (2021)
Modelo Tridimensional de la Comunicación Hamui-Sutton et. al. (2015)			
Dimensión biomédica + Dimensión emocional + Dimensión de la Identidad Cultural			

Tabla 2. Clasificación de los modelos de RMP. Elaboración propia en base a los antecedentes reconocidos.

En el próximo apartado, notaremos que las transformaciones que se identifican en los modelos de RMP, tal como menciona Cofreces et. al. (2014), no se escinden de un conjunto de cambios producidos por la digitalización, la aparición de las especializaciones médicas y el desarrollo tecnológico.

E-health

La *eHealth*/eSalud constituye un “ámbito” de la Comunicación y Salud que expresa las transformaciones que las tecnologías de la información y la comunicación y los procesos de digitalización provocan en los sistemas de salud y en los procesos de atención-prevención-cuidado. Sin embargo, importa destacar que *eHealth* no supone una relación unívoca ni jerárquica entre las tecnologías digitales, los procesos comunicacionales y las prácticas de salud; estos aspectos se hallan entrelazados como partes de un todo. Su articulación “genera un ámbito nuevo de objetos, prácticas, saberes y

posibilidades” (Rodríguez Zoya, 2022, p. 44-45).

Día a día, las instituciones de la salud se enfrentan con diferentes demandas de integrar nuevas tecnologías de la información y la comunicación en distintas dimensiones de su cotidianidad: organizativas, administrativas, de formación, promoción, divulgación. En relación a la temática de interés del presente estudio, existen antecedentes de investigación que reconocen, frente a este escenario, la manera en que se ha promovido el uso de las TICs en el ámbito de la salud. En este sentido, la *googlemania*, la infodemia², el acceso inmediato a información médica y las diferentes tecnologías de comunicación existentes aparecen como aspectos constitutivos de las dinámicas comunicacionales que se dan entre médicos y pacientes.

A pesar de este escenario, reconocemos que los profesionales de la salud encuentran su actividad atravesada por transformaciones que se integran a ciertas permanencias que, como sostiene Szulik (2022, p. 107), “habilita resignificar la acción profesional como reflexiva e intersubjetiva, al tiempo que brinda elementos para detectar las contradicciones, las tensiones, los desequilibrios, los ajustes y las rupturas”.

Tal como Tamargo y Carniglia (2020) nos permiten sostener, la incorporación de dispositivos digitales en el ámbito de la salud acontece dentro de las tensiones entre las posiciones individuales de los médicos y diferentes condiciones contextuales-organizacionales vinculadas con el acceso y el uso (tanto por parte de los profesionales de la salud como de los pacientes). Las valoraciones respecto de su incorporación, entonces, no se escinden de ese escenario.

En nuestro estudio, una conjetura movilizó nuestro proceso de investigación. La mediación de las TICs en la RMP, sostuvimos, conlleva transformaciones en los procesos de interacción, particularmente vinculadas a una redefinición de las posiciones y expectativas de los interactuantes. Por otra parte, los profesionales de la salud, frente a ello, asumen una posición conservadora ante lo que perciben como un incremento de control y vigilancia sobre sus competencias y saberes por parte de los pacientes.

A continuación, compartimos el diseño metodológico y parte de los resultados de nuestro estudio.

Diseño metodológico

Frente al escenario que describimos, la investigación que compartimos se propuso identificar la perspectiva de los profesionales de la salud respecto del papel que tienen las TICs en las relaciones que entablan con sus pacientes. Especialmente, las preocupaciones se dirigieron a conocer los juicios de valor que el personal de la salud tiene sobre estas tecnologías y las transformaciones que consideran introdujeron en sus relaciones con los pacientes. Los análisis giraron en torno a una situación sumamente compleja y significativa en la que se condensan gran parte de las preocupaciones identificadas en el ámbito de la RMP. La situación de diagnóstico supone un proceso de encuentro tras un objetivo común relacionado a resolver un problema vinculado a la salud.

El diseño metodológico construido fue cualitativo, tanto en lo que concierne a la selección de los casos a entrevistar como a la recolección, interpretación y análisis de los datos.

El proceso de la investigación, a través de la realización de entrevistas abiertas, pretendió rescatar las significaciones ofrecidas por los médicos a partir de sus propias explicaciones, y desentrañar “estructuras conceptuales complejas” en las que se basan sus prácticas, ideas y creencias (Kornblit 2007, p. 1). De este modo, la entrevista cualitativa se constituyó como una de las herramientas más apropiadas para acceder al mundo de los significados de los actores a partir de sus propias voces. Nos permitió un acercamiento a sus creencias, su filosofía personal, sus sentimientos, sus miedos (Sierra, 1998).

Para la selección de los casos se siguieron los criterios generales que plantea el procedimiento del muestreo teórico (Strauss y Corbin, 2002). En dicha modalidad, el número de casos estudiados carece relativamente de importancia. El énfasis está en el potencial que cada uno presenta para la

realización del estudio. Para la concreción de la investigación, se inició el trabajo de campo con la selección de un primer caso considerado significativo. El análisis de los datos que fueron emergiendo a partir de él orientó las decisiones posteriores respecto a la selección de nuevos casos. De esta forma, los criterios generales para la selección se basaron en la relevancia teórica y la saturación de las categorías de análisis que fueron surgiendo de los propios datos.

Concretamente, en nuestro estudio la elección del primer entrevistado se basó en la consideración de varios aspectos. Entre los principales destacamos su accesibilidad, especialidad médica y desempeño profesional. El caso ocupa diferentes posiciones en distintas organizaciones sanatorias. Destacamos su papel como médico auditor, desarrollando tareas de arbitraje entre proveedores de servicios de salud, profesionales prestadores y pacientes, su especialidad clínica y su desempeño en la atención transitoria en las guardias de varias instituciones médicas. Las entrevistas realizadas con este profesional permitieron obtener una descripción abarcadora de la práctica médica y una orientación general para el proceso de selección de los demás casos, a partir de la identificación de una variedad significativa de categorías posibilitada por el análisis comparativo constante (Taylor y Bogdan, 1986).

En este sentido, los primeros casos entrevistados dieron forma a un momento clave en la investigación caracterizado por la gran variedad de datos descriptivos y la exhaustividad requerida en su análisis. Después de la realización de las primeras entrevistas se identificaron varios aspectos que notamos jugaban un papel significativo en las perspectivas de los profesionales. Por ejemplo, la especialidad médica, el uso de aparatología, cuestiones generacionales y/o de género, experiencias, trayectorias, entre otras cuestiones. Por este motivo, intentamos que en la selección de los casos se fueran contemplando estos aspectos. Sin tener como guía conjeturas que señalaran una relación determinista sobre esos atributos y la perspectiva de los médicos, nos interesó seguir esas intuiciones para que los análisis fueran respondiendo a los cuestionamientos que iban surgiendo.

A partir de ellos se pudieron identificar algunas recurrencias en las definiciones de los entrevistados y, además, surgieron nuevas preguntas que orientaron la selección de otro conjunto de casos. A partir de ellos, profundizamos en aspectos cada vez más específicos, por ejemplo, vinculados a actos quirúrgicos, atenciones en urgencias y emergencias. Para tal fin, buscamos profesionales que pudiesen estar relacionados con las guardias médicas, donde la atención tiene ciertas particularidades y desde donde, en muchas ocasiones, se registran derivaciones a distintas especialidades hasta incluso intervenciones quirúrgicas. Otro de los aspectos guía para la selección de los casos se vinculó a particularidades relacionadas con las modalidades de atención profesional. Tal es el caso de la especialidad en pediatría, cuya atención se centra en pacientes que, en su mayoría, no tienen independencia ni poseen autonomía para comunicar o reconocer sus dolencias, lo que requiere la intervención de otros actores (padres o tutores). También apelamos a encontrar nuevas observaciones provenientes de profesionales especializados directamente en el tratamiento psicológico-emocional de los pacientes (para lo que convocamos a una especialista en Psiquiatría).

En total se entrevistaron 8 (ocho) profesionales de la salud. La selección de los casos se basó en la construcción de ciertas hipótesis que permitieron ir vinculando los datos identificados con las dimensiones simbólica, material y relacional que se encuentran en la base de nuestros cuestionamientos. A medida que se fue avanzando, tal como plantean Strauss y Corbin (2002), la selección de los casos se basó en criterios cada vez más específicos en función de la densificación teórica de las principales categorías.

Por lo que recién se expone, el análisis siguió los criterios generales de la Teoría Fundamentada en relación a los procedimientos de comparación constante de los datos y las consideraciones vinculadas a la selección de casos en las diferentes instancias de la codificación (Taylor y Bogdan, 1986; Strauss y Corbin, 2002). Como señalan Taylor y Bogdan (1986), en la investigación cualitativa el análisis de los datos es un proceso en continuo progreso. La recolección y el análisis se van realizando de manera relacionada. Otra alternativa que nutrió el proceso de análisis es la que proponen Demazière y Dubar (en Kornblit, 2007). Dicha propuesta es definida como “modo analítico” e implica analizar las construcciones de los entrevistados a través de la identificación de las principales

categorías que organizan los relatos. De esta forma, se busca identificar una estructura propia de cada entrevista que se compara posteriormente con la estructura de otros relatos semejantes. Esta forma de proceder permite construir panoramas generales que fueron cruciales en los momentos iniciales del análisis.

A continuación, presentamos los principales hallazgos a partir del análisis de los relatos de los profesionales de la salud seleccionados.

Usos y valoraciones

Los médicos entrevistados reconocen que sus vidas y roles profesionales están siendo atravesados por las TICs, al tiempo que declaran ser conscientes de los cambios que los avances tecnológicos han generado en el ámbito de la salud, particularmente en torno al vínculo que entablan con los pacientes.

El teléfono celular y la conocida aplicación de mensajería instantánea WhatsApp aparecen como los medios tecnológicos de uso más habitual. Si bien no todos declaran tener redes sociales personales, la mayoría sostiene que hay un acercamiento de los pacientes a través de plataformas como Facebook e Instagram. Consideran que estas redes son un canal directo para la demanda de cierta inmediatez en las respuestas, que deriva en un alto nivel de “exigencia” para obtener atención médica.

Además de estas tecnologías, se menciona también el uso de servicios de correos electrónicos que sirven, también, para recibir y compartir informes de estudios, procesos de evolución y tratamientos, historias clínicas, recetas de medicamentos, entre otras acciones.

A pesar de la ubicuidad de las TICs en la RMP, en las entrevistas realizadas, independientemente de la especialidad o circunstancia de atención, los profesionales sostienen que es necesario tener un primer acercamiento con el paciente de manera presencial. *La clínica es soberana*, manifiesta uno de los entrevistados para referir a la necesidad de contacto personal y revisión física.

En la investigación reconocimos, en relación a la mediación de las TICs, un conjunto de valoraciones que definimos como “positivas”. Estas se destacan por juicios de valor que ubican a las TICs asociadas a beneficios que los médicos perciben en su relación con los pacientes. La incorporación de las TICs, entonces, redundaría en beneficios diversos vinculados a la accesibilidad, la practicidad y la agilidad en la comunicación. Destacamos en este punto el uso instrumental que los médicos le acreditan sobre sus prácticas. Uso que permite optimizar los recursos y el tiempo de las gestiones, con el propósito de mejorar la asistencia sanitaria y controlar a los pacientes crónicos de una manera más fácil y rápida. Las TICs, en este marco, favorecen procesos de emisión y recepción de mensajes, optimizando los recursos de los que se dispone. Es sugerente, en este punto, una observación realizada por Dalia Szulik (2022). La investigadora señala que la tecnología es presentada como un elemento aislado, “en el sentido de que no se la visualiza dentro de una organización de la medicina que afecta y, viceversa, por la que se encuentra afectada” (2022, p. 112). No obstante, algunas consideraciones parecen exceder el mero uso instrumental que entiende la mediación de las TICs desde una visión tradicional, en cuanto herramienta que permite transmitir información entre un emisor y un receptor. Tal como observan Mon, Cuberli y Elicabe (2022), hemos identificado algunos argumentos que enfatizan la posibilidad que las TICs ofrecen para “acompañar” al paciente en su padecimiento, “colaborar” en sus interpretaciones sobre el diagnóstico, “facilitar” el momento emocional que atraviesa.

Enmarcadas como “valoraciones negativas”, aparecen expresiones relacionadas con apreciaciones limitantes, entorpecedoras y dañinas provocadas por la mediación de las TICs. Esta intervención se entiende como generadora de una especie de frontera entre los interlocutores, que en mayor o menor medida provoca la despersonalización y fomenta el aislamiento. Para la relación médico-paciente esto puede resultar en muchos casos perjudicial sobre todo para la continuidad y los resultados de los tratamientos. El alcance excesivo a toda la información que circula es uno de los aspectos que

los profesionales identifican como perturbador del vínculo como consecuencia de la información errónea y nociva a la que se exponen tanto pacientes como médicos.

Los argumentos de las valoraciones negativas aparecen también cuando los profesionales perciben una excesiva demanda por parte de los pacientes. Estas evaluaciones se vinculan directamente a situaciones en las que los médicos consideran que no pueden establecer un encuadre en la interacción. Frente al contacto reclamado por los pacientes en cualquier horario del día, algunos testimonios dan cuenta de la necesidad de poner límites o restringir el uso de los medios de comunicación. Los médicos vivencian una invasión a su vida privada y sentimientos de ansiedad o angustia, por parte de los pacientes, si no se da respuesta a las consultas realizadas.

En este punto, nos parece importante mencionar otro conjunto de juicios de valor que denominamos como “valoraciones híbridas”. Aquí ubicamos distintas expresiones que dan cuenta de cierta ambivalencia en las estimaciones realizadas acerca de la mediación de las TICs en la RMP. Los relatos conjugan interpretaciones que expresan una tensión entre aquello considerado positivo y facilitador con lo que consideran como un obstáculo para la relación. Se reconoce, por ejemplo, que las TICs son una herramienta que contribuye a responder a muchas lógicas demandadas por las organizaciones de la salud, pero admiten echar mano a estas tecnologías siempre y cuando sean funcionales a las finalidades que tienen los profesionales. Estos aceptan que es crucial adaptarse a muchos de los cambios tecnológicos, aunque en ocasiones sienten incomodidad en la experiencia personal con los dispositivos digitales y prefieren seguir usando recursos tradicionales. Algunos de los médicos consultados, aunque valoran positivamente la mediación de las TICs en sus relaciones con los pacientes, señalan la dificultad que muchas veces tienen en gestionar los límites del intercambio. Tal como Mon, Cuberli y Elicabe señalan, “los profesionales valoran positivamente el uso de las TICs cuando son ellos quienes pueden poner las reglas del intercambio” (2022, p. 141).

Con respecto a la disponibilidad de información que posibilitan las TICs, los médicos consideran que, a pesar de la excesiva cantidad de datos que circulan y de lo poco confiable que muchas veces resultan, puede ser un recurso interesante siempre y cuando los médicos colaboren en la interpretación.

Un concepto que permite identificar con fuerza la tensión que subyace en algunas de las valoraciones ofrecidas por los médicos es el de inmediatez. Por un lado, las TICs dan la posibilidad de ofrecer soluciones instantáneas frente a problemas que lo requieren, permiten un contacto rápido frente a urgencias médicas, también la resolución de gestiones que requieren rápida respuesta frente a procedimientos burocráticos, entre otra infinidad de posibilidades que habilita la hiperconectividad. No obstante, y como contrapartida, la inmediatez posibilitada por las TICs facilita y promueve el contacto del paciente. Este, señalan los profesionales, en muchas ocasiones busca gratificaciones rápidas y momentáneas, lo que condiciona los tiempos de atención que el médico puede y considera necesario para cada paciente.

La definición de cada práctica como satisfactoria o insatisfactoria por los médicos entrevistados se encuentra atravesada por las maneras de entenderlas y juzgarlas a partir de conceptos y estereotipos que provienen de sus creencias, experiencias y formación (Mon, Cuberli y Elicabe, 2022, p. 155). Además, por un conjunto de supuestos vinculados a las expectativas que los médicos poseen acerca del lugar que ocupan como profesionales de la salud, acerca de la posición en la que ubican a los pacientes y sobre las características de la relación. Sumamos a ellas, diversos imaginarios que circulan a partir de la presencia ubicua de las TICs. En el próximo apartado reflexionaremos sobre estos aspectos.

“Esto no es delivery”

En los testimonios analizados identificamos la manera en que el profesional va ajustando sus conductas en relación a lo que define como un nuevo perfil de paciente. En los relatos notamos tensiones vinculadas a la adecuación de sus comportamientos a las expectativas y valoraciones pro-

fesionales. Consideramos que en estos casos es posible dar cuenta de la emergencia de procesos de redefinición de la situación. El cambio aparece ante situaciones en las que los actores tienen que construir nuevas formas de acción. Estas transformaciones ¿implican un cambio en las concepciones sobre el modelo de relación?

Con mucha claridad, los entrevistados expresan cierta nostalgia por percibir que ha cambiado el tradicional “modelo paternalista” de RMP, en donde el profesional era plenamente valorado por su saber y mantenía amplio control de la situación. *La relación médico-paciente ya dejó de ser lo que era antes, en donde el médico era una persona intocable, donde su palabra era ley*³, señala uno de los entrevistados.

En distintos momentos de las conversaciones, los médicos hablan de pérdida de poder de su palabra al sentirse interpelados por sus pacientes, los que ponen límites y discuten su diagnóstico partiendo de la información que obtienen de diversas fuentes, entre ellas Internet. Esta situación es asociada más a una pérdida en la autoridad de su palabra profesional que a un rescate de la simetría y horizontalidad de los procesos comunicacionales.

Los profesionales perciben que su trabajo muchas veces es desvalorizado por el paciente y, en ciertos contextos, se sienten desprotegidos y expuestos a situaciones incómodas y hasta desagradables. El siguiente testimonio sirve de ejemplo:

Vos decís: ¿cómo se va a poner a atender el teléfono mientras lo estoy atendiendo? [...] Si yo hablo, y me gusta explicar, es para que me escuchen. Así como me ves tranquilo, en el consultorio yo me transformo, es mi lugar y se hace lo que yo digo.

Las TICs participan en esta particular reconfiguración del modelo de RMP. Por supuesto, las vinculaciones no son lineales. Si nos focalizamos en la situación diagnóstica podemos identificar transformaciones particulares. A continuación, repasamos algunas de ellas.

Transformaciones vinculadas al rol y a la función del médico:

De actor que habla y decide a uno que, además, escucha y acude a lo emocional. El profesional intenta motivar y persuadir al paciente apelando a aspectos de su vida personal. Para ello, recurre a recursos emocionales y contempla los conocimientos que trae el paciente. Esto no implica que se estimule su actitud crítica. El saber del médico sigue ocupando un lugar protagónico, pero se reconoce que considerar particularidades de los pacientes repercute en el logro de los objetivos.

Los profesionales de la salud señalan que durante las consultas sus comportamientos se encuentran orientados, fundamentalmente, a la búsqueda de rapport. Cobra mucha importancia lograr que el paciente confíe en el profesional y que pueda comunicar no sólo la dolencia concreta que quiere tratar, sino también sus vivencias personales. En algunos testimonios se destaca el interés en conocer en profundidad lo que la persona siente, las circunstancias psicológicas, sociales y emocionales que atraviesan la situación de consulta. Este acercamiento al paciente posibilita mayor confianza y compromiso por parte de ambos actores, cuestión que, para los profesionales, decanta en respuestas exitosas frente a los tratamientos, sobre todo en casos donde el diagnóstico es complicado. Veamos el siguiente relato: *Por más que vos le hagás los estudios, le confirmes, le muestres y les expliques, ellos van a seguir dudando hasta que encuentren a alguien que, por su parte humana, le explique bien y entienda lo que tiene.*

Los médicos reconocen que estas actividades conllevan gran dedicación y tiempo. Además, posibilitan identificar tensiones entre la concepción que los médicos definen acerca de su posición como profesional y ciertos atravesamientos organizacionales que requieren la implementación de nuevas estrategias donde se retroalimenten las demandas de los pacientes, los intereses económicos de las organizaciones de la salud y los criterios de los propios profesionales. La incorporación de las TICs

para la atención resulta una de ellas, medida que repercute de diversas maneras en las concepciones que los médicos tienen de sus pacientes y, en consecuencia, de la relación que mantienen con ellos.

Transformaciones vinculadas a la posición del paciente:

Se describe a personas que tienen conocimientos y que se involucran en el proceso. Además, se destaca su posibilidad de elegir y tomar decisiones. Los profesionales reconocen que en las decisiones de los pacientes intervienen saberes y prácticas que, muchas veces, deben considerarse en los tratamientos que se prescriben. Se trata de una estrategia de adaptación y flexibilidad de los profesionales: *Tomate el tecito de boldo [...] no me niego a las creencias de la gente, yo los acompaño, pero les aclaro que también tiene que hacer lo otro.*

Los profesionales resaltan que, en ocasiones, los pacientes asumen una actitud cuestionadora como consecuencia de que muchos de ellos se presentan en el consultorio con un diagnóstico elaborado, muchas veces, a partir de consultas con otros profesionales o de lecturas previas en buscadores de Internet. También se sienten evaluados por el comportamiento que los pacientes tienen en el momento previo o posterior a la visita médica.

A pesar del reconocimiento de que el paciente concurre a la consulta con mucha información y diversos conocimientos, los profesionales de la salud se muestran un tanto incrédulos y con cierta resistencia a darle lugar en la elaboración de diagnósticos. Sobre estos conocimientos, que en su mayoría han sido recabados de Internet, los médicos realizan juicios de valor negativos que están sostenidos por argumentos tales como: posibilidad de mala interpretación del contenido, desaciertos y falta de veracidad en la información, falta de especificidad y calidad en los conceptos, ausencia de respaldo científico, etc. Uno de nuestros entrevistados concluye: *El que no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra.*

Transformaciones vinculadas a la relación MP:

El tradicional modelo paternalista aparece revisado, pero no en sus premisas centrales. Se habilita la bidireccionalidad y mutua afectación en el proceso de interacción, aunque no orientadas al desarrollo de la autogestión por parte del paciente. Se busca la implicación de las personas que asisten a la consulta a los fines de lograr los propósitos del profesional de la salud y la permanencia del vínculo.

Algunos aspectos característicos de la relación se ven teñidos por el vínculo comercial que médicos y pacientes tienen. Aunque esta observación se vincula fundamentalmente al ámbito privado de salud, pareciera que permite dar forma a una peculiar modalidad de relación caracterizada por una fuerte demanda por parte de los pacientes.

Consideraciones finales

La RMP es escenario de permanencias y continuidades que implican diferentes rutinas y concepciones por parte de los actores involucrados. La estabilidad es desafiada, especialmente, por una ruptura en el modo de considerar al paciente, actor que constituye la base del quehacer profesional.

Los profesionales de la salud han incorporado a las TICs en sus diversas labores cotidianas. Los testimonios permiten identificar un conjunto de necesidades administrativas, organizacionales, de capacitación, entre otras, fuertemente atravesadas por nuevos requerimientos que traen los avances tecnológicos. La digitalización de los sistemas integrales de salud (en sus diferentes niveles) le asigna protagonismo al paciente, sobre todo incorporando la autogestión y digitalizando el acceso a las prestaciones de servicios. Ese lugar destacado participa de manera especial en la RMP, objeto de nuestras preocupaciones.

Nuestra investigación se detuvo en una instancia muy significativa de la relación entre los pacientes y los médicos. El momento del diagnóstico supone un encuentro que permite reconocer un

conjunto de transformaciones y permanencias en las prácticas que, tradicionalmente, se desarrollan en el ámbito de la salud. En sus discursos, identificamos un trabajo interpretativo fuertemente atravesado por las experiencias, trayectorias personales y profesionales, disposiciones y por el contexto organizacional y sociocultural en el que tiene lugar.

En la RMP, observamos, las TICs juegan un papel significativo. La inmediatez, por ejemplo, emerge como valor, propósito y condición en los relatos de los profesionales. Aunque sea posible registrar infinidad de beneficios y facilidades que trae la intervención de las TICs en los procesos de interacción, señalamos que su incorporación también se visualiza como una perturbación o un obstáculo, por sus limitaciones e interferencias en el uso y el acceso, y, principalmente, por la tendencia hacia la despersonalización.

En relación a las valoraciones que los médicos tienen de las TICs, llamó la atención que las tecnologías aparecen como algo aislado, es decir, como instrumentos que pueden favorecer u obstaculizar ciertos procesos que se desarrollan en las organizaciones de la salud. Se describen, por un lado, como herramientas que posibilitan que los procesos comunicacionales sean más accesibles, prácticos y ágiles. Además de ese uso instrumental, las TICs parecen favorecer procesos de elaboración y definición de los diagnósticos y de colaboración y acompañamiento en distintas dolencias y necesidades de los pacientes. ¿Permite, esta última observación, dar cuenta de una reconfiguración de los modelos tradicionales de RMP? No deja de ser sugestiva, en este punto, la afirmación que realizan Mon, Cuberli y Elicabe: “los profesionales valoran positivamente el uso de las TICs cuando son ellos quienes pueden poner las reglas del intercambio” (2022, p. 141). Esto, sin embargo, no sugiere ninguna valoración negativa sobre el accionar profesional, sino una particularidad de algunas interacciones caracterizadas por diferentes asimetrías, como las vinculadas al saber y al poder.

Como ya señalamos, los testimonios nos permiten dar cuenta de que la manera en que los profesionales de la salud significan las relaciones con sus pacientes deriva de un conjunto de experiencias particulares vinculadas a sus interacciones cotidianas con ellos. Sin embargo, también fue posible reconocer un conjunto de expectativas e imaginarios profesionales muchas veces tensionados por comportamientos o demandas de los pacientes que parecen no alinearse al escenario esperado por el médico. A este cuadro, es necesario sumar el conjunto de perspectivas que tradicional y culturalmente se encuentran adheridas a las posiciones de los interactuantes. Estas observaciones no pueden separarse de la ubicuidad de las TICs y de las dinámicas que posibilitan.

Los análisis permitieron notar un gran interés por llegar a consensos por parte de los médicos. Especialmente, hemos identificado la posición de un médico que apuesta a la negociación y persuasión. El profesional va ajustando sus conductas en relación a lo que define como un nuevo perfil de paciente. Y, en este punto, distinguimos la emergencia de significativos procesos de redefinición de la situación.

Desde el enfoque que asumimos, las reflexiones permitieron elaborar algunas conjeturas y cuestionamientos. No quedan dudas de que las TICs atraviesan diversas instancias de la práctica médica. No obstante, consideramos que es posible sostener que las redefiniciones identificadas refieren más a ciertas prácticas y comportamientos que a modificaciones en los modelos de relación y propósitos que la dinamizan. Esto no implica sostener que esos cambios sean menores. Los análisis reconocieron que son de valiosa consideración dimensiones como las vinculadas a la implicancia del paciente en el proceso, su rol activo y cuestionador, la función motivadora del médico (apelando a recursos emocionales y afectivos), el carácter de mutua influencia del proceso que se habilita, entre otras dimensiones. Sin embargo, también notamos que estas observaciones están asociadas más a una pérdida en la autoridad de la palabra profesional que a un rescate de la simetría y horizontalidad en los procesos comunicacionales con sus pacientes.

La RMP es escenario de permanencias y continuidades que implican diferentes rutinas y concepciones por parte de los actores involucrados. La estabilidad es desafiada por una ruptura en el modo de considerar al paciente, actor que constituye la base del quehacer profesional. El espacio de la consulta se abre a preguntas, interpelaciones, explicaciones y juicios que evocan cierta simetría en la relación. En este contexto, es inevitable que los profesionales de la salud construyan nuevas

estrategias que den forma a nuevas modalidades de relación.

El rol activo del paciente interpela al médico en su actividad profesional. De ahí que para llegar a consensos sea imprescindible un acercamiento o consideración personal de quien asiste a la consulta. En el medio se activa un proceso de negociación en donde ambas partes participan. Asociamos este proceso a la noción de persuasión. Ya no se trata sólo de informar e impartir conocimientos, sino de motivar al paciente, conocerlo. Los médicos ya no se encuentran con pacientes pasivos que sólo reciben información, sino que éstos asumen participaciones activas y una actitud crítica. Esta situación desafía al médico a desplegar toda su creatividad desarrollando habilidades comunicacionales que le permitan acercarse cada vez más al paciente.

A pesar de estas transformaciones, también identificamos ciertas permanencias en el modelo negociador que reconocimos. Dicha observación, consideramos, permite abrir algunos cuestionamientos sobre los que futuros estudios pueden profundizar. Las permanencias identificadas, ¿dan cuenta de una posición conservadora por parte del profesional? ¿Preserva las premisas principales del tradicional modelo paternalista de relación? El hecho de que se resguarden algunos de esos objetivos centrales, ¿implica que los cambios comunicacionales identificados no tienen importancia o sólo resultan medios para la conservación de un tipo de relación? Las continuidades reconocidas, ¿son más significativas que las transformaciones? Pensamos que las dinámicas consideradas resultan sumamente importantes y sugerentes, también por lo que implican algunas de las continuidades identificadas. Y esto porque esas permanencias se encuentran en interacción con todas las transformaciones enumeradas, por lo que no pueden analizarse de manera aislada.

Notas

¹ Trabajo Final de Licenciatura titulado “*Comunicación y tics en salud. La perspectiva de los médicos locales sobre las transformaciones en su relación con los pacientes (2021-2022)*”. Estudio realizado en la ciudad de Río Cuarto en el marco de la Licenciatura en Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de Río Cuarto (Argentina).

² Organización Panamericana de la Salud. Hojas informativas COVID-19: Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19. Mayo 2020. (Consultado julio 2021). <https://www.paho.org/es/documentos/entender-infodemia-desinformacion-lucha-contra-covid-19>

Organización Mundial de la Salud. (OMS) (Consultado en febrero del 2023). <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-organizacion-mundial-de-la-salud-advierte-sobre-la-infodemia-Abril-del-2020>.

³ Los relatos de los entrevistados aparecerán con este formato y alineación, salvo cuando excedan las 40 palabras que tendrán una alineación particular.

Referencias bibliográficas

- Blumer, H. (2016). La sociedad como interacción simbólica. *Delito Y Sociedad*, Vol. 2(32), (pp. 127-135). Recuperado en: <https://doi.org/10.14409/dys.v2i32.5651>
- Calandra Bustos, P., Araya Arraño, M. (2009). *Conociendo las TIC*. Chile: Editor Marco Mocelli Inestrosa.
- Cofreces, P., Ofman S., y Stefani D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente: Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*. Vol. 4, (pp. 19-34). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/30736>
- Emanuel, E., & Emanuel, L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En Couceiro Vidal, A., *Bioética para clínicos* (pp. 109-126). Madrid, España: Editorial Triacastela.
- Entralgo, P. (1964). *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*. Madrid: Ediciones Castilla. Recuperado en: <https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermohistoria-y-teoria/>
- Ferreiro Vilaríño, T. (2021). Nuevas necesidades comunicativas del paciente y su relación con el coaching para pacientes. *Revista de Comunicación y Salud*, Vol. 11, (pp. 77- 102). Recuperado en: <https://doi.org/10.35669/rcys.2021.11.e274>
- Gurfein, A. (2020). La relación médico-paciente: Biopolítica, medicalización e Internet. *Revista Avatares de la Comunicación y la Cultura*, [S.l.], Vol. 20. Recuperado en:

- <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/avatares/article/view/5446>
- Hamui-Sutton A., Grijalva M., Paulo-Maya A., et al. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista Conamed*. Vol. 20(1). (pp. 17-26). Recuperado en <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/s3/16.pdf>
- Hernández-Torres, I., Fernández-Ortega, M., Irigoyen-Coria, A., Hernández-Hernández M. (2006). Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar [en línea]*. Vol. 8(2). (p.p. 137-144). Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50780211> Consultado el 30 de octubre de 2022.
- Kornblit, A. (2007). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales* (pp. 9-33). Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos.
- Mon M., Cuberli M. y Elicabe E. (2022). Prácticas de eHealth en la “práctica”. En Petracci, M. (Ed.) *Comunicación y salud: eHealth entre luces y sombras* (pp. 135-158). Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.
- Mortensen, C. (1977). *Postulados de la Comunicación*. En C. D. Mortensen, *Comunicación: el sistema intrapersonal* (pp. 28-40). Buenos Aires, Argentina: Editorial Tres Tiempos.
- Petracci, M. [et al] (2017). La relación médico-paciente en la indagación académica contemporánea. En Petracci, M., Schwarz P. y Rodríguez Zoya, P. *Las relaciones entre médicos y pacientes en la Modernidad Tardía* (pp. 105-182). Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.
- Petracci, M. (2022). *Comunicación y salud: eHealth entre luces y sombras*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.
- Petracci, M. y Cuberli, M. (2020). eHealth y pandemia Covid-19: nuevos tiempos para las relaciones entre médicos y pacientes. En CHASQUI, *Revista Latinoamericana de Comunicación, Comunicación, Sociedad y Salud en contexto de pandemia*. Vol. 145. (Pp. 281-300). Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718840>
- Rodríguez Zoya, P. (2022). Interpelaciones al campo de Comunicación y Salud en pandemia de Covid -19. En Petracci, M. *Comunicación y salud: eHealth entre luces y sombras* (pp. 31-58). Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.
- Schwartz H. y Jacobs J. (1996) *Sociología cualitativa: Método para la reconstrucción de la realidad*. México: Editorial Trillas.
- Szulik, D. (2022). Impresiones sobre la práctica profesional de los médicos. Cambios y permanencias en la última década. En Petracci, M. *Comunicación y salud: eHealth entre luces y sombras* (pp.107-133). Buenos Aires, Argentina: Editorial Teseo.
- Tamargo C. y Carniglia E. (2020). *Maestras y TIC en escuelas ruralizadas. Claves del acceso en la pampa cordobesa*. Córdoba, Argentina: Editorial UniRío editora.
- Taylor, S. y Bogdan, H. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Tudor Andrew. (1974). *Cine y Comunicación social*. Barcelona: Editorial Gustavo Gili S.A.
- Winkin, I. (1984). *La Nueva Comunicación*. Barcelona: Editorial Akal.