

Aproximaciones a las nociones de enfermo y paciente desde el enfoque biomédico

Bruno Lutz*

RESUMEN

En el presente artículo nos dedicamos a explorar dos categorías claves de individuos que forman parte del léxico de la salud: enfermo y paciente. Indagamos el origen de estos términos y cómo su uso fue evolucionando hasta la época contemporánea. Mostramos que estos vocablos, a menudo empleados como sinónimos, en realidad se articulan sobre la base de una perspectiva dicotómica de atención a la salud según el modelo biomédico. “Enfermo” se refiere al individuo portador de una enfermedad, antónimo fisiológico y socialmente de una persona sana. Mientras que “paciente” nos remite a la categoría de enfermos que están siendo tratados por médicos e instituciones de salud, en oposición a los que no reciben atención por parte de los profesionales de la salud. Cada una de estas categorías conlleva una serie específica de representaciones respecto de la conducta socio-psicológica del sujeto, como del grado de avance del diagnóstico y tratamiento de su patología.

PALABRAS CLAVE: Enfermo; Médicos; México; Paciente; Salud.

Approaches to the notions of sick and patient from the biomedical focus

ABSTRACT

In this paper we are focused in exploring two individual key categories presents in the health lexical: sick and patient. We are inquiring the origin of these two terms and how their respective use has been evolving over time until nowadays. We will show that these words, often used as synonyms, are truly operating on a health care dichotomic perspective. “Sick” means someone caring of a disease; physiological antonym of a healthy person. Meanwhile “patient” refers us to the category of sick persons not treated by physicians and health institutions, in opposition to sick persons who are not in the health worker’s hands. Each one of these classes involves a specific set of subject socio-psychological behavior representations, as a specific diagnostic degree of progress and illness treatment.

Keywords: Health; Mexico; Patient; Physicians; Sick

* Profesor investigador del Departamento de Relaciones Sociales de la Universidad Autónoma Metropolitana plantel Xochimilco. Correo de contacto: brunolutz01@yahoo.com.mx

Fecha de recepción: 22 de marzo de 2023.

Fecha de aceptación: 13 de septiembre de 2023.

Introducción

Las palabras tienen su importancia. El significado de cada vocablo, ya sea por su etimología o por el contexto de su enunciación, nos muestra una representación compartida del mundo. El ámbito de la salud no está exento de este “juego del lenguaje” que oscila entre el decir y el comprender, como lo entendía Wittgenstein (2009). A los tecnicismos propios de la ciencia de la salud se suman términos que tienen que ver con la dimensión administrativa y social del sector. Estos últimos apuntan a la relación, mediatizada o no, entre quienes proporcionan una atención a la salud y quienes la reciben. Debido a la amplitud del tema, en este ensayo nos enfocaremos primeramente a reflexionar sobre el uso y significado, en el léxico de la salud, de los vocablos “enfermo” y “paciente”. Luego examinaremos el condicionamiento del paciente mediante la institucionalización de su dependencia, señalando ahí la importancia de la espera. En un tercer apartado, detallaremos la construcción de diferentes categorías de pacientes. Por último, concluiremos retomando las principales aportaciones de nuestra reflexión.

1. Las palabras “enfermo” y “paciente”

La Organización Mundial de la Salud define particularmente lo que es salud y enfermedad, más no al sujeto de la enfermedad, es decir al enfermo. Según Hipócrates, la persona que no era sana tenía un “*eidos* enfermo”, es decir, poseía los síntomas de alguien que padecía disfuncionamientos fisiológicos (Laín Entralgo, 1970: 229-23). Para la Real Academia de la Lengua Española, “enfermo” es, sencillamente, quien padece una enfermedad. En México, dicho vocablo no forma parte del “Glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente” (Secretaría de Salud, s/f). Todo indica que el enfermo es el antónimo de una per-

sona sana, de una persona que goza de buena salud. Adivinamos intuitivamente que el enfermo es alguien que ha perdido el bienestar físico, mental o social; no puede realizar sus actividades diarias sin padecer molestias y dolores. La etimología viene a precisar esa idea cuando descubrimos que la palabra “enfermo” viene del latín *infirmus* que significa “el que no está firme”, y cuando alguien no está firme, se cae y se muere. La actividad del ser humano es una actividad que suele realizar parado sobre sus dos piernas. Es de notar que la palabra *infirmus* se comenzó a utilizar durante la edad media hasta las transcripciones al latín del Corpus Hippocratitum (Lips-Castro, 2017).¹

Investigadores de las Ciencias Sociales han reflexionado en torno al significado psicológico, antropológico y filosófico tanto del enfermo (en tanto sujeto) como de la condición de estar enfermo.

En el caso de Talcott Parsons, autor de “El sistema social”, se interesa en el rol del enfermo y del paciente, mas no en el significado de ambos términos. Desde la perspectiva estructural funcionalista, tiende, hasta cierto punto, a emplearlos como sinónimos. “La definición del paciente como ‘enfermo’ proporciona la base para el elemento de la permisividad; no se le puede ‘hacer responsable’ de su condición o de ciertas cosas que diga o haga en ella, o de ambas cosas” (1999: 203). Tanto al enfermo como al paciente se les exime de la responsabilidad de su desviación,

¹ Es menester tener presente que el pensamiento helénico planteaba que: “Y ambas artes, la que consiste en velar por el alma y la que versa sobre los cuidados del cuerpo, se subdividen a su vez en dos especies, de las cuales una corresponde al alma sana o al cuerpo sano y la otra vela por el cuerpo o el alma enfermos. (...) Los cuidados del cuerpo sano corren a cargo de la gimnasia; los del cuerpo enfermo son materia de la medicina”. (Jaeger, 2001: 161)

temporal o definitiva, en el sentido de que, salvo por motivaciones inconscientes, no eligió dejar de ser parte de la colectividad de personas sanas. En términos parsonianos, el enfermo se expone a la acción de fuerzas centrípetas que buscarán reintegrarlo en la sociedad como ciudadano por completo. Más adelante, Talcott Parsons precisa: “Además del rol del *enfermo*, podemos distinguir el rol de *paciente* como beneficiario de los servicios de un médico profesional científicamente formado” (*idem*: 304). Según este enfoque, el enfermo y el paciente asumen un rol marginal en la sociedad, sin posibilidad de conformar una sub-cultura, siendo el rol del médico permitirles jugar nuevamente su rol societal original.

Por su parte, Laplantine (1999), en su obra clásica “Antropología de la enfermedad”, plantea al hombre enfermo como modelo relacional, ya que su sufrimiento funge como mediador entre su pasado (como sujeto sano) y su vida actual, entre él y los demás dentro de quienes se destaca la figura prominente del médico. Todavía según ese autor, el enfermo es abordado por la ciencia médica a través de su enfermedad, desde el modelo etiológico o bien desde el modelo terapéutico. Al centrarse en la patología -como lo atestigua la parquedad de los tres organismos citados arriba-, ambos modelos excluyen al individuo de su propia enfermedad, lo desposeen de su vivencia cotidiana como enfermo. “Este proceso determina la conformación, por parte del sujeto sufriente, de una identidad particular atravesada por la enfermedad y sustentada por la extrañeza respecto del propio relato de su reciente ‘vida enferma’” (González Pérez, 2007: 137). De ahí la importancia de discernir entre quien se piensa enfermo y quien es calificado como tal. El primero interpreta libremente sus síntomas, reales o imaginarios, exactos o exagerados, para deducir que padece

una enfermedad.² Puede sospechar que tiene determinada patología o estar convencido de que está enfermo, en todo caso, la representación que se hace de sí mismo condiciona su conducta. En cuanto al segundo, un enfermo debidamente diagnosticado tiene la posibilidad de reaccionar de diferentes maneras ante el veredicto médico, desde la negación hasta el abatimiento pasando por la aceptación condicionada y la decisión de restar importancia a su gravedad. Llevando la discusión del enfermo como concepto al terreno de la filosofía, el Dr. Tejerizo (2011) asevera que alguien diagnosticado con una enfermedad grave, y posiblemente mortal, es una singularidad en el sentido de que conjuga el “tiempo que le queda” con el sufrimiento presente. Asimismo, puede aseverarse que el enfermo es un sujeto que vive sus padecimientos construyendo sus propios tiempos; espera mientras observa la evolución de su enfermedad.

Encontramos precisamente esta dimensión del tiempo en el término paciente. Conviene recordar que la paciencia es considerada una virtud desde tiempos remotos. En la Biblia, la paciencia es una capacidad relacionada con la fe y, más precisamente, como una prueba de fe. “Por tanto, hermanos, sean pacientes hasta la venida del Señor. Miren *cómo* el labrador espera el fruto precioso de la tierra, siendo paciente en ello hasta que recibe *la lluvia temprana y la tardía*” (Santiago 5:7). Pensadores cristianos, como Tertuliano, San Cipriano y San Agustín, glosaron sobre esta virtud que, según ellos, debe ser cultivada por los seguidores de Cristo (Sánchez Manzano, 1993). Particularmente interesante es la reflexión del predicador de Hipona para quien la paciencia se convierte en una virtud humana cuando la cau-

² Es de recordar la clásica obra de Moliere “El enfermo imaginario” que pone en escena la figura de Sganarelle, hipocondriaco que logra alterar la vida de su familia y domésticos.

sa que la genera es digna de ser alabada como, por ejemplo, soportar con paciencia los males y rehusar la venganza. San Agustín recurre a la etimología del vocablo “paciente” que viene del latín *patientia, a patiando*, que significa padecer.³ Cabe agregar que la palabra paciente también tiene por origen el vocablo latín *patiens* (sufriente, sufrido), y que empezó a ser empleada en la literatura médica a partir del S. XV.

Asimismo, tres son los significados que podemos dar al vocablo “paciente”: 1) es alguien que sufre de una enfermedad. La Real Academia Española dice “persona que padece física y corporalmente y, especialmente, quien se halla bajo atención médica”; 2) es alguien que es o va a ser reconocido médicamente. Para la administración pública española es una “persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud” (Ley 41/2002), mientras que en México la Secretaría de Salud (s/f: 9) asigna al término “paciente” la categoría genérica de “Persona que recibe atención a la salud”; y 3) es alguien que tiene paciencia, es decir, que tolera y aguanta calladamente. Ahora bien, las dos primeras definiciones se refieren a un sujeto que padece una enfermedad, sin aportar precisiones sobre la naturaleza de la patología ni tampoco respecto del sufrimiento que ocasiona. Debido a la evolución general de la comorbilidad de la población, y en particular la expansión de las enfermedades crónicas a raíz principalmente de malos hábitos de vida, es sugerente marcar esta diferencia al momento de hablar de los pacientes.

Se propone utilizar el término ‘paciente’ para los individuos con enfermedades agudas y trasmisibles y el de ‘paciente’ para quienes

presentan enfermedades crónicas, con el fin de enfatizar esta condición particular en la que el enfermo sufre, experimenta, soporta, es decir, ‘padece’ la enfermedad con todas sus repercusiones físicas, psicológicas y sociales que se van presentando durante el curso de la misma (Cardoso Gómez et. al., 2014: 41).

Desde esta perspectiva, los autores retoman la distinción que en el idioma inglés se hace entre *disease* (enfermedad) e *illness* (padecimiento). Anotan que referirse al padecimiento remite a la dimensión subjetiva de la carencia de salud. Asimismo, la distinción entre dos tipos de enfermos tratados por la biomedicina, distinción basada en el nivel de riesgo individual y colectivo, permite a los inventores de la palabra “paciente” promover la idea de una atención pluridisciplinaria basada en una comprensión empática del contexto socioeconómico del enfermo crónico, sus creencias y hábitos de vida. Sabiéndose enfermo crónico, el sujeto ha rutinizado su padecimiento para integrarlo a su forma de vida aceptando, hasta cierto punto, la pérdida de una parte de su autonomía. Al referirse a la importancia del ámbito cultural de cada paciente, Cardoso Gómez, et al. (2022) aseveran que se abre la posibilidad de una relación médico-enfermo que va más allá de una relación esporádica, vertical y autoritaria, propia de la atención de enfermedades agudas. En este esquema, no se pide al enfermo ser paciente para con su tratamiento y con el médico que lo atiende, (con el fin de recuperarse después de 10-15 días de convalecencia), sino que se le acompaña en la larga duración de su enfermedad debido a que su patología implica la transformación de su manera de vivir, alimentarse y cuidarse. Así que, en el caso de los enfermos crónicos, se requiere de ellos una paciencia de largo alcance que debe terminar con la remisión de su enfermedad. Se

³ <https://www.augustinus.it/spagnolo/pazienza/index2.htm>

trata de una paciencia profunda equiparada a una resignación activa.

2. El paciente bajo tutela

La institución médica hospitalaria clasifica, controla y archiva. En las conclusiones de un estudio antropológico de una sala de hospital, la investigadora argentina Marta Crivos escribe: “Esta estructura vertical, al confluir en el paciente, supuesto beneficiario de la institución, produce un fenómeno que podríamos denominar ‘inversión de la relación de servicio’. En un primer momento el hospital se postula al servicio del enfermo, en un segundo momento es el paciente quien se encuentra a disposición del hospital” (1988: 136). Este punto es de fundamental importancia pues al ingresar al hospital, ya sea en Urgencias o en consulta externa, la persona enferma se ve relegada a la categoría de “paciente”.

Los pacientes dejan de ser quienes eran antes de ser atendidos en unidades médicas. Convertirse en paciente es aceptar, incluso en contra de su voluntad, una despersonalización que lo despoja temporalmente de su identidad. Al recibir un tratamiento médico o quirúrgico no tienen otra opción que la de abandonar la imagen de sí que ocupaban cuando eran personas sanas. Para los administrativos, los pacientes son un número de expediente, un apellido y, en el mejor de los casos, una persona con nombre y apellido. Para el cuerpo médico los pacientes se distinguen entre sí por su número de cuarto, de cama, o bien, por su patología. El personal de enfermería y de trabajo social que está más en contacto con los pacientes llega incluso a designarlos coloquialmente por vocablos extraídos del léxico parental: “m’hija”, “mami”, “madre” o “padre”. (En su relato autobiográfico, el Dr. Testa (1996) revela que, durante su hospitalización en un hospital de Buenos

Aires, la joven enfermera lo llamaba “bebé” y “muñeco”). Es menester precisar que los términos empleados para sustituir el nombre completo del paciente varían en función de la localización geográfica de la institución de salud, las prácticas locales del lenguaje, el perfil del personal de salud y el tipo de hospital al que se acude: público o privado. En México pueden escucharse comúnmente los prefijos “don” y “doñita” -cuando se trata de pacientes de edad avanzada-, y “enano” o “enana” en instituciones pediátricas para hablar de un niño o de una niña.

Así, en el contexto de una relación entre los trabajadores del sector salud y los pacientes, el empleo de estos términos indica un supuesto nexo de parentesco o, por lo menos, una posición relacional dentro de una familia. También marca simbólicamente una diferencia de estatus, porque frente a la libertad que suelen tener los médicos y las enfermeras para dirigirse a los pacientes -a mayor contacto con ellos mayor familiaridad- estos últimos generalmente utilizan una forma respetuosa para dirigirse a quienes los atienden por respeto y temor a padecer represalias en caso de inconformidad. En suma, este juego de lenguaje no deja de ser un juego de poder que refleja tanto el trato organizacional de los enfermos como el estado emocional respectivo de quienes interactúan. Entre el respeto sincero y el desprecio, existe un gran abanico de consideraciones posibles, dentro del cual está la simpatía genuina. Pero en el caso del uso despectivo de ciertos términos para designar al paciente, incluso al menor de edad, no deja de afectar la integridad psicológica del enfermo quien suele buscar mecanismos ocultos para resistir.

Cuando la institución médico-hospitalaria se refiere a la categoría genérica de “los pacientes”, debe recordarse que tal categoría agrupa tanto a

hombres como a mujeres. Salvo lugares donde se atiende exclusivamente a pacientes de un solo sexo, como las clínicas de la mujer, por ejemplo, la integración de sujetos de ambos sexos en la población de los “pacientes” no es una cosa anodina. El rol de paciente es notoriamente diferente cuando se trata de una mujer o de un hombre. Como lo mencionan los investigadores Tagliacozzo y Mauksch (1982: 321) “Así se supone que el hombre debe controlar más la conducta expresiva basada en quejas y gemidos, y se desaprueba menos a la mujer cuando explota el papel de enferma mediante una conducta pasiva y dependiente. Por lo común, toda la muestra estudiada concordó en que era más difícil para el hombre ser paciente”.

De manera general, el varón es menos paciente que la mujer; no ha sido educado para esperar, puesto que en las sociedades donde la dominación androcéntrica es la norma se prioriza mayormente la atención del hijo por sobre la hija, del alumno por sobre la alumna, del trabajador por sobre la trabajadora. El hombre pasa primero porque su sexo predetermina socialmente su posición ventajosa en el orden de prelación para ser atendido en casa, en la escuela, en el espacio laboral, para ocupar cargos de importancia, etc. De manera paradójica, esta preeminencia del género masculino pone en desventaja al hombre cuando se enferma y debe ponerse en manos de médicos para recobrar su salud. En el ámbito de la atención a la salud regido por un orden de prioridad basado en citas de consulta interna, o bien en el orden de llegada y la gravedad de los padecimientos, para el caso de consultas externas, la diferencia de los sexos pasa a segundo plano. Asimismo, el paso de “enfermo” a “paciente”, tal como lo estudió Zola (1967), es generalmente más difícil para los hombres que para las mujeres por el sencillo hecho de que ellas suelen integrar la paciencia y la docilidad como valores propios de su género.

Además, para las mujeres que cuidan a sus hijos o miembros de su familia, es prioritario reducir el tiempo de duración de su dependencia para con la institución médica mediante una cooperación activa para con el personal de salud. Así, las unidades médicas exigen al paciente masculino adquirir una aptitud que caracteriza a la mujer. En este sentido, mujeres y hombres se encuentran en pie de igualdad cuando están en el rol de pacientes.

Ya Rossi muy atinadamente señala: “Alentar la adecuación de los pacientes y de los usuarios al proyecto biomédico contemporáneo induce a una reformulación del estatus y del lugar del ser humano –mujeres y hombres– al encarar la salud y la enfermedad. En ese sentido, un sujeto racionalizado se vuelve normalizado: se somete a la optimización” (2018: 23).

2. La “posesión” del paciente

El control de los pacientes es un fenómeno multidimensional que empieza, para quienes están hospitalizados, por un proceso de despersonalización con el otorgamiento de un gafete o de un brazalete de color, al tiempo que se les pide desprenderse de su ropa. La bata se vuelve el uniforme de quienes están siendo atendidos, quienes tienen un expediente médico y hacen de la espera su principal aliada mientras resuelven su problema de salud. En caso de los médicos que ejercen su actividad fuera de las instituciones de salud, los pacientes están enlistados en su base de datos de tal forma que constituyen su clientela. La posesión de una clientela garantiza ingresos al médico al mismo tiempo que le otorga una positiva visibilidad en el territorio social donde ejerce su profesión.

El vínculo entre el personal del hospital y los familiares es una relación de poder mediatizada por la institución, en la cual cada parte desarrolla una

serie de estrategias para reivindicar su rol respectivo y defender sus intereses. Enfermos y acompañantes tienen la expectativa de una atención rápida y eficiente, así como de recibir un buen trato por parte de los trabajadores del sector salud, mientras que estos últimos esperan de los usuarios docilidad, paciencia y disciplina.⁴ Parsons (1999: 297) escribe: “A la obligación del doctor de utilizar su autoridad ‘responsablemente’ en interés del paciente, se corresponde la obligación del paciente de aceptar fielmente las implicaciones del hecho de que se trata de un ‘paciente del doctor X’ y mientras permanezca en ese estatus tiene que ‘hacer su parte’ en la empresa común”. El paciente y sus familiares pueden quejarse e incluso demandar a una enfermera o a un doctor por negligencia médica, pero, por su parte, los miembros de la institución tienen la posibilidad de emplear medidas de represalia hacia los quejosos e incluso negarles la atención médica. Lo que está en juego en esta relación de poder –que se verifica en la presencia (a la vez obligada, necesaria y voluntaria) de los familiares– es el control de la calidad en el servicio. Tan generalizada es esta situación, que en México la propia Secretaría de Salud (2023: 35) señala que es “fundamental incorporar en el personal, procesos de deconstrucción de las actitudes hostiles y soberbias, y de reaprendizaje de empatía y manejo positivo de las emociones.”

Por lo que hace al paciente hospitalizado, no tiene otra opción que la de transferir su soberanía a médicos y enfermeras quienes representan a la institución. Su debilidad física y la gravedad de sus malestares merman frecuentemente su voluntad para asumir el control soberano de su proceso de curación. El fenómeno de la desposesión de la identidad previa del internado en lugares de en-

cierto, como lo estudió Goffman (2001), puede aplicarse al hospital.

“A fin de asegurar el cumplimiento de una regla o un régimen particular aun cuando el paciente no percibe con claridad sus beneficios, los médicos y las enfermeras se basan en procedimientos que reducen el sentido de la autonomía y alientan la aceptación del tratamiento rutinario. Una técnica preferida para restringir la condición social del paciente es tratarlo como una entidad no personal.” (Lorber, 1982: 335)

El paciente existe a partir del momento en el que deja de ser totalmente dueño de sí mismo. Su debilidad física y su vulnerabilidad emocional le impiden, hasta cierto punto, gozar de la misma autonomía que una persona sana. Por un lado, su soberanía se ve mermada por sus padecimientos y por el otro, se vuelve dependiente. Cuando está imposibilitado para subvenir por sí solo a sus propias necesidades, el enfermo es reducido a ser dependiente de uno o varios miembros de su familia. Este sentimiento de dependencia lo expresan los familiares cuando hacen guardia en las salas de espera. El enfermo es un sujeto que, aun sin gozar de toda su vitalidad y de las facultades de una persona con salud, sigue siendo autónomo. El enfermo es todavía capaz de velar por su tratamiento, sus terapias, mientras que un paciente no lo es. “...el papel del enfermo ha llegado a identificarse casi completamente al rol del paciente. El enfermo se ha convertido en alguien a quien se le quita prácticamente toda responsabilidad hacia su enfermedad”, afirma Iván Illich (1975: 61). Siguiendo el pensamiento de ese autor, podemos afirmar que la biomedicina expropia al enfermo de su enfermedad para convertirlo en un sujeto carente de potestad: el paciente.

⁴ Esta relación existe desde tiempo pretéritos tal como nos lo recuerda Laín Entralgo (1969: 28) cuando dice que para Platón el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad.

La autonomía del enfermo en la vida cotidiana es, por ejemplo, la de los millones enfermos de diabetes que van a consulta externa de manera regular, toman sus medicamentos y se presentan para recibir sus dosis semanales de insulina. Pero cuando surge una agravación de la enfermedad, la persona diabética debe ser tratada. Cambia de categoría. Mejor dicho, pasa de la categoría de enfermo autónomo a enfermo dependiente. Primero son sus familiares -en general mujeres- quienes lo tratan como *su* paciente. Le dan los cuidados esenciales hasta llevarlo a un hospital para ser atendido en Urgencias. En virtud del amor que sienten por él o por ella, así como de los nexos de parentesco con que están relacionados y de la cercanía emocional que sienten por el enfermo, se “apropian” de él. Esta transferencia a terceros de la responsabilidad de su vida lo convierte automáticamente en paciente, dado que es un sujeto pasivo que espera la remisión de sus males mediante la intervención de un cuerpo de profesionales. Ha transferido, voluntariamente o no, la soberanía de su salud. Deja que los medicamentos y las terapias tengan el efecto esperado sobre su organismo, por lo que se resigna a cumplir con lo que se le pide.

“La estructura vertical de la organización del hospital confluye en el paciente. Este se halla sometido a las decisiones que emanan de todos los grupos del personal. Tanto para la administración del hospital como para el sector médico y para-médico, el paciente debe ser fundamentalmente pasivo para garantizar su adaptación a condiciones preestablecidas (...) Tanto la organización médico-docente de la cátedra como la estructura administrativa hospitalaria tienden a la instrumentación del paciente quien, en la práctica, ya no es el beneficiario de la institución sino el ‘objeto’ indispensable para la con-

secución de fines extra-asistenciales” (Crivos, 1988: 134; 137).

Es posible ver en la administración del paciente una transferencia del “poder de la vida y la muerte” -como lo llamó Foucault en torno al derecho del soberano (2001: 218)-, a médicos amparados por instituciones de salud. La encomienda del paciente (y de sus acompañantes que deben ser dóciles, disciplinados y pacientes también) es esperar. A menores ingresos y mayor vulnerabilidad social, más tiempo esperarán. El paciente pobre es ante todo un paciente que ha aprendido a ejercer la paciencia para poder ser beneficiario de una ayuda o de un servicio por parte de la administración pública. En ese sentido, es el blanco privilegiado de la expropiación de su tiempo por parte del Estado. “Los habitantes urbanos pobres, aprenden a ser pacientes del Estado, a través de frecuentes intercambios con políticos, burócratas y funcionarios”, escribe el sociólogo Auyero (2013: 25). En el sector público de salud es común encontrar a los estratos más bajos de la pirámide socioeconómica conformados por individuos que el Estado ha “domesticado” para aprender a esperar en todos los trámites administrativos que realizan. La espera es para ellos la condición de posibilidad para existir institucionalmente. Pierre Bourdieu reflexiona sobre el fenómeno de la espera dentro de las relaciones de poder:

“La espera es una de las maneras privilegiadas de experimentar el poder, así como el vínculo entre el tiempo y el poder, y habría que inventariar, analizar, todas las conductas asociadas al ejercicio de un poder sobre el tiempo de los demás, tanto por parte del poderoso (dejar para más tarde, dar largas, dilatar, entretener, aplazar, retrasar, llegar tarde; o, a la inversa, precipitar, sorprender) como del ‘paciente’, como

suele decirse en el universo médico, uno de los paradigmas de la espera ansiosa e impotente. La espera implica sumisión: propósito interesado de algo particularmente deseado, que modifica de manera duradera, es decir, durante todo el tiempo que dura la expectativa, la conducta de quien, como suele decirse, está pendiente de la decisión esperada” (1999: 302).

La manera de relacionarnos en una interacción mediatizada por el tiempo, y particularmente respecto del fenómeno de la espera, señala -indirectamente- el estatus respectivo de quienes participan en ella. Las diferencias que se manifiestan entre quienes esperan y quienes hacen esperar, entre quienes determinan el tiempo legítimo de duración de una interacción -incluyendo su frecuencia- y quienes acatan estas determinaciones temporales, indican una relación de poder. Aplicada al ámbito de la salud, la mediatización temporal de las relaciones interpersonales tiende a reforzar el rol respectivo de cada categoría de individuos. En lo concerniente a los pacientes, su grado de integración con las instituciones de salud señala la existencia de diferentes tipos de pacientes.

3. Tipología de pacientes

Antes de examinar los estereotipos de pacientes manejados en el sector salud, conviene tomar en cuenta los siguientes elementos:

“...ll) una relación médico-paciente asimétrica; m) relación de subordinación técnica y social del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); n) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; ñ) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva del pacien-

te como ‘consumidor de acciones de salud’...” (Menéndez, 1998: 18)

Esta lista no exhaustiva de supuestos basados en la reproducción de la base del modelo biomédico infiere una serie de conductas complementarias cuya correspondencia permite, en principio, una satisfacción tanto del paciente como del personal de salud.

Generalmente, el paciente adapta su conducta para adecuarla a lo que el médico y las enfermeras esperan de él, expectativas que rara vez son expresadas verbalmente. El ser un “buen paciente” se resume frecuentemente a hacer una muestra de cooperación, paciencia y resignación. En condiciones normales, es decir, al margen de una situación de conflicto entre el enfermo y el personal, estas expectativas se basan en la posición del paciente en la institución proveedora de atención a la salud. En efecto, no tiene las mismas incidencias ser cliente de un hospital privado, que ser derechohabiente de un hospital público. En el primer caso, el paciente puede exigir una calidad de atención a la altura de lo que paga, mientras que en el segundo, anticipadamente mira limitadas sus expectativas. A esta relación económica con la institución de salud, como factor determinante de las expectativas del paciente, debe sumarse la eficacia diferenciada de cada unidad de salud.

Si el personal es insuficiente y los enfermos, en número excesivo, es más probable que el paciente muestre una mayor tolerancia en cuanto a un tiempo de espera más largo y a una corta duración de la consulta. “Uno de los factores en que se basan los escrúpulos del paciente para no imponer demandas al personal hospitalario es su conciencia de la presencia de otros, con frecuencia más enfermos que él...” (Tagliacozzo y Mauksch,

1982: 315). Motivado por la empatía y el deseo de pasar desapercibido, el paciente suele contener su deseo ser atendido. La mirada de los demás y la mirada sobre los demás refuerza el proceso de imitación en el paciente, de tal manera que tiende a actuar de la misma forma que sus correligionarios con tal de ser visto como “buen paciente”.

Estudios como el de Lorber (1982), y la narración de un médico argentino hospitalizado en cardiología (Testa, 1993), nos enseña cuáles son las expectativas mutuas del personal médico de un hospital por un lado y de los pacientes, por el otro. Se confirmó que existe el estereotipo del “buen paciente” y del “paciente difícil”. El primero es un paciente amable, dócil, que coopera con el médico y las enfermeras. Puede experimentar dolor y necesitar una medicación diferente, pero no se queja de la atención recibida. El “buen paciente” es el paciente que no quita al personal un tiempo indebido debido a sus preguntas, quejas y solicitudes de atención. En cambio, el “paciente difícil” es alguien que pide explicaciones de tal forma que las respuestas que recibe dependen de su cooperación. Condiciona la aceptación de su rol de paciente. Pide más atención que los demás pacientes y distrae al personal, al grado de provocar molestia. La manera ruda y hasta despótica en cómo reclama a médicos y enfermeras lo ubica en la categoría de “paciente difícil”. La investigadora Lorber precisa que encontró, en el discurso del personal, dos tipos de “pacientes difíciles”: quienes exigen una atención constante -debido al dolor que padecen-, pero al final son agradecidos, y quienes por su carácter y tendencia hipocondríaca exigen indebidamente una atención adicional. Los primeros son, hasta cierto punto, disculpados, mientras que los segundos son precozmente dados de alta (Lorber, 1982).

Ahora bien, la calificación del paciente por el personal médico puede referirse también a su capacidad de comprensión y, por ende, de cooperación. Al respecto, Menéndez (1998: 21), siguiendo a Donovan y Blake, acepta que se ha desarrollado el tipo ideal de paciente que es el “paciente bien informado”, es decir, un sujeto enfermo que posee un saber particular que traslada a la comprensión de su propia experiencia de enfermedad. En un estudio llevado a cabo en el suroeste de los Estados Unidos, el equipo de investigadores de Street (2005) descubrieron que el paciente con quien los médicos interactúan más es preferentemente blanco y cuenta con estudios superiores. El poder referir, por parte del paciente, un padecimiento con una rápida asimilación de los términos técnicos, de los tipos de exámenes y los procedimientos quirúrgicos que corresponden, permite a los doctores ahorrar tiempo en sus explicaciones.

“Es usual afirmar que un ‘buen paciente’ es aquel que ‘posee cultura’, cultura suficiente para comprender y seguir las orientaciones y cuidados transmitidos por el médico o enfermero. Este tipo de paciente es contrastado con el ‘sin cultura’, considerado un paciente más ‘difícil’, que actúa equivocadamente por ‘ignorancia’ o guiado por ‘supersticiones’” (Langdon y Wilk, 2010: 178).

Aunado a lo anteriormente señalado, puede aseverarse que un paciente informado es un paciente que se comporta como alguien interesado por la medicina, alguien que es capaz de informarse por sí solo y, eventualmente, por medio de profesionistas experimentados. Enfermeras y médicos valoran sobremanera el hecho de que un paciente sea comprensivo, sepa esperar de forma abnegada y no les quite su tiempo, pues el personal médico es quien posee la hegemonía del control de la duración de su interacción con cada paciente.

El hacer esperar puede resultar ser una estrategia del médico para controlar el tiempo de quienes vienen a consultarlo, aunque represente para el galeno una mayor carga de trabajo. De forma muy atinada, Pritchard anota: “La paradoja central es que los médicos, que se convencen de que son personas ocupadas sin tiempo suficiente, automáticamente pierden su autonomía de tiempo y la libertad que la acompaña. Al aceptar el poder de controlar el tiempo de las personas, pueden perder el control de su propio tiempo, siendo éste una fuente de poder” (1992: 88). Tener una agenda saturada es visto como una marca de prestigio. El tiempo promedio de espera para sacar una cita y para permanecer en la sala del consultorio antes de ser atendido, da a los enfermos una indicación de la fama del galeno.

Para un médico que ejerce en un consultorio privado, hacerse de una clientela es un factor decisivo para asegurar la regularidad de sus ingresos mensuales. Esta economización de la salud, hace eco a lo que Álvarez Cordero (2014) apunta en su editorial cuando señala que en los Estados Unidos la complementariedad entre el “*health care provider/ health care consumer*” tiende hacia una satisfacción mutua entre el proveedor de servicios en materia de salud y el cliente. En cuanto a la rutinización del proceso de atención de los enfermos asegura el seguimiento futuro de los mismos y posiblemente de su familia respectiva y gente cercana. A mayor número de clientes, mayor es el tiempo de espera.

Otro aspecto de esta relación desigual es la de contar con pacientes cautivos. Tener una clientela, es decir una lista de personas que han acudido una o varias veces para ser atendidas por un problema de salud, es una información valiosa, un bien simbólico que posee un valor fiduciario. Al momento de abrir un nuevo gabinete médico, traspasarlo o

venderlo, la clientela puede formar parte o no de la transacción, según el tipo de acuerdo. Un médico que se muda lejos o se jubila puede “ceder” sus pacientes a su sucesor.

En el caso de un servicio de Urgencias, el personal médico se ve obligado a priorizar la atención de los pacientes que se presentan en función de la gravedad de su estado. Esta valoración médica sucinta sobre la base de algunos criterios básicos, conocida como Triage (Illescas, 2006), responde a la imposibilidad de atender a todos los pacientes en cuanto llegan, debido a su número excesivo, el número reducido de médicos o por los espacios limitados en la sala de espera. Asimismo, los enfermos son divididos en categorías (generalmente asociadas a un color) y quienes cuyo estado de salud no es juzgado grave; entonces son relegados a la categoría de los que van a esperar más, o bien, se les puede negar la atención médica y mandar a consulta externa. En otras palabras, los pacientes cuya enfermedad o traumatismo no es juzgado prioritario en la evaluación del Triage, son conminados a ser los más pacientes. Si bien este sistema permite una gestión racional de los recursos médicos disponibles, por otro lado, legaliza la espera de los pacientes. Asimismo, es posible afirmar que el Triage -incluso con diferentes intervalos de tiempo de espera según las categorías de enfermos- “fabrica” pacientes porque deben esperar recibir una atención médica durante el tiempo que corresponde a su estado de salud (Lutz, 2023).

Otro aspecto que caracteriza al paciente es la doble reducción de su volición, por la enfermedad y por la intervención médica. La solicitud de firmar un documento antes de una intervención quirúrgica, es una acción legal y necesaria que, no obstante, refuerza la dependencia del paciente para con la institución médica. Dicho documen-

to avala el procedimiento y descarga anticipadamente al personal de salud de posibles complicaciones y efectos secundarios. Aun cuando el paciente se encuentre en sus cinco sentidos, su delicado estado de salud junto con los efectos secundarios de las medicinas suministradas previamente, disminuye notablemente su capacidad de juicio. Generalmente no le dan mucho tiempo para leer a detalle el documento y madurar su decisión. En caso de pacientes inconscientes o imposibilitados para firmar, la entera decisión recae en su acompañante. Al respecto, Beltrán Salazar escribe:

“No poder decidir y valerse por sí mismo es una situación que contribuye al sufrimiento espiritual de los pacientes, así como también contribuyen el desconocimiento de sus decisiones por parte del equipo de salud y la forma de proceder de los enfermeros cuando realizan acciones tendientes a satisfacer las necesidades de los pacientes, que no consultan sus gustos y preferencias o cuando no son realizadas con las debidas consideraciones y afecto” (2008: 95).

Cabe agregar que esta voluntad de intervenir en el destino de los cuerpos puede llegar a expresarse como una forma de violencia ejercida sobre los enfermos al amparo del status de la profesión de médico (Castro, 2014). El lenguaje puede servir como instrumento de dominación entre quien hace las preguntas y quien contesta porque el personal de salud asume el control del tiempo de interacción. Cuando existe, la violencia verbal se suele manifestar mediante el uso intencional de términos técnicos desconocidos por las personas ajenas al campo médico. El empleo de un lenguaje capcioso se relaciona a menudo con una comunicación en forma de encuesta que el médico aplica indiscriminadamente a todos los pacientes para poder identificar una patología y

descubrir las causas de la misma; la exigencia de una respuesta clara y precisa a cada pregunta guía la entrevista. Las palabras hablan. Prescribir se convierte en una orden tajante cuando no viene acompañado por una explicación de las virtudes de las medicinas; la pedagogía tiende a reducir las barreras sociales y simbólicas. En suma, el lenguaje es un elemento clave para comprender la naturaleza de las asimetrías entre el personal de salud y los pacientes.

Conclusiones

Designado a un enfermo atendido por un médico, el término “paciente” posee, en su mismo sentido etimológico, el doble significado de alguien que sabe esperar y, adicionalmente, alguien resignado, abnegado y dócil. Siendo su origen una virtud religiosa, la paciencia, una vez secularizada por las instituciones médicas y hospitalarias, se constituye como la principal actitud que debe de tener el enfermo cuando recibe un tratamiento. Se le pide paciencia para lograr ver los resultados de su tratamiento, al mismo tiempo que se le exige una total confianza y cooperación para con los médicos. La libertad del paciente es acotada; consiente someterse a tiempos diferentes y depender de los poseedores del saber médico. La pérdida de autonomía disminuye no solamente la capacidad de acción del sujeto enfermo sino también su libertad de expresión.

El paciente es una invención de la medicina occidental desde que lucha por la hegemonía de la atención a la salud en contra de los practicantes de la medicina tradicional⁵. La organización moderna del saber médico requirió de la sujeción

⁵ Foucault (1978: 28) escribe: «Solamente en esas relaciones de lucha y poder, en la manera como las cosas entre sí se oponen, en la manera como se odian entre sí los hombres luchan, que procuran dominarse unos a otros, comprendemos en qué consiste el conocimiento».

de los enfermos para afianzar su poder. En otras palabras, el enfermo se ha convertido progresivamente en paciente al ser atendido por médicos acreditados e instituciones hospitalarias. Desde el siglo XVI, aproximadamente, el paciente se ha constituido en objeto de la ciencia médica -sujeto que habla, piensa y padece-. Existe administrativamente como un expediente que contiene su historial médico, dado que es inmune a los accidentes y a la enfermedad. Visionario, Ivan Illich escribió hace medio siglo: “La nueva política médica tiene como principal propósito la programación del sistema industrial en vista de reducir los riesgos de caída; transforma el mundo en hospital para pacientes vitalicios” (1975: 101). Así que el paciente posee esa característica de ser dependiente, de formar parte de un sistema, característica que lo diferencia del enfermo que padece de un disfuncionamiento fisiológico, biológico o corporal, pero que aún no es cliente de ningún profesional de la salud. El enfermo sufre, pero sigue estando libre de sus movimientos, de sus decisiones, por lo que generalmente es visto por el personal médico como un sujeto desidioso e ignorante que desatiende los síntomas de su patología poniendo en riesgo su salud y la probabilidad de recuperarse, e indirectamente afecta a la sociedad (ausentismo laboral, días de incapacidad, movilización de su círculo familiar, mayor costo para el sistema de salud). El médico funge como policía de los usos y costumbres. El enfermo solo tiene dos herramientas para remediar sus males sin perder del todo su autonomía: la automedicación y el recurso a especialistas no reconocidos por las instituciones de salud.

Un elemento más que se mostró en el presente ensayo es la construcción, por parte del personal médico de, por lo menos, dos tipos de paciente. Se trata de la elaboración empírica de estereotipos basados en la experiencia y en las expecta-

tivas del personal de salud en su interacción con los enfermos. El “buen paciente” es un enfermo que se comporta tal como se espera, es decir, alguien que tiene plena confianza en el médico y en las enfermeras, que reduce sus solicitudes de atención a lo elemental, que no exige ni se queja. En cambio, el “paciente difícil” es alguien que pide al personal un tiempo que no puede ni está dispuesto a consagrar a un solo individuo; es un paciente inconforme que negocia su cooperación. Cabe señalar que las condiciones organizacionales de atención a la salud, en particular las condiciones laborales, el tipo de atención médica que se brinda y la afluencia de los enfermos, tienden a moldear el contorno de las categorías del “buen paciente” y del “paciente difícil”. Por ejemplo, la situación de *burn out* de un personal de salud insuficiente y mal pagado alimenta el prejuicio de que todo paciente es un paciente “difícil”. En el contexto del sector privado, médicos empáticos y perceptivos suelen establecer una relación de proximidad para con sus clientes, adaptándose a sus requerimientos y necesidades (Vega Hurtado, 2020). En todo caso, en el modelo biomédico, la relación médico-paciente es una relación vertical basada en la transmisión condicionada de una información: el diagnóstico y de su correlato: el tratamiento. Empero, la naturaleza de esta relación varía en función del contexto, y en ciertas circunstancias, el personal médico puede verse obligado a desarrollar una interacción amplia y simpática con sus pacientes para lograr su curación (George, 2010). La experiencia de profesionales de la salud hospitalizados ha permitido a una parte de ellos comprender mejor las angustias y expectativas del enfermo, y desarrollar posteriormente una mayor empatía con sus pacientes (Testa, 1993). De hecho, la pandemia de Covid-19 ha provocado que cierto número de médicos y enfermeras fueran hospitalizados y vivieran la condición de paciente.

De manera general, el mejoramiento de la atención en los sistemas de salud requiere más que talleres y cursos de sensibilización en hospitales y unidades médicas. Tal vez podría ser útil volver a cultivar la noción de *philia* defendida por los pensadores griegos, es decir la amistad entre médico y paciente como elemento clave de la relación

entre ambos (Laín Entralgo, 1969). La humanización de la relación entre proveedores de servicio de salud y beneficiarios es posible siempre y cuando se cultive una confianza mutua sin priorizar consideraciones de tiempo, como Balzac nos lo ha descrito vívidamente en su novela *El médico rural*.

Referencias bibliográficas:

- ÁLVAREZ CORDERO, R. (2014). “Paciente y padeciente”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol.57, Núm. 5: 1-2.
- AUYERO, J. (2013). *Los pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba.
- BALZAC, H. de. (2005). *El médico rural*. Madrid: Tres Cantos.
- BELTRÁN SALAZAR, O. (2008). “Estar críticamente enfermo significa no ser capaz y no poder decidir”, *Index de Enfermería*, vol.17, Núm. 2: 92-96
- BOURDIEU, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- CARDOSO GÓMEZ, M.A., et. al. (2014). “Padeciente: un aporte conceptual para la conformación de un modelo de atención a las enfermedades crónicas”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol.57, Núm. 5: 32-42.
- CARDOSO GÓMEZ, M.A., et. al. (2022). “La cultura del padeciente en el descontrol de la enfermedad crónica no transmisible”, *Revista de la Facultad de Medicina*, vol.65, Núm. 3: 40-57.
- CASAS PATIÑO, D.; RODRÍGUEZ TORRES, A.; y CASAS PATIÑO I. (2015). “Medicina basada en existencias: la espera del paciente en un acto médico agotado”, *Medware*, vol.15, Núm. 2: 1-8.
- CASTRO, R. (2014). “Génesis y práctica del habitus médico autoritario», *Revista mexicana de sociología*, vol.76, Núm. 2: 167-197.
- CRIVOS, M. (1988). “Estudio antropológico de una sala de hospital”, *Medicina y Sociedad*, vol.11, Núm. 5-6: 127-137.
- FERRERO, L. (2003). “Tiempo y ritual en la organización del cuidado médico”, *Cuadernos de Antropología Social*, Núm. 18: 165-183.
- FOUCAULT, M. (1978). *La verdad y las formas jurídicas*. México: Gedisa.
- FOUCAULT, M. (2001). *Defender la sociedad. Cursos en el Collège de France (1975-1976)*. México: FCE.
- GEORGE, M. (2010). “Voice of Illness and Voice of Medicine in Doctor-Patient Interaction”, *Sociological Bulletin*, vol.59, Num. 2: 159-178.
- GOFFMAN, E. (2001). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HIPÓCRATES. *Tratados hipocráticos*. Madrid. Ed. Gredos.
- ILLESCAS FERNÁNDEZ, G. J. (2006). “Triage: atención y selección de los pacientes”, *Trauma*, vol.9, Núm. 2: 48-56.
- ILLICH, I. (1975). *Némesis médicale. L'expropriation de la santé*. Paris: Akklesia.
- JAEGER, W. (2001). *Paideia: los ideales de la cultura griega*. México: FCE.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1969). *El médico y el enfermo*. Madrid: Ed. Guadarrama.

- LAÍN ENTRALGO, P. (1970). *La medicina hipocrática*. Madrid: Ed. Castilla.
- LANGDON, E. J., y F. BRAUNE WILK. (2010). “Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud”, *Revista Latino-Americana Enfermagem*, vol.18, Núm. 3: 177-185.
- LAPLANTINE, F. (1999). *La antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Eds del Sol.
- LIPS-CASTRO, W. (2017). “La conceptualización de la enfermedad y algunas de sus designaciones: el aporte de un estudio etimológico comparado”, *Gaceta Médica Mexicana*, Núm. 153: 134-142.
- LORBER, J. (1982). “Pacientes fáciles y difíciles: concordancia y divergencia en un hospital general”. En Gartly Jaco E. (Comp.) *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS, 335-359.
- LUTZ, B. (2023). *Etnografía de la espera en Urgencias. Caso de los hospitales públicos de la Ciudad de México*. Ciudad de México: UAM-X.
- MENÉNDEZ, E. (1998). “Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural”, *Natura Medica*, Núm. 51: 17-22.
- PARSONS, T. (1999). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.
- PÉREZ MARC, G. (2007). “Filosofía de la enfermedad: vulnerabilidad del sujeto enfermo”, *Archivos Argentina Pediatría*, núm.105, Vol. 2: 134-142.
- PRITCHARD, P. (1992). “Doctors, patients and time”. En Frankenberg, R. *Time, Health and Medicine*. London: Sage Publications, 75-93.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*, 23.a ed. <https://dle.rae.es> (consulta 10 septiembre 2023).
- ROSSI, I. (2018). “Implicaciones culturales y sociales de la medicina”, *Revista de Conamed*, vol.23, supl.1: s19-s23.
- SÁNCHEZ MANZANO, M.A. (1993). “La exhortación a la paciencia. Tertuliano, San Cipriano y San Agustín y la evolución de la prosa”, *Epos Revista de filología*, Núm. 9: 51-65.
- SECRETARÍA DE SALUD. (s/f). *Glosario de términos aplicados a la seguridad del paciente*. 14p. <https://www.gob.mx/salud/documentos/herramientas-y-recursos-de-seguridad-del-paciente> (consulta 12 de septiembre de 2023).
- SECRETARÍA DE SALUD. (2023). *Hospitales y unidades de salud interculturales, amigables, sustentables y saludables*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/806393/Hosp_intercultural_amigable_sustentable_y_saludable.pdf (consulta 22 de marzo de 2023).
- STREET, R. et al. (2005). “Patient Participation in Medical Consultations: Why some Patients are more Involved than others”, *Medical Care*, vol.43, Num. 10: 960-969.
- TAGLIACOZZO, D., H. O. MAUKSCH. (1982). “La opinión del paciente sobre el papel del paciente”. En Gartly Jaco E. (Comp.), *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS, 309-334.
- TEJERIZO LÓPEZ, L. C. (2011). “El enfermo como concepto”, *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, Tomo CXXVIII, Cuaderno Cuarto, Madrid, 723-734.
- TESTA, M. (1993). “El Hospital visto desde la cama del paciente”, *Salud, problema y debate*, año V, núm.9: 1-24.
- VEGA HURTADO, C. (2020). “Importancia de las estrategias de comunicación entre médico y paciente”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol.58, Núm. 2: 197-201.
- WITTGENSTEIN, L. (2009). *Tractatus logico-philosophicus*. Madrid: Gredos.
- ZOLA, I.K. (1967). “Pathways to the doctor - from person to patient”, *Social Science & Medecine*, vol.7, Issue 9: 677-689.