

del hospital, la importancia otorgada a la libre elección del médico, a quien a menudo se lo ha conocido en el grupo de relaciones personales, o, también, el conocimiento del departamento privado del médico. Pueden decir que están "perfectamente de acuerdo con sus médicos" o "que con él es fácil el diálogo", porque hablan el mismo lenguaje, tienen los mismos "hábitos mentales", utilizan categorías de pensamientos similares, en suma, estuvieron sometidos a la influencia de la misma "fuerza de formación de hábitos", constituida en este caso por el sistema educativo⁸.

Por el contrario, los miembros de las clases populares que, en su mayor parte, juzgan que el examen médico es demasiado rápido y que consagrar tiempo al enfermo es una de las cualidades más importantes de un médico⁹, que estiman que su médico no les da suficientes explicaciones o tiende a utilizar palabras incomprensibles¹⁰, que además no hablan de sus problemas personales con el médico, están separados de éste por la distancia social que, en todo caso, media entre un miembro de las clases superiores, fuertemente escolarizado y poseedor de un saber particular, y un miembro de las clases populares¹¹. Distancia social duplicada por la distancia lingüística, originada a su vez por las diferencias lexicológicas y sintácticas que separan el lenguaje de las clases cultivadas del lenguaje de las clases populares¹². Tal diferencia de clase y quizá, en especial, de nivel de instrucción, limita considerablemente la difusión del saber médico a través de la consulta médica. En efecto, en la asimetría de la relación enfermo-médico, una de las partes —el médico— tiene una ventaja estratégica porque sus funciones le otorgan la posibilidad material y el derecho legal de manejar física y moralmente al enfermo en nombre de un saber que éste ignora.

Las características específicamente técnicas de la relación terapéutica bastan para hacer que se convierta en una situación asimétrica y de dependencia, porque una de las partes, el enfermo, cumple realmente en ella el papel de objeto. El enfermo, desnudo, acostado inmóvil y en silencio, es el objeto de las manipulaciones físicas del médico, quien, vestido, de pie y libre en sus movimientos, lo ausculta o lo palpa, le ordena

IV

La relación enfermo-médico, según la clase social del enfermo¹³ (en porcentajes)

	Agricultores	Obreros	Empleados	Comerciantes	Quadros Prof. Liberales
Sólo aceptarían ser examinados por su médico personal.	22	16	28	31	43
Nunca van a consultar a un médico en un dispensario o en un hospital.	93	75	85	94	89
Atribuyen gran importancia al poder elegir libremente su médico.	68	63	78	79	90
Conocieron al médico en su círculo de amigos o de relaciones.	2	2	15	11	24
Conocen el domicilio privado del médico.	53	42	57	58	67
Estiman que el examen médico es demasiado rápido.	12	16	13	12	10
Sostienen que el médico no da explicaciones suficientes.	29	36	26	28	20
Estiman que el médico tiene tendencia a usar palabras incomprensibles.	49	47	36	39	29
Consideran que la cualidad más importante de un médico es dedicar tiempo al paciente.	15	17	7	4	7

sentarse, extender las piernas, detener la respiración o toser. Pero además, los médicos frecuentemente acompañan estas manipulaciones físicas con un conjunto de manipulaciones morales que, aunque ejercidas clandestinamente, recurren a técnicas de manipulación comprobadas y que apuntan a que el enfermo reconozca la autoridad del médico, despojándolo de su enfermedad y también, de algún modo, de su cuerpo y de sus sensaciones. Como ejemplo y para abreviar, podemos citar las siguientes técnicas cuya utilización pudo

observarse: sugerir al enfermo que "no sabe expresarse" respecto a sus sensaciones mórbidas, ridiculizar o poner en duda los síntomas presentados por el enfermo que "se escucha demasiado"; mostrar al "enfermo pretencioso" que utiliza términos cuyo sentido ignora; pasar bruscamente de la broma infantilizante a la brutalidad fingida; hablar en voz alta del enfermo, en su presencia, con otro miembro del personal médico, haciendo como si el enfermo estuviese ausente o fuese sordo; aparentar un interés personal en el enfermo y "personalizar" la relación enfermo-médico¹⁴.

La asimetría, crece en la medida en que aumenta la distancia social entre el médico y el enfermo y correlativamente disminuye la fuerza de la estrategia que el enfermo puede oponer al médico; vale decir, que, en esencia, es menor la fuerza del discurso que el enfermo se encuentra en condiciones de oponer al "discurso fuerte" del médico, único detentador de la autoridad de la ciencia y de la legitimidad médica. Por lo tanto, la información médica que se trasmite en el curso de la consulta es menos importante (cuantitativa y cualitativamente) cuanto más abajo esté el enfermo en la escala social, por ser menor su capacidad para comprender y manejar el lenguaje científico del médico y resultar, en consecuencia, más débiles sus medios de presión sobre él. Al sentirse dispensado de dar cuenta al enfermo de sus actos y gestos, el médico tiende a transformar la relación terapéutica en una simple relación de autoridad y a no explicar, e incluso a mantener ocultas las razones de sus preguntas, de sus actos y de sus prescripciones. Efectivamente, no debe olvidarse que la relación entre el médico y el enfermo es, en primer lugar, una transacción comercial y, por eso, una relación de fuerza. De hecho, por la naturaleza misma de la mercancía que produce, con la cual comercia y cuya característica principal es la de adquirir todo su valor (incluso en el sentido económico) del valor que se le reconoce, en suma, de la legitimidad y especialización de sus productores legítimos, el médico —que vende sus servicios, o sea sus actos y discursos, sus "consejos" y sus "prescripciones"— está obligado no sólo a hacer todo lo posible para que el enfermo reconozca el valor de sus "servicios", acepte su autoridad y acate su voluntad, sino también a limitar en lo factible el control que el enfermo estaría en condiciones de ejercer sobre sus actos; incluso para evitar el peligro de la

posible apropiación por el enfermo de una parte de su capacidad y de su discurso (por ejemplo, el conocimiento de signos clínicos, nombres de enfermedades y nombres de medicamentos) que permitirían que lo sustituyera en ciertas oportunidades y, por consiguiente, prescindiera de sus servicios al transformarse en "su propio médico"¹⁵.

En esas condiciones, puede comprenderse la actitud de una parte considerable del cuerpo médico —particularmente de los especialistas que trabajan dentro del sistema de la medicina privada— en relación con lo que se ha dado en llamar "información médica del público". Los médicos declaran, con frecuencia, que dan "la información sólo de mala gana", que prefieren "una confianza un poco ciega" o que informan "sólo aquello que puede comprenderse sin deformación" y se muestran, sobre todo, muy hostiles a la divulgación médica, considerada "malsana y peligrosa" —aunque preconicen el desarrollo de "campañas de educación sanitaria" destinadas a luchar contra "los prejuicios y las ignorancias del público"— porque la vulgarización, a menudo abandonada a quienes no son médicos o facultativos al margen de la profesión médica, pretende transmitir a los individuos rudimentos del saber medicinal —signos clínicos, tratamientos o normas de higiene— y recetas, permitiéndoles sustituir parcialmente al médico. En cambio, la educación sanitaria realizada por organismos oficiales tiene por función principal reforzar en el espíritu del público la autoridad y el prestigio del médico, inculcando la idea de que existe un saber médico y sólo uno, difundiendo el respeto por la medicina científica y sus legítimos detentadores y, de rebote, acrecentando la frecuencia de las consultas con el médico¹⁶. En suma, pareciera que los médicos y, más frecuentemente los clínicos que ejercen privadamente, se remitiesen implícita y quizá inconscientemente, tanto en su discurso como en su práctica, a una suerte de punto óptimo de la educación médica del público, capaz de asegurar el mercado más vasto posible para los servicios que brindan. Así, los sujetos sociales deberían estar lo suficientemente "educados" como para percibir sus sensaciones mórbidas y desear recurrir al médico, pero no tanto como para sustituir parcial o totalmente al médico o estar en condiciones de pedirle explicaciones o discutir sus decisiones.

Puesto que, para ejercerse plenamente, necesita un enfermo educado, es decir conforme, pero que no deje, sin embargo, de someterse y siga siendo, una vez enterado, tan modesto, tan ingenuo y tan confiado ante el facultativo como lo era en su total ignorancia, el poder médico debe recurrir, como el poder religioso, al proselitismo misionero para someter a la ley al mayor número posible de individuos y para hacerles reconocer la legitimidad del dogma y la autoridad de sus poseedores. Pero, como aquel, teme siempre encontrarse con que sus fieles, instruidos y demasiado instruidos, discutan el dogma o lo pongan en duda. por eso, sólo puede ejercerse plenamente haciendo de sus sacerdotes los detentadores de secretos inaccesibles a los profanos. Y así es como prefiere más inculcar en sus fieles "la humilde fe del carbonero" que brindarles los medios y el gusto de una "fe razonante"¹⁷.

Teniendo en cuenta que, por un lado la divulgación de información médica durante la consulta es menor cuanto más bajo esté el enfermo en la escala social y que, por otro, la capacidad del enfermo para memorizar nuevas taxonomías e incrementar su competencia médica es más fuerte cuanto más alto se encuentre ubicado en la escala social, se observa que el efecto propiamente educativo del acto médico resulta menos fuerte entre aquellos cuya formación o transformación exigiría, sin embargo, una inculcación más sistemática y más continuada. Efectivamente, cuanto mayores sean las diferencias entre el sistema de categorías utilizado por el médico y el sistema utilizado por el paciente, tanto más difícil será el "trabajo" de reinterpretación o de "reinención" que exigirá la asimilación por parte del enfermo del discurso fragmentado, hermético y cifrado del médico, que implica su "comprensión" y memorización. Porque la difusión del conocimiento médico, cuando no está racionalmente organizada por la institución escolar, se realiza según la lógica que rige en general los fenómenos de adopción cultural: un elemento tomado de sistemas integrados y coherentes sólo puede integrarse a la cultura preexistente del sujeto que lo recibe a costa de una serie de reinterpretaciones, de modo que su transmisibilidad depende esencialmente de la capacidad para sacar del contexto los "elementos amovibles", como dice Sapir, que son principalmente los que aún fuera de contexto, conservan un sentido y pueden ser reinterpretados.

de distinta manera por las diferentes poblaciones receptoras¹⁸.

El discurso médico producido en situación de encuesta por los miembros de las clases populares —que consiste, principalmente, en la reproducción del discurso producido por el médico en su presencia— se basa enteramente sobre algunos términos tomados del discurso de éste, seleccionados y memorizados por el enfermo según lo que la raíz e incluso la sonoridad de las palabras evocan en el idioma común, con cuyos términos puede asociarse por medio de una falsa etimología. el uso por parte del médico del término "punción" induce al enfermo de las clases populares a explicar su enfermedad por la presencia de agua en el cuerpo. En virtud de lo que C. Bally denomina "el instinto etimológico"¹⁹ se relaciona "punción" (en francés: ponction) con "bombeo" (en francés: pompage). Se cree así que el enfermo al cual el médico le practica una punción —por ejemplo una punción lumbar— está "lleno de agua" y que con la punción se logra curarlo vaciando su cuerpo demasiado lleno de agua. De este modo, una mujer afirma: "Mi cuñado tuvo meningitis. Le hicieron punciones lumbares, en la espalda. Estuvo dos meses en el hospital. Se sentía mejor, empeoraba después y así. No estaba bien. El doctor lo vio y lo hospitalizó. Sufría. Le hicieron cuatro o cinco punciones, para el dolor, para sacar el agua. Muchas veces le dolía la cabeza, tenía escalofríos, se ponía blanco, tenía algo en la cabeza. Le hicieron las punciones. Tenía agua, lo dijo el doctor. Eso lo alivió, después andaba mejor" (F. Vervins marido albañil, 23 años).

En general, el trabajo de reinterpretación, que exige la "comprensión" y la memorización del discurso médico por el enfermo y que se torna más considerable y difícil si el enfermo carece de "capital cultural" consiste, en lo principal, en aplicar una serie de reducciones analógicas de las categorías de la medicina científica a categorías más generales que "constantemente presentes en el lenguaje sin estar necesariamente explícitas"²⁰ son "casi inseparables del funcionamiento normal del espíritu"²¹. Por ejemplo, las categorías espaciales, como alto y bajo, interior y exterior, derecha e izquierda o las de sustancia, como delgado y grueso, suave y fuerte, seco y húmedo²².