

# RALED

VOL. 21(2) 2021



ARTÍCULO

## **Las Modulaciones Del Poder Cercanía y poder en la consulta de medicina familiar y comunitaria**

*The modulations of power  
Closeness and power in the family and  
community medicine consultation*

---

**IRENE MADFES**

Universidad de la República  
Uruguay

Recibido: 19 de abril de 2021 | Aceptado: 24 de octubre de 2021

DOI: 10.35956/v.21.n2.2021.p.142-159

## RESUMEN

Los distintos contextos médico-ideológicos presentan diferentes posibilidades de espacios de negociación según el grado de admisión de la iniciativa del/ de la paciente y la aceptación del guión por éste/a propuesto. Las dimensiones de cercanía y poder, presentes en todas las consultas, gravitan diferentemente en la construcción de la interacción médico-paciente, primando ya la cercanía, ya el poder. Estudiar el funcionamiento de estas dimensiones en consultas médicas de Medicina Familiar y Comunitaria de una policlínica montevideana, ubicada en el paradigma biopsicosocial y centrada en los aspectos subjetivos y contextuales de las personas, mostrará la gestión interaccional de las divergencias y cómo, gracias a ella, se intenta equilibrar el ejercicio del poder con la responsabilidad social.

**PALABRAS CLAVE:** *interacción médico-paciente, poder, cercanía, negociación.*

## RESUMO

Os diversos contextos médico-ideológicos apresentam diferentes espaços de negociação possíveis, dependendo do quanto se admitem as iniciativas do/da paciente e o roteiro por ele/ela proposto. As dimensões de proximidade e poder, presentes em todas as consultas, gravitam de formas diferentes na construção da interação médico-paciente, priorizando ora a proximidade, ora o poder. Estudar o funcionamento dessas dimensões nos atendimentos da Medicina de Família e Comunidade de uma policlínica montevideana, inserida no paradigma biopsicossocial e focada nos aspectos subjetivos e contextuais das pessoas, mostrará a gestão conversacional das divergências e como, graças a ela, tenta-se equilibrar o exercício do poder com a responsabilidade social.

**PALAVRAS CHAVE:** *interação médico-paciente, poder, proximidade, negociação.*

## ABSTRACT

The different medico-ideological contexts present different possibilities of negotiation spaces according to the degree of admission of the patient's initiative and the acceptance of the script by the latter. The dimensions of closeness and power, present in all consultations, gravitate differently in the construction of the doctor-patient interaction, prioritizing closeness and power. Studying the operation of these dimensions in Family and Community Medicine medical consultations at a Montevideo polyclinic, located in the biopsychosocial paradigm and focused on the subjective and contextual aspects of people, will show the interactional management of divergences and how, thanks to this process, an attempt is made to balance the exercise of power with social responsibility.

**KEYWORDS:** *doctor-patient interaction, power, closeness, negotiation.*

## Introducción

El análisis de las formas de producción y reproducción discursivas del poder así como el control y regulación de los actores sociales por las elites dentro de las instituciones constituyen temas centrales en los estudios del discurso (cf. van Dijk 1995; Thornborrow 2002; Wodak & Meyer 2016). El poder es un aspecto fundamental de los asuntos humanos y, por ende, es constitutivo de las interacciones sociales. Esto implica que todo intercambio lingüístico conlleva, ya sea por el tipo de intercambio, ya sea por situaciones que pueden darse en él, la virtualidad de un acto de poder, haciendo que la desigualdad esté inscrita en sus reglas de juego.

¿Qué ocurre en las situaciones en las que la asimetría es fundante, inherente al funcionamiento de la interacción?

En la consulta médica, existen diferentes formas de interacción que dependen no solo de la relación experto-lego sino de los diferentes contextos médico-ideológicos (Madfes 2006), que van desde la medicina alopática (contexto hegemónico por excelencia) a las medicinas alternativas (acupuntura, homeopatía entre otros). Dentro de la medicina alopática, como una rama más de especialización, se encuentra la medicina familiar y comunitaria (de ahora en adelante MFC). Los médicos de esta especialización practican la medicina de la forma más amplia y humana posible, focalizando tanto en las realidades interiores y exteriores de sus pacientes como en sus contextos afectivos inmediatos y comunitarios (cf. Green 2004).

Si la interacción es el locus del poder, es preciso considerar como, en el contexto de la MFC, médicos y paciente gestionan las prácticas discursivas propias de la consulta médica, ampliando o reduciendo las posibilidades de movilidad interaccional e influyendo, entonces, en las posibilidades de producción de conocimiento, de negociación y de resistencia de los usuarios (cf. Martín Rojo 2017).

La MFC estimula la cercanía interactiva entendida como comportamientos consensuales y colaborativos, sin que por ello deje de existir el poder estructural, producto del desequilibrio de conocimientos y de autoridad consiguiente. En este trabajo me propongo estudiar el funcionamiento de estas dimensiones en consultas médicas de una policlínica de MFC de un barrio carenciado de Montevideo, Uruguay.

### 1. La Medicina Familiar y Comunitaria

Dos paradigmas coexisten en la medicina alopática. Por una parte, un paradigma biomédico compuesto por elementos tales como el mecanicismo, el biologismo, el individualismo y la especialización. De acuerdo con este paradigma, la práctica médica profundiza el conocimiento específico, en detrimento de la globalidad inherente a su objeto.

Por otra parte, un paradigma biopsicosocial constituido por elementos tales como: i) considerar al paciente como un todo; ii) la determinación social del proceso salud/enfermedad/atención, esto es, sin negar lo biológico, incorporar a la perspectiva médica elementos tales como las variables socioeconómicas que pueden ser determinantes del proceso salud/enfermedad (Waitzkin 1988); iii) el equilibrio entre el conocimiento general y el especializado; iv) integralidad de la atención: recomponer la integralidad de las acciones promocionales, preventivas, curativas y rehabilitadoras.

Claramente ubicada en el paradigma biopsicosocial, la MFC se ocupa, fundamentalmente, de la atención primaria de la salud. Esta especialidad surgió como respuesta a una necesidad social: considerar a la persona en una dimensión holística. Los médicos de esta especialidad manejan no solo un amplio espectro de destrezas y conocimientos para poder resolver los problemas de sus pacientes y familias, sino que deben de ser capaces de reconocer las emociones incluyendo las propias (Díaz s/f). El médico canadiense Ian McWhinney, estipula una serie de características de la MFC, de las cuales las más relevantes son: i) el médico de familia está comprometido con la persona más que con un cuerpo particular de conocimientos; ii) el médico de familia representa los intereses del paciente; iii) el médico de familia intenta comprender el contexto micro y macro de la enfermedad; iv) la unidad de atención es la familia. El médico de familia y comunitario es el recurso humano fundamental de un modelo de atención más humano, centrado en las personas, con capacidad para el abordaje integral de los problemas de salud y su tratamiento eficiente (Kemayd Rotta 2007). Sus principios rectores son la accesibilidad, la equidad y la justicia social.

Esta especialidad forma parte del giro comunicativo en el ámbito de la salud, constituyendo, así, un reconocimiento de las limitaciones del modelo biomédico que atribuía un gran poder a los médicos (Díaz Berenguer 2010, 2020). Este poder estereotipa a los pacientes como actores pasivos (Ainsworth-Vaughn 1998), carentes de agencia y de derechos. La MFC adopta la perspectiva de “poder para”, habilitando así la agencia, la capacidad de tener elecciones entre cursos alternativos de acción. Esto supone un estímulo para una actitud proactiva de los pacientes.

Es importante señalar que las posiciones de los estudiosos de las relaciones médico-paciente en el Uruguay (Díaz Berenguer 2020; Mercer 1997, entre otros) están marcadas por el trabajo del historiador José Pedro Barrán (1992) quien habla del autoritarismo estructural del poder médico y del consiguiente disciplinamiento que supone este. La MFC, contexto médico-ideológico relativamente reciente en el país (desde 1997), centrada en el abordaje familiar y el componente comunitario, está situada en el territorio, lejos de la praxis hospitalaria (Ponzo 2020). Esto estimula la conexión entre médico y paciente, sentimientos de solidaridad y confianza contrabalanceando la asimetría estructural de la relación.

A todo esto, debe sumársele un importante factor social. En Montevideo, los médicos que la practican trabajan sobre todo en la salud pública y por este motivo es común encontrarla en polí-clínicas ubicadas en barrios carenciados.

## 2. Institución

Toda institución encarna en un discurso que le es propio, desarrollando prácticas discursivas específicas que no solo tienen que ver con aspectos sociales o culturales, sino que denotan al mismo tiempo cómo es concebido el poder en dicha organización

Las relaciones de poder son el producto de la interacción entre los diferentes actores sociales, sus identidades construidas tanto local como globalmente –que comprenden los diferentes roles previstos en estas interacciones– y su estatus institucional (Thornborrow 2002). En otras palabras, el hacer en la interacción institucional se define por el interjuego entre los roles discursivos e interactivos, por un lado, y las identidades institucionales (Gasiorek 2015), por otro. De este modo,

se configura un modelo de poder territorial, señala Thornborrow, basado en la idea de que cuantos más turnos puedan obtenerse, mayor será la ocupación del terreno y por tanto mayor será el poder que las personas puedan tener en la interacción (id:27<sup>1</sup>).

Por su parte, Mumby y Stohl (1991) consideran al poder como un rasgo estructural y relacional de la vida organizacional<sup>2</sup> que enmarca la formación de identidades y es instanciado en las prácticas discursivas rutinarias. Esto se manifestaría en el acceso a discursos, informaciones y valores específicos (Wodak 1996). Si, como observa Agar (1985), una institución es una experticia socialmente legitimada de las personas autorizadas a implementarla, entonces, es posible describir el discurso institucional como una forma de habla que establece posiciones desde las cuales se permite o se restringe la discursividad de los interactuantes: las relaciones de poder que se dan en los diferentes niveles e interacciones institucionales juegan un papel condicionante y condicionado, “son multiformes” (Foucault 1992: 170). Desde este punto de vista, entonces, el discurso institucional es un tipo de habla que posiciona a los sujetos de distintas maneras (Van Dijk 1995; Turner 2005); por un lado, “becoming a professional is a matter of mastering codes, practices and the authority to act that they bestow on those licensed to exercised them” (Candlin, Crichton & Moore 2017:47) y, por otro, restringe el acceso de sujetos carentes de estas experticias a determinado tipo de acciones discursivas. Sin embargo, esta restricción no supone el automático sometimiento a las acciones de las elites (Wodak 1996) tal como se verá más adelante.

Los contextos institucionales suponen, entonces, una práctica social que impone roles y convenciones sociales implícitas (Famy 2018) que suponen un acceso a recursos conversacionales y/o discursivos y formas de participación en la interacción que conllevan una distribución desigual del conocimiento (Fairclough 2003; Turner 2005), dando lugar a participantes legos y participantes expertos: “El lenguaje proporciona un vehículo finamente articulado para las expresiones de las diferencias de poder en las estructuras sociales jerárquicas” (Wodak & Meyer 2016: 12).

En el área de la salud, médicos y pacientes llegan a la consulta con diferentes agendas, la del experto centrada en lo biomédico, la evaluación y consiguiente tratamiento y cuya capacidad de plantear tópicos descansa en el poder institucional; y la del paciente, centrada en sus circunstancias vitales (Mischler 1984; Baker & Watson 2015; Heritage & Maynard 2006). Traverso (2007) distingue básicamente 3 saberes: *los saberes del paciente* (biográficos, encuentros con otros médicos, evolución médica, etc.), *los saberes del médico* (saberes propios del experto) y *los saberes del médico y del paciente* (su historia conversacional). Por tanto, médicos y pacientes, con diferentes niveles de

---

1 En el presente artículo se presenta una traducción propia de las citas en inglés.

2 Ante el uso por parte de Mumby y Stohl de *organización*, Simpson et al. (2019:9) señalan: "However, the concept of institution itself is curiously hard to define. Institutions are commonly associated with physical buildings or settings, such as schools, hospitals, media organizations, prisons or courts of law. Popular definitions of an 'institution' see it as an established organization or foundation, especially one dedicated to education, public service or culture, or the building or buildings housing such an organization. Clearly, there appears to be a certain overlap in the sense of the terms 'institution' and 'organization'. These terms are often used interchangeably, although 'organization' seems to be used more for commercial corporations, whereas 'institution' is more associated with the public organs of the state".

cooperación y autoridad construyen conjuntamente la interacción. Esta insta un lugar fundamental de sociabilidad y socialización (Mondada 2006), situación que habilita el surgimiento de una membresía temporal (Madfes 2005) con un cierto orden social y un cierto orden del discurso.

La aparición de la enfermedad siempre causa una disrupción biográfica (Charteris-Black & Seale 2010) que los diferentes pacientes enfrentan de diversa manera. Supone la aceptación de una experiencia tanto subjetiva como objetiva que será construida discursivamente por los pacientes. Estos son considerados buscadores de ayuda (*help seekers*) y los médicos proveedores de ayuda (*help providers*), (Mischler 1984). En esta medida es que existen diferencias de estatus y poder que crean encuentros médicos dominados por estos últimos (Baker & Watson 2015: 622).

Es así que la autoridad epistémica en medicina (Wilce 2009, cf. también la autoridad cultural de los médicos, Heritage (2018)) establece la jurisdicción relativa de los interactuantes, permitiendo que los médicos controlen el tipo de conocimiento posible en la interacción (Martin 2014).

El médico uruguayo Díaz Berenguer analiza el interjuego entre el “yo médico” y el paciente, en tanto que el “otro” de la relación, como una manera “en que unos pueden estructurar el campo de acción posible de los otros” (Foucault 1988: 17). Este interjuego le permite analizar críticamente el relato de una supuesta simetría entre médico y paciente: “esta ficción se genera por el temor al poder o por tratar de evitar los excesos que el poder puede provocar. Pero la asimetría es francamente inevitable: la relación siempre será asimétrica y sería útil aceptar que así es, para evitar los males que derivan de lo contrario” (Díaz Berenguer 2010: 52). Luchar contra el poder médico es utópico, plantea el autor, puesto que este poder es inherente a la condición médica, “sin la cual la acción sanadora pierde pie” (Díaz Berenguer 2020: 23).

### 3. Metodología y datos

La pregunta central de esta investigación es: ¿Cómo se gestionan interactivamente la cercanía y el poder en las consultas de MFC?

Para responder esta pregunta realicé trabajo de campo en una policlínica de MFC instalada en un barrio carenciado de Montevideo, que fue instalada a pedido de la comunidad, y no fue solo una decisión del organismo central de la salud pública del Uruguay. Esto ha propiciado la disminución de las distancias (en palabras de los médicos), abriendo espacios flexibles de negociación y favoreciendo, por ende, mejores comportamientos comunicativos con y de los pacientes y un mejor traspaso de información, tal como se verá más adelante.

Los datos extraídos del trabajo de campo son una serie de grabaciones realizadas por médicos y residentes en sus consultas en las que atendieron a los y las diferentes asistentes a consultas. Cabe destacar que no siempre está claramente diferenciada individualmente la persona objeto de la consulta ya que una consulta pediátrica, por ejemplo, se puede convertir también en una consulta de la madre (como es el caso de la Consulta 6).

La población que asiste a la policlínica está constituida mayormente por mujeres mayores, entendiéndose por tales más de 65 años, también mujeres embarazadas, madres que llevan a sus hijos chicos, mujeres que acompañan a sus madres enfermas. Las razones de esta prevalencia pueden ser multicausales, entre las que son claramente detectables una mayor proactividad en respuesta a la enfermedad (Charteris Black & Seale 2010) y el rol de cuidadora asignado en general a las mujeres.

El trabajo de campo se realizó durante la segunda mitad de 2017 y los tres primeros meses de 2018. Los siguientes pasos pautaron su realización:

- a) Contacto inicial con el personal médico de la policlínica, especialistas y residentes que cursan dicha especialización y entrevistas exploratorias (conversaciones sobre la MFC – causas de la elección de esta especialidad, comparación con especialidades que pueden ser consideradas afines dentro de la medicina alopática como la de internista).
- b) Presentación y adecuación de los consentimientos informados para los médicos y los pacientes.
- c) Grabación (sin injerencia externa) de 15 consultas –por los médicos especialistas y residentes.
- d) Transcripción ortográfica de las grabaciones y anonimización de los datos.
- e) Análisis.

El corpus final está constituido por un total de 15 entrevistas médicas. La duración promedio de cada entrevista es de 20 minutos, lo que implica una gran diferencia con la medicina alopática, cuya duración promedio es de 9.10 minutos (cf. Madfes 2006).

Finalmente, los extractos seleccionados para el análisis constituyen consultas de seguimiento - Consultas 1 y 10- y una consulta de rutina -Consulta 9- (Robinson 2006). Dichas consultas por un lado permiten reflejar la familiaridad comunitaria que existe en la policlínica y por otro, son ejemplos ilustrativos del funcionamiento típico de los parámetros de cercanía y poder en este contexto.

A continuación, delimito brevemente las dos herramientas que guían mi análisis: cercanía y poder.

Entiendo cercanía como una atmósfera afectiva y un estilo de interacción o comunicación que se siente como positivo (Hernández Flores 1999) en el cual los interactuantes se respaldan mutuamente. Por otra parte, puede postularse, siguiendo a Foucault (1992), que el poder es observable en la interacción a través de la cambiante red de posiciones y acciones discursivas de los interactuantes que utilizan la gama de recursos discursivos a su alcance.

## 4. Cercanía y poder en la consulta de MFC

### 4.1. Cercanía

Enmarcar la consulta en la MFC permite suavizar escollos habituales –divergencia, imposición de conductas (Madfes 2016)– en la consulta, esto es, “siguiendo enfoques de la sanidad moderna, parte de una relación más igualitaria donde es esperable que el médico también presente respeto hacia el paciente” (Hernández Flores 2020: 323). Un concepto afín a cercanía es el de conexión (“*connectedness*”), que apunta a una serie de acciones relacionadas con nociones tales como unidad y solidaridad que se dan entre los participantes de una interacción (Arundale 2006: 204). De forma similar, Bravo (1999:7) distingue 2 dimensiones: la autonomía y la afiliación. “La primera se manifestaría en la conversación mediante todo lo que se hace para distinguirse del grupo, y la segunda, por todo lo que le permite identificarse con él.” Así como la autonomía implica autoestima y afirmación, la afiliación supone afecto y confianza. Si los hablantes se sienten cómodos, si tienen confianza, podrán hablar de manera abierta.

#### 4.2. Poder

Los contextos para que discursos dotados de poder ocurran son básicamente dos: 1) relaciones asimétricas en las que una de las partes posee recursos valorados, cosa que ocurre habitualmente en contextos institucionales, vinculados frecuentemente con la noción de experticia; 2) relaciones de poder entre iguales que pueden desestabilizarse. En el presente contexto, es de particular interés el planteo de French y Raven (1959), quienes proponen 5 categorías relativas a la autoridad, de las cuales las más adecuadas para el contexto médico - paciente son la experticia y la legitimación. La experticia, en particular, es considerada como la percepción que tiene el destinatario del conocimiento del locutor. Autoridad y poder garantizarían la experticia en lo que a decidir respecta, restringiendo, así, las decisiones solo a los que están autorizados a hacerlas (Bencherki et al. 2020). Otros autores como Diamond (1996: 112) consideran el poder como una *habilidad interactiva* y un *proceso*, esto es, el poder no reside en una sola estrategia ni en un solo interactuante sino que se negocia en el curso de toda una interacción; las relaciones de poder en una interacción no son necesariamente fijas (Thornborrow 2002). Esto supone que toda interacción social es la permanente negociación de imágenes y roles.

#### 5. Análisis

Las participantes de la consulta 1, consulta de seguimiento, son la doctora Silvia y la paciente María. Dicha consulta está conformada por diferentes marcos interactivos, la alineación que hablantes y oyentes tienen entre sí y hacia el contenido de su conversación (Ribeiro 2006: 48): i) marco médico: historia médica, medicación, dolores, control; ii) marco narrativo: relato de la paciente, a instancias de la médica, de eventos de su vida familiar; iii) marco afectivo, desarrollado en una secuencia centrada en el estado de salud del marido de la paciente y como esto repercute en ella.

##### (1)

1. M: Hola, soy Silvia Martínez y vamos a grabar la primer consulta→ ¿Cómo andás, María?
2. P: Mirá, bastante bien↓ La rodilla bastante bien↓
3. M [¿Bastante?]
4. P: [Lo que] ahora tuve que parar porque la señora se fue este de- de vacaciones
5. M: Mhm
6. y no sabía si la otra también que-que se iba en estos días también↓ entonces miré, no-no se haga problema este cuando tú vengas.. yo este voy a estar comunicándome para cuando tú vengas/
7. M: ¿La señora vos me decís la reumatóloga? [*destacando los sonidos*]
8. P: [La reumatóloga]
9. M: [Que te había visto] por el dolor de rodilla que no calmaba=
10. P: =¿No! La que tú me mandaste.

La doctora Silvia instala un marco médico en la secuencia de apertura de la consulta centrado en la dolencia de la paciente. Al mismo tiempo, la utilización de fórmulas de tratamiento propias de la dimensión de cercanía y confianza, –de 10 turnos en 6 aparecen pronombres de solidaridad (turnos 1, 2, 6, 7, 9 y 19)– conforman buena parte de las condiciones interactivas (Tannen & Wallat 1993) que indicalizan la relación entre la médica y su paciente.

(2)

1. M: Bueno, María, ¿algo que a vos te preocupe o que me quieras comentar? Esto sobre todo era para tener como un control de cómo habías pasado↑
2. P: No, que me preocupe ee.. que Luis está cada día más gordo→ [*risas*]
3. M: ¿Sí?
4. P: Sí→
5. M: Y intención de venir con nosotros ¿no?
6. P: No.
7. M: ¿No hay forma?
8. P: No hay forma.
9. M: ¿Qué-qué es lo que te dice él de que no quiere controlarse?
10. P: NO, NO él se controla con el cardiólogo y→
- i. M: Sí
11. y el que le puso la-el dero-derofibrador ese, ¿no?
12. M: Sí, el cardiodesfibrilador
13. P: Ahí está, el cardio fibra→, este él se controla cada seis días-cada seis meses con el que lo operó y con y con el.... con el del corazón se ve-va cada tres meses o cada dos meses. Algo de eso
14. M: Mhm
15. ¿viste? este yyy él lo que pasa que el cardiólogo le dijo claramente tenés que adelgazar... y él.. ahora está co-ahora no sé qué si está asustado o qué-que este ta comiendo meno
16. M: ¿Pero a vos te parece, María, que más allá del cardiólogo estaría bueno que él venga para acá que le queda un poquito más cerca [y que él ya conoce?=  
17. P: =Lógico, lógico.
18. M: ¿Pero te dice que no?
19. P: Me dice que no, que él está bien que esto que el otro, que/  
20. M: ¿Y si por ejemplo le decís bueno estuve hablando con Silvia y Silvia me dijo que te quería-te quería veer, este también a ver [cómo sería
- i. P: sí yo le voy a decir
21. capaz que invitándolo
- (...)

Dada la consideración de la familia como unidad de atención y la relevancia de los aspectos subjetivos para la MFC, la doctora Silvia, manteniendo la conducta iniciativa de toda la consulta, muestra interés por cuestiones personales que puedan incidir en el estado de ánimo de su paciente. Es así que, entre preguntas sobre tratamientos y otros asuntos médicos, la paciente desarrolla dos grandes tópicos: las fiestas de fin de año y la salud de su marido. Esta valorización de la narrativa de la paciente (Osterman y Meneghel 2012; Cordella 2004) implica una actitud de escucha activa (Weger 2014) que estimula la elaboración de las experiencias en los pacientes favoreciendo la construcción de un consenso de trabajo (Goffman 1959) entre los interactuantes. Esto permite tener una agenda común y construir una reciprocidad interactiva que posibilita la construcción de la relación interpersonal.

A raíz de la pregunta de Silvia - turno 1 -, se desarrolla una larga secuencia centrada en la salud del marido de María quien manifestará su preocupación tanto verbal como fonopragmáticamente. La preocupación de ésta es observable en los turnos 2, 10, 14, 18 – siempre reactivos - en tanto que el interés de Silvia lo es en los turnos 5, 7, 9, 15, 17 y 19 - siempre iniciativos. Este desbalance interactivo indicializa la asimetría fundante de la interacción.

Se configuran, entonces, dos marcos: i) un marco afectivo, la preocupación por su marido y ii) un marco narrativo – turnos 9 a 15 –, resultado de la construcción de un proceso de conarración (Carranza 2020). De esta manera, surgen una serie de *personae* enunciados mayormente por María, voces aplicables “no solo a los participantes reales de la interacción, sino también a las múltiples maneras en las que un participante puede actuar como agente, sustituto, miembro de un grupo, o representante institucional” (Carranza 2020: 4). María escenifica, apoyada por Silvia, una serie de historias mínimas, relevantes para su estado de ánimo, ubicándose en la figura del portavoz (Goffman 1981), recuperando palabras de su marido – turnos 10 y 19 – y del cardiólogo de éste – turno 15 -. Esto muestra el conocimiento que la médica tiene del contexto vital de María e indicializa la cercanía entre ambas interactuantes. Estos comportamientos interactivos de la médica permiten atenuar la asimetría interaccional, en la medida en que marcan un alejamiento de la objetivación del paciente (May 2007: 30) y una comunicación centrada en el mismo.

Entonces, la asimetría propia de la consulta médica se manifiesta mediante indicadores como la importancia de los turnos iniciativos de Silva en el extracto 2 y las dificultades de realización que María presenta: i) turno 4 *señora* por *reumatóloga*; ii) turnos 11 y 13 dificultades de María para decir *cardiodesfibrilado*. Pero a pesar de la desigualdad y de las diferentes posiciones sujeto existentes, la ubicación de las actoras en el parámetro tú – tú, la compleja alineación que se da con María, el conocimiento que la médica tiene de la paciente y la preocupación y el interés por su persona propenden a la construcción de una relación afiliativa, de cercanía en la cual la médica respalda las situaciones vitales de María.

La consulta 9 se inicia como una consulta de control. En ella participan un médico varón y una paciente, María, de 69 años. En el extracto 3, la petición atenuada de esta habilita una nueva organización de la actividad *consulta médica* (Tannen & Wallat 1993) que girará en torno al peso. Si el marco consulta de control se inscribe netamente en un marco médico, el marco “qué hacer con sobrepeso” presenta un “footing” diferente, en él surge la voz del médico como educador (Cordella 2004), incorporando las preocupaciones expresadas por la paciente.

La petición de pesarse de la paciente, la constatación de un importante exceso de peso, los señalamientos del médico y las reacciones de la paciente producen un extenso intercambio en el que se entretejen las opiniones del médico y las reacciones de María.

(3)

1. P: No, pero mire que no como mucho porque.. ay ya me están saliendo plumas creo de tanto pollo y pollo.., y fruta.
2. M: Bueno capaz que el tema está en gastar algo de energía.
3. P: Si yo como una banana por día↑manzana, naranja→
4. M: No, yo digo en gastar. ¿Cómo gasta energía usted?, hablamos de salir a caminar y me dijo que no, no sale mucho y que ¿a usted qué le parece participar de alguna actividad acá en el Sacude?<sup>3</sup> Porque vio que acá en el Sacude hay↑ gimnasia para adulto mayor, hay tai chi, hay diferentes actividades que a usted le vendrían bien para moverse. Hay un grupo ¿sabe? de obesos, diabéticos e hipertensos/
5. P: ¿Y obesos a qué se-cuánto tiene que pesar?
6. (...)
7. M: Pero no el-el tema es que hay que regular lo que uno come pero también tiene que regular lo que uno gasta, por eso que que-que la invito o a salir a caminar o a participar acá del de la gimnasia de los adultos mayores. ¿ta? Que es una gimnasia específica para los mayores de 65 años, entonces le-eles hacen di-diferentes ejercicios que ustedes pueden hacer.
8. P: ¿Esto era para?
9. M: Esto es para la mamografía, y lo otro, María, es ¿le-le interesaría participar en el grupo de de ODH eso de adultos diabéticos hipertensos? Es un grupo de adultos que se juntan, que tienen las características de esto de que alguno tiene presión alta, que alguno tiene diabetes, alguno tiene obesidad y entre todos. ¿ta? hacen diferentes act/
10. P: ¿Y la-la diabetes a qué se debe?
11. M: La-la diabetes se debe por el azúcar alto en la sangre, pero usted no tiene diabetes por ahora.
12. P: No, gra-gracias a Dios no.
13. M: Vamos a esperar los resultados cuando vengan.. Mire este-este grupo que le estoy comentando se reúnen lo viernes ¿ta? y tienen esta esta característica de que bueno cada/
14. P: Eso era para la receta ¿no?
15. M: Ahí va, cada uno [aprende]
16. P: [(())]
17. M: aprende más de su enfermedad y-y hacen actividades justamente como para mantener el peso y-y no seguir engordando o incluso adelgazar. Si usted quiere participar me dice y yo le hago la invitación para ir ¿ta? los viernes→ si quiere lo terminamos de hablar en la en la consulta que viene.
18. P: Ta, mejor sí.

---

3 Los Sacude son gimnasios para diferente tipo de público, que funcionan conjuntamente con las policlínicas de Salud Pública.

Las formulaciones atenuadoras -turnos 2, 4 y 7 - utilizadas por el médico conforman los anclajes enunciativos de una estrategia persuasiva basada en el poder del experto (French & Raven 1959). Esta estrategia mitigadora se articula en 4 movimientos: i) uso de los operadores *capaz* y *algo* (turno 1) que reducen la fuerza de la imposición funcionando como escudos (*shields*) (Caffi 2007: 107). De esta manera, el médico coloca en un primer plano un hacer no dirigido específicamente a la paciente; ii) esta minimización de la fuerza de la imposición también es observable en la construcción de la propuesta de realizar actividad física que es presentada como una posibilidad y no como un deber hacer, lo cual la convierte en negociable: *qué le parece participar* (turno 3), *le interesaría participar* (turno 8); iii) en el turno 7, esta idea es retomada mediante el verbo *invito* seguida por una descripción de las actividades del Sacude.

Esta forma de manejar el ejercicio físico se opone a otras formulaciones de tipo impositivo que se suelen encontrar en otras ramas de la medicina alopática (Madfes 2006).

Toda vez que el médico propone el Sacude, María interviene realizando preguntas acerca de la obesidad (turno 5), solicitando precisión sobre las órdenes (turno 8), preguntando por la causa de la diabetes (turno 10) y solicitando una nueva precisión sobre una receta (turno 14). Se instala así una divergencia entre dos líneas interactivas: la del médico como Educador (Cordella 2004) y la de María. Si bien la negociación implícitamente entablada por el médico pretende fortalecer las posibilidades autonómicas de María en cuanto a hacerse cargo de su problema de peso, la actitud evasiva de ésta no permite la instalación de dicho guión.

Los participantes de la consulta 10 son un médico varón, una mujer joven embarazada de su segundo bebé y la acompañante, aparentemente, su madre, quien interviene poco<sup>4</sup>. El macrotópico de la consulta es el embarazo, y en este extracto en particular, el tópico es la contracepción.

Es en este escenario que el médico formula la pregunta del turno 1. La secuencia que así se genera muestra una negociación<sup>5</sup> dificultosa entre las dos posiciones.

#### (4)

1. M: ¿Y qué método vas a-pensás-utilizar después?
2. P: Nno sé todavía estoy bien- tengo que ver eso todavía↓ El diu no ya-ya lo descarté porque con mi madre le-le salió una alergia no sé, ya lo descarté y no/
3. M: ¿Por qué no te ponés el implante allá en el Pereira?<sup>6</sup> Por 5 años quedás cubierta con el implante=

4 La MFC brinda una atención médica integral que abarca también los seguimientos de embarazos y los controles ginecológicos.

5 En la medida en que la interacción es co-producida, los participantes deben ponerse de acuerdo sobre el juego de lenguaje en el cual están implicados. (Kerbrat-Orecchioni 2005:94). En la conversación, se pueden negociar así desde el guión general de la misma, la alternancia de turnos, los tópicos, el valor pragmático de los enunciados, las opiniones y, por supuesto, el cierre.

6 Hospital Pereira Rossell, hospital de referencia materno-infantil perteneciente al sistema de salud pública del Uruguay.

4. P: =A mí hermana no sé si le resultó mucho eso.
5. M: ¿Por qué?
6. P: Porque no↑ mi hermana la-la grande se lo tuvo que sacar ...enseguida.
7. M: El-el primer el primer año genera alteraciones en la menstruación..eso es una realidad.
8. P: Sí.  
 genera-genera alteraciones del que bueno o menstrúan más seguido  
 P: Sí.  
 menstruan más cantidad oo ee incluso a veces se va para el otro lado y les pasa de que no menstruan↑ l-lo que yo he visto es a las embarazadas que les colocan el implante↑ entre el implante y el pecho hace que la primera menstruación aparezca casi al año de vida del niño  
 P: Sí, sí  
 y en realidad eso no es malo, hay muchas mujeres que [prefieren que no que no aparezca]
9. P: [Sí, no mejor! obvio] Ee a lo que yo voy es que. eso, yo tengo tendencia a engordar mucho.
10. M: Ah, pero no afecta el peso.
11. P: [¿No?]
12. A: [La herma]-la hermana de ella engordó mucho.
13. P: Mis hermanas las dos engordó, mi hermana es horrible está más grande que mi madre.
14. M: El -el lo que se dice que puede haber un-un aumento de hasta 5 kilos en el primer año de uso pero que después si uno se pone las pilas lo baja.

En esta secuencia médico y paciente esgrimen una serie de argumentos y contra argumentos, sugerencias y rechazos que giran alrededor del método contraceptivo que el médico propone en el turno 3. A este respecto, Wartenberg (1990:108) habla de *experticia distributiva*: un experto posee un tipo de conocimiento especializado si este le permite indicar a una persona dada la mejor manera de proceder en una situación determinada.

Dos voces, dos saberes, se contraponen en esta secuencia:

Por un lado, la voz de la medicina que construye su argumentación sobre saberes médicos específicos: i) turno 3: la ventaja del implante como elemento contraceptivo *quedás cubierta por 5 años*; ii) turno 7: a lo largo de este turno señala la inocuidad de posibles trastornos en la frecuencia menstrual *eso no es malo*; iii) turno 11: *pero no afecta el peso*.

Por otro lado, la voz de la paciente, quien asume la posición de lego experta basada en evidencia de carácter vivencial, producto de su círculo más inmediato<sup>7</sup>: i) turnos 4 y 6: a la hermana no le resultó, *se lo tuvo que sacar...enseguida* y turno 10: el implante y el peso *yo tengo tendencia a engordar*

7 Esta paciente se aproxima a la categoría que Cordella (2004:157) denomina Desafiadores. Son pacientes que han desarrollado una cierta experticia en cuanto a sus cuestiones de salud y por esto tienden a refutar las recomendaciones de los médicos y, por ende, su autoridad.

*mucho*; ii) a pesar de su posición de legista experta se observan expresiones de duda (turno 4 *no sé si*), de no nominación del implante turnos 4 y 6: *eso, lo*; iii) alineación con A a partir del término fuente *engordar* provoca una serie de reformulaciones parafrásticas en los turnos 13 y 14.

Finalmente, en los turnos 11 y 14 se observa la puesta en marcha de procedimientos negociadores, por parte del médico para tratar de reducir el desacuerdo, evitando así la entronización de dos líneas discursivas divergentes (Kerbrat-Orecchioni 2005). Esta actitud del médico permite cerrar el diferendo –evitando llevar el diferendo a un nivel inaccesible para la paciente (*outscaling*) (Blommaert 2007)–, controlando el peso de la imposición. Las diferencias entre las dos voces, la legista y la experta, el contraste entre las situaciones particulares con las prácticas médicas institucionalizadas –cf. turnos 3, 7 y 14– de lo individual a lo colectivo (*from token to type*) (Blommaert 2007: 6), muestran la inevitabilidad, incluso en el contexto de la MFC, de ejercer discursos de autoridad y poder.

Con respecto a esta consulta, interesa hacer notar dos puntos: i) es frecuente que las mujeres asuman un lugar de subordinación en la consulta, es menos común que tengan posturas propias, hablen desde un lugar de saber, sobre todo como en esta situación que es un saber que concierne a su cuerpo; ii) frente a esta actitud de resistencia que implica un cuestionamiento de la propuesta médica, el médico también puede llegar a sentir cuestionados tanto su saber como el modelo científico de interpretación de la realidad en los que radica su poder (cf. Díaz Berenguer 2020).

## 6. Conclusiones

En este trabajo, me propuse analizar la gestión de la cercanía y del poder en una policlínica barrial de MFC. Dadas las características de este contexto médico y los antecedentes de los estudios sobre medicina en el Uruguay, analizar el funcionamiento de dichas categorías en esta especialidad es de sumo interés, considerando los principios rectores de esta corriente médica (cf. Sección 1).

El análisis de las consultas ha permitido ver, en primer lugar, cómo el manejo de los principios relativos a la comprensión del contexto de la enfermedad y sus aspectos subjetivos posibilita un mejor entendimiento en la interacción médico - paciente, sobre todo en el caso de la consulta 1. Si bien en las otras consultas, y de diversa manera, las pacientes intentan desafiliarse de la propuesta médica, utilizando estrategias contestatarias o elusivas, el médico procura mitigar las divergencias, no llevándolas a un extremo y, brindando una mayor información, lograr que las pacientes tomen decisiones fundadas. Asimismo, construye una escucha activa y comunica empatía, fomentando el empoderamiento de las pacientes.

Se observa, entonces, que la MFC se constituye no solo como una asistencia sanitaria, sino que, dados los territorios en los que se asienta, funciona también como una importante fuente de información y red de contención.

## GRILLA DE TRANSCRIPCIÓN

↓	descenso entonacional
↑	elevación entonacional

→	suspensión
ee	alargamiento vocálico
<u>enfático</u>	énfasis
Empie-empiece	autocorrección
pa`l	transcripción fonética
/	interrupción del turno por otro hablante
=	sucesión inmediata, sin pausa apreciable, entre dos turnos
[ ]	superposición
<i>back channel</i>	<b>L1:</b> ( ...) Por eso quiero estar seguro
	<b>L2:</b> Claro.

## Referencias bibliográficas

- AGAR, M. 1985. Institutional discourse. *Text* 5, 3: 247-168.
- AINSWORTH-VAUGHN, N. 1998. *Claiming Power In Doctor-Patient Talk*. New York, Oxford: University Press.
- ARUNDALE, R. 2006. Face as relational and interactional: A communication framework for research on face, facework and politeness. *Journal of Politeness Research* 2, 2: 193-216.
- BAKER, S. y WATSON, B. 2015. How Patients Perceive Their Doctor's Communication: Implications for Patient willingness to Communicate. *Journal of Language and Social Psychology* 34, 6: 621- 639.
- BARRÁN, J. P. 1992. *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- BENCHERKI, N., MATTE, F. y COOREN, F. 2020. *Authority and power in social interaction. Methods and analysis*. London: Routledge.
- BLOMMAERT, J. 2007. Sociolinguistic scales. *Intercultural Pragmatics* 4, 1: 1- 19.
- BRAVO, D. 1999. ¿Imagen positiva vs. imagen negativa? Pragmática sociocultural y componentes de face. *Oralia. Análisis del discurso oral* 2: 155-184.
- CAFFI, C. 2007. *Mitigation*. Amsterdam: Elsevier.
- CANDLIN, CH, CRICHTON, J. y MOORE, S. 2017. *Exploring discourse in context and action*. London: Palgrave MacMillan.
- CARRANZA, I. 2020. Narrativas interaccionales. Una mirada sociolingüística a la actividad de narrar en encuentros sociales. Córdoba: Editorial Facultad de Lenguas.
- CHARTERIS-BLACK, J. y SEALE, C. 2010. *Gender and the language of illness*. London: Palgrave MacMillan.
- CORDELLA, M. 2004. *The Dynamic consultation. A discourse analytical study of doctor-patient communication*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.

- DIAMOND, J. 1996. *Status and power in verbal interaction*. Amsterdam: John Benjamins.
- DÍAZ BERENGUER, A. 2010. *El narcisismo en la medicina contemporánea*. Montevideo: Trilce.
- DÍAZ BERENGUER, A. 2020. *El poder médico*. Montevideo: Estuario editora
- DÍAZ, A. s/f. La medicina familiar como medicina médica específica de los programas de atención primaria a la salud. MS
- FAIRCLOUGH, N. 2003. *Analysing discourse. Textual analysis for social research*. London: Routledge.
- FAMY, A. 2018. [Disponible en línea en <https://hal-unilim.archives-ouvertes.fr/hal-01732135>]. Interactions médecins/patients :pratique discursive et transmission des savoirs. [Consulta: 21 de septiembre de 2020].
- FOUCAULT, M. 1988 El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología* 50, 3: 3-20.
- FOUCAULT, M. 1992. *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de la piqueta.
- FRENCH, J. & RAVEN, B. 1959. The basis of social power. En D. Cartwright (Ed.). *Studies in social power*, pp. 150-167. Oxford: University of Michigan Press.
- GASIOREK, J. 2015. Epilogue: Engaging Identity and Foregrounding Context in Health Communication Research. *Journal of Language and Social Psychology* 34, 6: 702– 708.
- GOFFMAN, E. 1959. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- GOFFMAN, E. 1981. *Footing. Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- GREEN, L. 2004. The Research Domain of Family Medicine. *Annals of family medicine*, 2, 2: 23-29.
- HERITAGE, J. 2018. Expression of Authority in US Primary Care: Offering Diagnoses and Recommending Treatment. Paper presented at the GURT.
- HERITAGE, J. & MAYNARD. 2006. Introduction. Analyzing interaction between doctors and patients in primary care encounters. En J. Heritage & D. Maynard (Eds.). *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*, pp. 1-21. Cambridge: Cambridge University Press.
- HERNÁNDEZ FLORES, N. 1999. Politeness ideology in Spanish colloquial conversation: the case of advice. *Pragmatics* 9: 37-49.
- HERNÁNDEZ FLORES, N. 2020. ‘Amabilidad’, ‘atención’, ‘profesionalidad’. Valores sociales atribuidos por el paciente a su médico de cabecera y características de imagen social. *Discurso & Sociedad* 14, 2: 309-334.
- KEMAYD ROTTA, A. 2007. Medicina familiar en Uruguay: hacia un nuevo modelo de atención. *Atención Primaria* 39, 8: 443-445.
- KERBRAT-ORECCHIONI, C. 2005. *Le discours en interaction*. Paris: Armand Colin.

- MADFES, I. 2005. Membresía y confrontación en la entrevista médica: estrategias comunicativas en la formulación de <demandas>. en: II Coloquio Argentino de la IADA (International Association for Dialogue Analysis), 2005, La Plata. *Actas del II Coloquio Argentino de la IADA (International Association for Dialogue Analysis)*. Medio de divulgación: CD-Rom; ISSN/ISBN: 9503-4033
- MADFES, I. 2006. "Contáme cómo andas": tensión entre afiliación y confrontación en la entrevista médica. En B. Gabbiani, B. y I Madfes (Orgs.). *Conversación y poder. Análisis de interacciones en aulas y consultorios*, pp. 35:76. Montevideo: FHCE.
- MARTIN, G. 2014. Pragmatics and medical discourse. En K. Schneider y A. Barron (Eds.). *Pragmatics of Discourse*, pp. 491-525. Berlin: De Gruyter.
- MARTÍN ROJO, L. 2017. Language and power. En O. García, N. Floresy M. Spotti (Eds.). *The Oxford Handbook Of Language and Society*, pp. 77:102. New York: Oxford University Press.
- MAY, C. 2007. The clinical encounter and the problem of context. *Sociology* 41: 29-45.
- MERCER, H. 1997: Los procesos de atención a la salud en el conjunto de las relaciones sociales. *Sociedad, cultura y salud*. FHCE, Montevideo.15:30
- MISCHLER, E. 1984. *The discourse of medicine*. Norwood: Ablex Publishing Corporation.
- MONDADA, L. 2006. Interactions en situation professionnelles et institutionnelles: de l'analyse détaillée aux retombées pratiques. *Revue française de linguistique appliquée* 9: 5-16.
- MUMBY, D. & STOHL, C. 1991. Power and discourse in organization studies Absence and the dialectic of control. *Discourse & Society* 2: 313-332.
- OSTERMAN, A. C. y MENEGHEL, S. 2012. Humanização, gênero e poder nos atendimentos a saúde: possibilidades que se apresentam a partir dos estudos de fala-em-interação. En A. Osterman y S. Meneghel (Orgs.). *Humanização, gênero e poder. Contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção da saúde*, pp. 11-32. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- PONZO, J. 2020. La Medicina Familiar y Comunitaria en Uruguay de 1997 a 2019: ¿cuántos kilómetros faltarán para llegar al pueblo aquel?. *Ciência. saúde coletiva* 25, 4: 1205-1214.
- RIBEIRO, B.T. 2006. Footing, positioning and voice. Are we talking about the same things? En A. de Finna, D. Schiffrin y M. Bamberg (Eds.). *Discourse and identity*, pp. 48:83. Cambridge: Cambridge University Press.
- ROBINSON, J. Soliciting patient'presenting concerns. En J. Heritage & D. Maynard (Eds.). *Communication in medical care. Interaction between primary care physicians and patients*, 22-47. Cambridge: Cambridge University Press.
- SIMPSON, P., MAYR, A. y STATHAM, S. 2019. *Language and power. A resource book for students*. London: Routledge.
- TANNEN, D. y WALLAT, C. 1993. Interactive frames and knowledge schemas in interaction: examples from a medical examination/interview. En D. Tannen (Ed.). *Framing in discourse*, pp. 57:76. New York: Oxford University Press.

- THORNBORROW, J. 2002. *Power talk. Language and interaction in institutional discourse*. London: Routledge.
- TRAVERSO, V. 2007 Pratiques communicatives en situation: objets et méthodes de l'analyse d'interaction. Article de synthèse sur l'interaction. *Recherches en soins infirmiers* 89: 21-33
- TURNER, J. 2005. Explaining the nature of power: A three-process theory. *J. Soc. Psychol* 35: 1-22.
- VAN DIJK, T. 1995. Discourse, Power and Access. En C. Carldas-Coulthard y M. Coulthard (Eds.). *Texts and practices*, pp. 84-10. London: Routledge.
- WAITZKIN, H. 1988. A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters. *Journal of Health and Social Behavior* 30: 220-239.
- WARTENBERG, T. 1990. *The forms of power*. Philadelphia: Temple University Press.
- WEGER, H. 2014. The Relative Effectiveness of Active Listening in Initial Interactions. *International Journal of Listening* 28, 1: 13-31.
- WILCE, J. 2009. Medical Discourse. *Annu. Rev. Anthropology* 39: 199-215.
- WODAK, R. 1996. *Disorders of discourse*. London: Longman.
- WODAK, R. & MEYER, M. [2001] 2016. Critical discourse studies: agenda, theory and methodology. En R. Wodak y M. Meyer (Eds.). *Methods of critical discourse studies*, pp. 1-23. Los Angeles: Sage.

**IRENE MADFES** es Doctora en Letras con especialización en Lingüística por la Universidad Nacional del Sur (Argentina). Se desempeña en el Instituto de Lingüística de la Universidad de la República. Sus intereses abarcan las áreas de Lenguaje y Género, el Análisis del Discurso, los medios de comunicación y las interacciones médico-paciente. Ha publicado artículos y capítulos de libros sobre estos temas teniendo como eje, por lo general, las relaciones de poder y resistencia que subyacen a los diferentes discursos.

Correo electrónico: irene.madfes@gmail.com