

Raymond S. Duff y August B. Hollingshead, *Sickness and Society* (Nueva York: Harper and Row, 1968), 390 pp.*

En el libro *Sickness and Society*, vemos el talento y la penetración de un conocido sociólogo norteamericano, August B. Hollingshead, y el candor profesional de un respetado pediatra, Raymond S. Duff, combinados para producir un análisis completo de la situación hospitalaria.

La importancia del hospital como una institución viable aumentó rápidamente tras la Segunda Guerra Mundial.¹ Muchos de los procedimientos médicos antes realizados en casa o en la consulta (por ejemplo, dar a luz) comenzaron a ser asuntos rutinarios del hospital. Con el desarrollo de aparatos altamente especializados, equipos caros y técnicas asépticas, el hospital se convirtió en el centro de acumulación de conocimientos, innovación tecnológica, así como en el centro de tratamiento médico. En consecuencia, los hospitales se vieron obligados a extender tanto sus servicios como su equipamiento. Dado este cambio de lugar de tratamiento, junto al mayor énfasis en la formación del médico y la investigación clínica, no es raro que la relación médico-paciente fuese también afectada o que los factores sociales influenciasen el tratamiento. Sin embargo, hasta que Duff y Hollingshead dedicaron sus esfuerzos e intereses, este área de hospitales sirviendo de instituciones de enseñanza e investigación así como de instituciones de distribución del cuidado sanitario, permanecía inexplorada. No existía ningún estudio sustancial de la situación del hospital. Claramente se puede calificar éste como un trabajo pionero en el campo de la Sociología de la Medicina.

* La traducción del inglés ha sido realizada por Melissa G. Moyer.

1. Para una visión más amplia del hospital como una institución viable véase, por ejemplo: Richard Magraw, *Ferment in Medicine* (Filadelfia: Saunders, 1966).

El ambiente del hospital

El estudio de Duff y Hollingshead de la situación del hospital no es ni teórico ni histórico sino más bien una presentación analítica y descriptiva de la estructura y de las relaciones conflictivas de un complejo y prestigioso hospital clínico universitario. El análisis de los autores se basa en las experiencias de pacientes y sus familias. El propósito es centrarse «en las relaciones entre el cuidado de los pacientes hospitalizados y el entorno social del hospital clínico y municipal» (pág. XII). Hemos de tener en cuenta que en Estados Unidos hay una gran variedad de tipos de hospitales que incluye los siguientes: privados, estatales, y afiliados a la universidad. Es este último tipo el que está descrito en el presente estudio. La investigación se realizó a lo largo de un período de siete años y consistió en entrevistas, observación y análisis de los historiales médicos. Todo se llevó a cabo con el permiso del médico del paciente, del propio paciente y sus familiares más próximos. Se desarrollaron todos los aspectos y el análisis puede considerarse ético en su método, considerado en su enfoque, y claro y directo en su presentación.

Duff y Hollingshead explican con gran detalle la estructura y la función del sistema de enseñanza médica. Éste es un campo fundamental frecuentemente olvidado en Sociología de la Medicina, y para tal estudio no hay mejor fuente de referencia que *Sickness and Society*. Las funciones múltiples del hospital —enseñanza, investigación y tratamiento— lógicamente crean conflictos inevitables de propiedad. También, la presencia de dos líneas paralelas de autoridad, la de la universidad y la del hospital, se prestan a otros motivos de desacuerdo. Los problemas de un complejo médico moderno sólo quedan claros con una evaluación del marco de la organización hospitalaria.

Sin embargo, el enfoque de un caso concreto pone en duda la generalización de los resultados. Se podría pensar que los resultados eran únicos para ese hospital universitario en particular y que no reflejaban la situación general. Al ser interrogado con relación a este punto, el doctor Duff indicó:² «El estudio se refiere a un hospital en particular que no fue seleccionado de una manera determinada. La implicación es que si un estudio se realizó cuidadosamente y sin ningún sesgo visible en la selección del hospital, entonces los resultados pueden ser generalizables a otras instituciones. Muchas personas nos han comunicado que las condiciones son sorprendentemente similares en sus instituciones.»

2. De una conversación informal con el Dr. Raymond Duff el 4 de febrero de 1975.

Los problemas

El centro médico universitario metropolitano está regulado por comités directivos que reflejan tanto los intereses de la comunidad como los de la universidad; con todo Duff y Hollingshead indican que los últimos son más importantes. En el hospital, la organización prevé la división de las habitaciones en tres tipos que son cualitativamente diferentes y físicamente separadas: las salas, las habitaciones semiprivadas, y las privadas. Los dos problemas principales relacionados con todas las demás dificultades dentro del hospital, son el resultado de esta organización.

Primero, los autores concluyen que la admisión al hospital se basa en el nivel socioeconómico del paciente y en otros criterios más objetivos, como la disponibilidad de camas o el tipo de enfermedad. Los encargados de la admisión de un paciente, o bien los «*gatekeepers*» («porteros») como se denominan en el libro, han desarrollado una aguda sensibilidad para averiguar la posición social de los pacientes basada en indicadores físicos (por ejemplo: vestido, joyas, modo de hablar). Cuanto más bajo es percibido el nivel socioeconómico de un paciente, más precipitado es el trato de los empleados, pero más exigente en su capacidad económica de pago. Basándose en estas evaluaciones los pacientes son clasificados en: pacientes de sala (los que «no se lavan»), pacientes semiprivados (los que «se lavan») y pacientes privados (los que «se lavan y se perfuman»). También, la frecuencia de las visitas del médico, el contacto del médico con la familia y el paciente, y la información que se les ofrece sobre la enfermedad y los tratamientos disponibles aumentan cuanto mayor es el nivel socioeconómico del paciente. Por tanto, la posición de la persona en la estructura social parece ser de importancia básica para la distribución y cuidado de los pacientes.

Segundo, en todos los casos el énfasis por la investigación superaba el interés por el trato humano de los pacientes. Esta definición de la enfermedad como una entidad separada del paciente ha sido un tema común en la investigación sociológica sobre estos temas³ y se puede resumir mejor por el comentario de un médico-interno: «Tú estás interesado en el paciente, mientras que yo estoy interesado en la enfermedad, en el cuerpo que yace en la cama» (pág. 128). Consecuentemente, los aspectos de apoyo emocional y psicológico durante la recuperación del paciente son siempre ignorados, mientras que los de enseñanza e intereses de investigación son

3. Véase también: Eliot Freidson, *The Profession of Medicine*; Louis Lasagna, *Life, Death and the Doctor* (Nueva York: Knopf, 1968) y Richard Magraw, *Ferment in Medicine*.

enfanzados. Por tanto, la impersonalidad es la característica más visible de la interacción entre paciente y médico.

También parece que estos dos factores (por ejemplo, el énfasis en investigación *versus* el cuidado del paciente, y la diferenciación de los pacientes en distintas habitaciones según clase social) están interrelacionados, produciendo dificultades adicionales para algunos pacientes. Mientras que todos experimentan sentimientos de olvido y de desconfianza, los pacientes en habitaciones generalmente asignadas a los de origen socioeconómico bajo sienten (y tienen razón) que son víctimas de una mayor experimentación; por razones de enseñanza Duff y Hollingshead sostienen que los pacientes «de sala» son sometidos a más análisis de los que realmente son necesarios con objeto de familiarizar a los estudiantes de medicina con el moderno equipamiento a su disposición. Además, la organización del hospital produce una rotación casi continua del personal de doctores y enfermeras impidiendo *de facto* el establecimiento de una relación con el paciente y la posibilidad de proporcionarle un apoyo emocional estable.

Aunque todos los pacientes sintieron la misma falta de apoyo y experimentaron el énfasis de los médicos por la enseñanza y la investigación, aquellos con menos poder, tanto económico como social, no pudieron exigir el cuidado adecuado y por tanto evitar el uso de sus cuerpos como «materia clínica». Los médicos-jefes-de-sala eran «conspicuos por su ausencia» en la sala y sólo se preocupaban por aquellos «casos interesantes»; por ejemplo, un paciente con una enfermedad mortal ofrecía al personal del hospital el desafío de prolongar la vida más allá del punto en que su recuperación no era ni posible ni deseable. El poder social de las familias de los pacientes pobres era menos efectivo en sus intentos de que no se practicasen autopsias con sus familiares. Los pacientes de las habitaciones privadas casi siempre estaban bajo la responsabilidad de los médicos profesores de la universidad, recibiendo un cuidado adecuado sin análisis innecesarios, y participando activamente en el proceso de tratamiento. Duff y Hollingshead investigaron la razón del mayor interés del médico (pero no preocupación total) con estos pacientes y encontraron que los médicos reconocían la influencia social del alto nivel socioeconómico de sus pacientes, y actuaban así por interés propio.

El tema central

La idea de que el sistema de estratificación social afecta a todos los aspectos de la vida no es tema nuevo para los que conocen el trabajo de

Hollingshead. En su libro *Social Class and Mental Illness*⁴ escrito en colaboración con Frederick Redlich, Hollingshead concluye que la posición en la estructura social está relacionada con la incidencia y tipos de enfermedad, las reacciones del paciente y su familia, y la calidad de tratamiento recibido. Este libro «sorprendió al mundo académico con su revelación de una discriminación sistemática de la clase baja».⁵ En *Sickness and Society*, Duff y Hollingshead sostienen que la clase social está relacionada con la enfermedad, ampliando el concepto para incluir tanto el malestar físico como el psicológico. En este libro queda explícita la noción de que la clase social influye también el tratamiento. Esto parece más claro aún en el capítulo titulado «Resumen y nuevas ideas» donde los autores concluyen que «la estructura física del edificio fue creada para permitir que el sistema social de la comunidad funcionase sin demasiadas distorsiones (página 366).⁶ A lo largo del libro, nos muestran cómo las enfermeras, médicos y administrativos asimilan el nicho social ocupado por el paciente y cómo le asignan un lugar paralelo en el hospital y le tratan en consonancia. Esto nos recuerda el concepto weberiano de «posibilidades de vida». No sólo las oportunidades de educación, empleo y otras cosas se ven influenciadas por la clase social sino también la esperanza de vida y el tratamiento de las enfermedades. «Enfermamos y morimos por el dinero, tanto como vivimos por él.»⁷

En *Sickness and Society* está implícita la relación entre el énfasis en la investigación y el sistema de estratificación de la sociedad. Los autores indican que se dan «recompensas» por la investigación realizada y no por la calidad del cuidado de los pacientes; sin embargo este punto queda sin desarrollar. En la profesión médica se eleva el *status* publicando artículos que son de interés para el resto de la profesión o descubriendo la cura de una enfermedad determinada. Por tanto, el interés del médico en el hospital clínico se dirige hacia la adquisición de un nivel más alto en la estructura social. Esto no se diferencia de los intereses de otros profesionales universitarios que tienen que invertir mucho tiempo y esfuerzo en la investigación para poder incrementar y mantener su nivel académico incluso

4. August B. Hollingshead y Frederick Redlich, *Social Class and Mental Illness* (Nueva York: Wiley, 1958).

5. Consúltese la revista *Choice* (febrero 1973), p. 1550.

6. Otros autores han demostrado que los médicos tienen menos oportunidades, dada su clase social, en relación a los hospitales en que son aceptados, y que incluso los hospitales de una ciudad están estratificados conforme a los sesgos del propio sistema. Véase, por ejemplo, Oswald Hall, «The Stages of Medical Career» en *American Journal of Sociology* 53 (1948), pp. 327-336.

7. Mary Ellman, «Mens Sana», en *The Yale Review* (marzo 1970), pp. 427-435.

hasta el punto de olvidar su propia clase. Por tanto, en el hospital, la atención del médico debe concentrarse en posibles vías de movilidad que resulten en becas, premios, artículos y otros símbolos visibles de *status*, premiados por aquellos con el poder suficiente de patrocinar la movilidad ascendente de los médicos. Sólo comprendiendo la motivación de los médicos para avanzar o mantener su nivel profesional en la jerarquía médica y en la sociedad se puede entender la importancia de la investigación.⁸ Los médicos están obligados no sólo a jugar el papel de *curar* sino también el de *investigar* y el de desarrollar conocimientos nuevos para ser utilizados en futuros diagnósticos y tratamientos. El hecho de prolongar la vida de un moribundo puede llevarnos a la observación de etapas de la enfermedad desconocidas anteriormente o proporcionar indicadores para su tratamiento y curación. Toda experimentación y observación médicas deben realizarse en aquellas personas que no son valoradas por la sociedad, ya que las ofensas éticas contra los poderosos pueden tener luego efectos negativos en la posición social del médico, ya que las personas ricas y prestigiosas son precisamente las que apoyan las actividades que aseguran el éxito profesional. Por tanto, la separación de pacientes en habitaciones según la clase social permite que el médico distinga claramente entre los pacientes que son aptos como «material clínico» y los que deben ser tratados con un determinado respeto.

En resumen, la clase social es uno de los factores principales que influye sobre el funcionamiento del hospital y la actitud médica. El lugar de la persona en la estructura social no sólo afecta su «estilo de vida» sino también el cuidado médico. El sistema de estratificación produce que el médico actúe principalmente en su propio interés y por lo tanto que el profesional ignore al paciente como persona. Duff y Hollingshead, con su estudio del entorno social de la enfermedad señalan el hecho de que es el sistema social y no la inhumanidad de los profesionales médicos el que dificulta el cuidado equitativo y adecuado de los pacientes.

¿Un dilema pasado o presente?

Frederick Redlich, psiquiatra y coautor de *Social Class and Mental Illness*, escribió el prólogo de *Sickness and Society* desde su nuevo cargo de decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale, en USA.

8. No existe competición entre los profesionales sanitarios dado que los requisitos educativos estrictos y formales prohíben un proceso de aprendizaje para llegar a médico. En consecuencia, las enfermeras y otros profesionales parasanitarios tienen cortado el paso para poder llegar a competir con los médicos.

Aunque ensalza el libro por promover un cuidado médico mejor y alaba a los autores por su objetividad y coraje, Redlich sostiene que los cambios principales ya se han hecho y que la situación con el tiempo se corregirá.

Pero si los problemas son inherentes al sistema de estratificación y el hospital es un mero reflejo de la estructura social, ¿cómo pueden resolverse los problemas en unos cuantos años? Hollingshead responde:

Han ocurrido diversos cambios [...] pero aún hay cosas que no han cambiado. Los pacientes *de sala* ahora son llamados pacientes *de servicio*, pero las condiciones físicas en sus habitaciones son las mismas. Aún hay dos divisiones de la comunidad del hospital y de la Facultad de Medicina y todavía hay dos pisos en los pabellones de superlujo para cuidar de los pacientes de clase alta [...] Siempre se puede decir defensivamente que el estudio está anticuado. Yo creo sinceramente que si se hiciese un nuevo estudio habría algunos cambios de detalle, pero la estructura sería la misma. Tras tres decanos y un administrador el hospital aún no se ha reorganizado (con excepción de las unidades ambulatorias de cuidados primarios): por lo tanto el problema continúa. Aún es una institución autofinanciada y tiene que ajustarse a lo que la sociedad esté dispuesta a pagar por ella.⁹

Mientras que los ricos están dispuestos a pagar por privilegios y, por supuesto, exigen ser tratados de forma diferente, los pobres están incapacitados para pedir un tratamiento adecuado y recibir los servicios que son necesarios.¹⁰ La reforma no puede venir desde dentro de la organización hospitalaria ya que la realidad económica de la situación requiere pacientes que puedan pagar los servicios médicos.¹¹ La reforma tampoco puede provenir de la profesión médica ya que el incremento de *status*

9. De una entrevista con August B. Hollingshead el 18 de febrero de 1975.

10. Existe claramente la posibilidad de que los servicios para los pobres hayan empeorado. El incremento de los estudiantes extranjeros, quienes tradicionalmente son asignados a las salas y cuya formación se pone en duda por parte de la profesión médica, es un nuevo problema para el cuidado de los pobres citado con frecuencia. Véase, por ejemplo: *Scientific American* (febrero 1975).

11. Sobre este punto, Hollingshead se refirió a los problemas adicionales que resultan de los programas de *Medicare* y *Medicaid*: «Los pobres tienen que aceptar lo que se les quiere dar.» Desde la creación de *Medicare* y *Medicaid* los ancianos asumen que el hospital les dará más servicios de los que los hospitales en realidad están dispuestos a dar. Los hospitales han aprendido, para su propia consternación y costo, que *Medicare* paga lo que los pacientes creen que merecen. De todas formas, pueden pasar meses y años antes de que sean reembolsados por el Estado o el gobierno federal.

está basado en criterios sociales de recompensas para un más amplio reconocimiento e innovación tecnológica.

Si las conclusiones de Duff y Hollingshead sobre el sistema de distribución de cuidado sanitario son aún defendibles, a pesar de las anteriores reformas de los administradores del hospital ¿dónde está la solución? Se argumenta que todo cambio fundamental no se puede llevar a cabo desde dentro, pero que debe seguir las alteraciones básicas de la estructura de la sociedad. Los autores están de acuerdo en que esto es «básicamente un amplio tema social», pero no llegan a presentar sugerencias que pudiesen afectar el sistema a través de la redistribución de bienes y servicios. En la actualidad, Hollingshead declara que sólo un Servicio Sanitario Nacional (*versus* un seguro sanitario nacional) remendaría la situación.¹² Los Estados Unidos se deben poner a la altura de las otras naciones modernas en los sectores de sanidad y beneficencia; y un buen ejemplo a seguir sería el del Reino Unido.

In toto, *Sickness and Society* representa una contribución valiosísima a la bibliografía de Sociología de la Medicina. No sólo es un intento pionero, sino además un clásico en su tema. La obra describe la estructura del sistema del cuidado sanitario y delinea sus problemas, proporcionándonos también un análisis sociológico profundo de las implicaciones de los sistemas de estratificación social en un sector institucional.

BERNICE PESCOSOLIDO

12. Hollingshead también sugirió que en sanidad y temas de beneficencia los Estados Unidos es una de las naciones occidentales más rezagadas, y que el Servicio Sanitario Nacional puede llegar a ser un objetivo realizable en el futuro.