

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo comprender el significado de las prácticas académicas de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas en su relación con los pacientes del Hospital de Caldas, a partir de una lectura de sus representaciones sociales sobre las prácticas clínicas.

Su importancia radica en la necesidad de develar los fenómenos de la construcción individual alrededor del sentido de la profesión médica y sus implicaciones en el creciente deterioro de la calidad de la relación que establecen médicos y pacientes.

En la investigación se utilizó una metodología cualitativa, con enfoque en la Teoría Fundada, desde la cual fue posible conocer de cerca muchos de los fenómenos existentes en el contexto de las prácticas académicas, desde la perspectiva particular de los estudiantes.

Los participantes del estudio fueron estudiantes de V y VI semestres de Medicina, quienes tuvieron una relación estrecha con la investigadora durante el desarrollo de las actividades docentes.

La información obtenida a través de ensayos, relatos solicitados y observación participante se sistematizó mediante la elaboración de fichas. De la codificación de los datos contenidos en estas se elaboraron los argumentos descriptivos, en un proceso de categorización inicial. Posteriormente, se realizaron entrevistas grupales con el fin de devolver los resultados y saturar las diferentes categorías del análisis.

En la fase de interpretación se orientó el análisis hacia el establecimiento de relaciones entre las categorías para formular, a partir de estas, una hipótesis interpretativa, sobre la que se desarrolló la construcción de sentido.

En esta fase final se tuvieron en cuenta la teoría general del Desarrollo Humano y algunos conceptos pedagógicos relacionados con el aprendizaje significativo.

En lo que toca al objetivo general, el principal hallazgo se expresa en la conclusión de que la experiencia vivida por los estudiantes, durante el primer año de prácticas, es altamente significativa, no solamente por su impacto en la dimensión cognitiva sino en otras dimensiones del Desarrollo Humano.

Las características del fenómeno se describen en cuatro temáticas:

- Los estudiantes frente a las prácticas con los pacientes
- Las expectativas frente al proceso de formación
- Las exigencias del contexto
- El contexto subjetivo de los participantes

Palabras clave: Relación Médico Paciente, Prácticas Académicas, Aprendizaje Significativo y Desarrollo Humano.

1. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA PROBLEMÁTICA

1.1 INTRODUCCIÓN

El crecimiento acelerado de la ciencia médica se refleja en muchos de los escenarios de la sociedad actual, gracias a los no menos acelerados avances en los medios masivos de comunicación que ponen al alcance de la población general los sucesos que antes eran del dominio exclusivo del gremio médico. En este contexto se expresan la calidad de la atención médica y las dificultades surgidas en la prestación de los servicios de salud, pero también las vivencias negativas que se dan al interior de la relación que establecen médicos y pacientes. El creciente fenómeno de insatisfacción de los diferentes actores tiene importantes representaciones desde la perspectiva ética e involucra a todos los participantes en el contexto laboral: las políticas de salud, la intermediación de las empresas prestadoras de servicios con su tendencia hacia la comercialización de la medicina y la salud como productos sometidos a la oferta y la demanda, la discriminación a la que se ve sometida la población de bajos ingresos que no puede acceder a los ofrecimientos de planes de atención con coberturas diferentes y el fortalecimiento de los hospitales privados a costa del debilitamiento de los públicos; pero además de estos, el cambio de actitud de los médicos frente a la atención de los pacientes. Alrededor de este fenómeno de deterioro en la relación médico paciente se han levantado comunidades académicas interesadas en mejorar la calidad de la interacción, y en su interior se han gestado determinaciones tan importantes como la declaración de los derechos de los enfermos y la promulgación de la Ley de Ética Médica.

En lo que al contexto educativo se refiere, bajo el liderazgo de ASCOFAME, las facultades de medicina del país han realizado muchos esfuerzos que apuntan al

mejoramiento en la formación médica y a lograr una mejor relación médico paciente. Las directrices que en este sentido se han adoptado, como la inclusión de asignaturas y contenidos temáticos de corte humanista en los planes de estudio, se apoyan en el conocimiento de las condiciones del ejercicio profesional y en el contexto de la interacción entre médicos y pacientes, pero no tocan las particularidades de la relación que se da entre los estudiantes de medicina y los pacientes que co-laboran en sus prácticas clínicas. Partiendo del supuesto de que las bases para el desarrollo y la asunción de roles en la interacción con los pacientes se construyen en los escenarios educativos es indispensable preguntarse por las percepciones de los jóvenes, por las experiencias vividas en sus prácticas clínicas y por sus expectativas frente al contexto laboral, como un aporte a la construcción académica y humanista de los futuros médicos, lo cual redundaría en una mejor calidad de atención en salud.

El presente estudio tiene, entonces, el propósito de comprender el punto de vista de los médicos en formación en lo que hace referencia a las representaciones sociales, que se ponen en escena durante sus prácticas clínicas con los pacientes. En coherencia con las metas del estudio se optó por una investigación cualitativa con enfoque en la Teoría Fundada, desde el cual se comprenderán los significados, las motivaciones y las expectativas de formación, que están en la base de la relación médico paciente.

1.2 AREA PROBLEMÁTICA

La sociedad ha asistido durante las últimas décadas a un proceso tangible de deterioro en la calidad de la atención médica, que va en dirección opuesta a los grandes descubrimientos científicos entre los que se destacan, no sólo los adelantos tecnológicos en pruebas de laboratorio e imagenología, sino también las variadas posibilidades de tratamiento. El incremento en la capacidad de llegar al diagnóstico

precoz y certero favorece los resultados terapéuticos en el control de la enfermedad y la recuperación de la salud. Tales ofrecimientos de la ciencia médica han sido justamente reconocidos por sus beneficios para la humanidad, pues representan no sólo una manera de mejorar la expectativa de vida de las poblaciones, sino también un medio para mejorar la calidad de vida de los individuos.

No obstante, de la mano de estos adelantos científicos, la humanidad se ve abocada a un fenómeno vertiginoso de deterioro en la relación médico paciente en el que se desdibuja el papel fundamental del galeno, reconocido desde los orígenes de la profesión: **“Curar algunas veces, mejorar a menudo, confortar siempre”**¹. Pareciera que el acceso a los grandes avances tecnológicos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades se hubiese convertido en una justificación para disminuir el contacto con los enfermos, en una licencia para establecer, con ellos, relaciones más distantes, más esporádicas, más cortas y menos humanas. En la utilización de complejos y precisos métodos de diagnóstico complementario es factible ocultar las imperfecciones del método clínico, al tiempo que pierden importancia la agudeza en los sentidos, las habilidades y destrezas clínicas y la comunicación adecuada con los pacientes.

Sin embargo, la preocupación por los efectos atribuidos al uso excesivo de la tecnología, en pos de la certeza diagnóstica, se ha enfocado casi siempre desde los estudios de costos por la atención, dejando de lado algo tan trascendental como son las repercusiones sobre la ya deteriorada relación médico paciente. En los contextos local y nacional no es difícil apreciar cómo la medicina practicada al lado del enfermo está siendo reemplazada por la técnica instrumental. En la actualidad, la investidura casi sacerdotal del médico de antaño, la capacidad de escuchar y de persuadir, la

¹ BERARD y GUBLER. Citado por LAIN ENTRALGO, Pedro. La relación Médico paciente. Madrid : Alianza, 1983.

actitud afectiva y abierta y la capacidad de comprender el dolor humano, están cada vez menos arraigadas en su perfil profesional, lo que indiscutiblemente contribuye con el hecho de que la relación con el enfermo sea lejana y reducida a lo estrictamente técnico; esta afirmación será motivo de análisis más adelante.

Como refuerzo a esta práctica, en la que prima la racionalidad científica, a los profesionales de la salud se les exalta más por sus competencias cognitivas que por aquellas que los hacen capaces de establecer, con sus enfermos, relaciones comunicativas de calidad; más por la certeza en el diagnóstico que por las cualidades humanas para reconfortar y aliviar el sufrimiento del enfermo.

Sin embargo, es necesario reconocer que a los retos planteados por los avances tecnológicos se suma otro factor que, mal manejado, desfavorece la relación médico paciente. Se trata del nuevo sistema de administración en salud, planteado desde una lógica cuantitativa y dirigido hacia la meta de alcanzar una mayor cobertura a menor costo, lo que necesariamente sacrifica la calidad de la atención, leída ésta desde la satisfacción del enfermo por la atención recibida y la satisfacción del médico por el trabajo realizado. En este mismo sentido, y desde la mirada de la universidad, se percibe que los futuros médicos no son ajenos a los efectos de las situaciones antes descritas. Gran parte de la vida universitaria de los estudiantes de medicina discurre en escenarios hospitalarios de tercer nivel en los que, dada la complejidad de los procesos mórbidos de los pacientes, se requiere utilizar alta tecnología para el diagnóstico y el tratamiento, así como la intervención de profesionales de diferentes especialidades médicas. A esta situación que, por sí misma, podría favorecer el problema se añaden el difícil panorama laboral de los profesionales de la salud y la crisis económica de las instituciones hospitalarias, escenarios desde los cuales los estudiantes elaboran, desde ya, expectativas sobre las exigencias del contexto nacional y se proyectan hacia el modelo de medicina del cliente.

Ante tal perspectiva del futuro adquiere un profundo significado la afirmación de WILLIAM OSLER, quien al dirigirse a sus alumnos, hace muchos años, anticipaba los efectos negativos de intereses diferentes a la vocación médica:

“ Ustedes deben entrar en esta profesión por una devoción, no por negocio; **como un llamado que les exige en cada momento autosacrificio, amor y ternura hacia sus pacientes.** Una vez que se desciende a un nivel donde lo fundamental es el comercio, nuestra influencia se ha ido y la verdadera luz de nuestras vidas se ha opacado”².

Desde esta afirmación, que parece tener carácter de premonición del fenómeno actual, y considerando los cambios en el comportamiento de los seres humanos observados a través de la historia de la humanidad, se genera una pregunta trascendental para el abordaje del problema de deterioro en la calidad de la relación médico paciente:

¿ Existen argumentos, en la sociedad actual, para pensar en la necesidad de resignificar el “SER MEDICO”?

Apoyados en la historia y en imágenes del recuerdo es posible precisar un importante cambio en las manera de ejercer la medicina: el sentido profesional en el médico de antaño se veía fuertemente marcado por un deseo interior de servir a los enfermos y sus actos estaban impregnados de entrega y amor hacia ellos; hoy, en los hospitales adoptados como escenarios educativos, tanto estudiantes como profesionales parecen afectados por un síndrome de falta de motivación frente al

² OSLER, William. KNIGHT, J.A. the relevance of Osler for today's Humanity Oriented Medical Student. Citado por CASTILLO V, Alfredo. Los derechos de las personas enfermas. Caracas : Disilinmed, 1987. ISBN: 980-6142-03-9. P. 12.

enfermo. Sus mayores esfuerzos académicos se desbordan hacia los conocimientos científicos de los textos y, en contradicción con esto, su papel frente a los pacientes que co-laboran en las prácticas parece sin fundamento. Su responsabilidad, interés y sensibilidad por las quejas del enfermo parecen carecer de sentido y de trascendencia, tal como si estuviesen enfrentados a una pérdida de la identidad médica.

Las apreciaciones anteriores, resultantes de la observación cotidiana, justifican el incluir a las escuelas de medicina como parte del problema y propiciar su participación en la búsqueda de soluciones, teniendo como punto de partida el análisis desde el contexto interno de la educación. Dado su carácter de instituciones formadoras del recurso humano en salud no puede ignorarse la responsabilidad moral y social que, trascendiendo las fronteras de lo académico, va más allá de la construcción del conocimiento científico y de la capacitación en tecnología médica. En este sentido, es necesario reconocer los importantes esfuerzos realizados por la Universidad para dar apertura, en el plan de estudios, a mayores espacios de disertación humanista y ética, como estrategia para mejorar la formación de los futuros galenos. Sin embargo debe reconocerse, también, que el currículo sigue anclado de manera especial en lo técnico-científico y que la influencia del currículo oculto en los aspectos formativos posee aun mayor relevancia que el currículo explícito. Las instituciones de salud constituidas como campos de práctica y los médicos, docentes y no docentes, hacen gala de expresiones que permiten leer el tipo de relación que se establece con los enfermos: la dimensión técnico científica es el centro de las acciones del personal de salud y de los administradores de las instituciones hospitalarias, cosa que parece pertinente con su razón de ser, pero que no justifica el olvido al que son sometidas las otras dimensiones humanas, tanto en los enfermos como en los profesionales de la salud. Con estos modelos pareciera implícita la regla "es prohibido sentir".

Frente al complejo problema de la relación médico paciente, descrito anteriormente, es indispensable sumirse en el interior de los fenómenos individuales y colectivos que se dan en las escuelas de medicina, como escenario espacial y temporal en el que se construyen la identidad y el sentido profesional, de tal forma que pueda abonarse el terreno para la construcción de nuevas propuestas en educación médica, encaminadas a mantener el humanismo que ha caracterizado a los profesionales de la medicina.

Reconociendo la impronta que dejan las instituciones educativas en los sujetos educables se puede inferir que, dada la naturaleza del problema, es indispensable comprender la elaboración conceptual y las construcciones individual y colectiva de sentidos que se tejen al interior de los espacios académicos de formación. Desde esta intención motivadora, la presente investigación se inspira en el concepto de que la relación médico paciente se construye sobre la base de la relación estudiante paciente y ésta, a su vez, sobre las representaciones sociales de la relación y el sentido de la profesión. Teniendo como guía el propósito de comprender el significado que para los estudiantes de medicina tienen las prácticas con los enfermos se intenta abordar el área problema.

OBJETIVO GENERAL

Conocer y comprender el sentido de las prácticas académicas en los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas, durante su primer año de trabajo hospitalario.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Significar las representaciones sociales que se encuentran en la base de las prácticas académicas que realizan los estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas con los enfermos.
2. Reconocer e interpretar las motivaciones que están en la base de la relación que los estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas establecen con los enfermos, en sus prácticas académicas.
3. Interpretar las expectativas que los estudiantes de Medicina tienen frente a su formación y a los retos del contexto.

En ese orden de ideas, podría plantearse que para solucionar el problema es insuficiente diseñar estrategias institucionales aisladas o plantear programas de formación por fuera del contexto, frente a lo cual surgen las preguntas de investigación:

- ¿Cuáles son las representaciones sociales que están en la base de la relación que establecen los estudiantes con los enfermos, en sus prácticas académicas?
- ¿Cuáles son las motivaciones de los estudiantes frente a las prácticas con los enfermos?
- ¿Cuáles son las expectativas de los estudiantes respecto a la configuración del rol de médico?

La finalidad de esta investigación se ubica en la comprensión del sentido que, para los estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, tienen las prácticas académicas realizadas con los enfermos hospitalizados. Tal conocimiento es indispensable para

orientar los esfuerzos que, en el contexto educativo, permitan mejorar la formación humana del egresado, de tal manera que pueda favorecerse el establecimiento de relaciones basadas en el reconocimiento de sí mismo y del otro.

En principio, la investigación podrá ayudar a comprender el significado de la relación médico paciente, las motivaciones frente a las prácticas académicas y las expectativas, individuales y colectivas, en la configuración del rol de médico. A partir de dicha comprensión podrán proponerse nuevas opciones de intervención que favorezcan la formación de profesionales más humanos, capaces de ejercer la medicina con satisfacción.

1.3 REFERENTE CONCEPTUAL

El referente conceptual que se presenta a continuación está conformado por tres secciones: la medicina y su naturaleza, la relación médico paciente y las practicas clínicas en la formación médica.

En la primera de ellas, la medicina y su naturaleza, se tiene el propósito de ilustrar la profesión en cuanto a sus fines y principios, los aspectos más importantes en la evolución del ejercicio médico y las representaciones de la salud y la enfermedad.

En la segunda parte se conceptualiza en torno a la relación médico paciente, tema que constituye tanto el origen como la base de la investigación, recogiendo algunos aspectos relacionados con el SER MÉDICO y los principales modelos de relación médico paciente, para concluir con una aproximación al DEBER SER del médico.

En la tercera sección, con el propósito de contextualizar la investigación, se describen las prácticas clínicas en las escuelas de medicina y se definen las fronteras que

separan las relaciones entre profesionales y pacientes, en el acto médico, de las que establecen los estudiantes (médicos en formación) con los pacientes, en su proceso de aprendizaje.

1.3.1 La medicina, la salud y la enfermedad: La profesión médica considerada como ciencia y como arte cuenta con una tradición de casi 2.500 años, a través de los cuales se han producido invaluable acontecimientos científicos en favor de la preservación de la especie humana. No obstante que estos acontecimientos han generado cambios en las maneras de intervenir la enfermedad, ellos no han movilizad a la práctica de la medicina de su objetivo, claro desde siempre, de buscar solución a los problemas de salud de los individuos y las comunidades.

A través de su historia también puede sustentarse la existencia de una fuerza reguladora, que se expresa en el respeto por los enfermos como sujetos de atención, plasmado en el Juramento Hipocrático³ con tal racionalidad que, en su esencia, sigue vigente como fundamento de la ética médica, no obstante haber transcurrido muchos siglos desde su promulgación. La razón de ser de la medicina y su finalidad primordial, cimentadas en los principios rectores de beneficencia y no maleficencia, se orientan hacia la conservación de la salud y el alivio del sufrimiento más que hacia la prolongación incondicional de la vida o la lucha contra la muerte. Estos principios regentes del ejercicio médico, de carácter universal, parecen difuminarse bajo la influencia de muchos factores, unos dependientes de los médicos y otros de los enfermos e incluso del mismo contexto, determinando modificaciones en las formas de ejercer la profesión.

³ PLAZA & JANES Editores, S. A. Crónica de la medicina. Segunda edición, Barcelona. 1994. ISBN: 84-01-61767-7. p. 37.

En este sentido y retomando la intención de caracterizar la medicina actual tiene gran valor, por la profundidad del análisis, la aproximación que hace el médico antropólogo PEDRO LAÍN ENTRALGO⁴, quien recoge las características de su evolución en diferentes épocas y agrupa los hábitos del médico en tres niveles:

- Los que han perdurado a lo largo de toda la historia.
- Los que aparecieron en épocas diferentes a la nuestra pero que han sufrido modificaciones.
- Los de mas reciente aparición.

En lo que hace referencia a los primeros, pueden incluirse lo humanitario y lo científico del quehacer médico como aspectos que tienen correspondencia con el fin de la medicina, al tiempo que dan legitimidad a los principios de beneficencia y no maleficencia. Para el autor, lo humanitario reside en el hábito del "buen médico", quien ante el sentimiento ambivalente que le genera a todo hombre el "espectáculo de la enfermedad" siempre se resuelve voluntariamente en el sentido de ayudar al enfermo; y lo científico sustentado en el hábito de hacer una cosa sabiendo racionalmente "que es lo que se hace" y "porque se hace lo que se hace".

En el segundo grupo ubica los hábitos que "aparecieron en épocas diferentes a la nuestra y que, aunque han sido heredados de generación en generación, han presentado modificaciones a lo largo del tiempo, hasta llegar a ser lo que hoy son".

Aunque entre ellos se cuentan algunos de uso diagnóstico (síntomas y signos físicos empleados para sustentar la presencia de lesiones orgánicas), la mayor influencia sobre la relación médico paciente se debe a la aparición de técnicas de medición instrumental y a la objetivación científica de las causas externas de enfermedad. A

⁴LAÍN ENTRALGO, Pedro. La Medicina Actual. Madrid : Dossat, 1981 .

estos, se suman otros con finalidades terapéuticas y profilácticas tales como el tratamiento farmacológico, la cirugía y el uso de las vacunas.

Desde la perspectiva del médico, puede decirse que los avances en tecnología diagnóstica generan una tendencia que resta importancia a los síntomas y signos físicos como elementos indispensables para el diagnóstico. Sin embargo, desde la perspectiva del enfermo es obligatorio reconocer el significado trascendental que tienen para el paciente, por cuanto es en estos síntomas y signos donde residen las representaciones de la enfermedad, como amenaza a sus proyectos de vida.

Por último, LAÍN ENTRALGO define aquellos hábitos que, a pesar de su reciente aparición, han ocasionado giros en el ejercicio del médico y cobran cada vez más fuerza en la estructura contemporánea de los sistemas de salud. Ellos están representados en los grandes avances de las técnicas instrumentales, la creciente colectivización de la asistencia médica, la personalización del enfermo como tal y el auge de la promoción y la prevención como estrategias para la salud.

Teniendo claro que desde el desarrollo tecnológico se lograron muchos de los grandes avances en las ciencias médicas, de inmenso valor para el logro de los objetivos frente a la salud y la enfermedad, no puede desconocerse que tanto médicos como enfermos tienden a confiar cada vez más en el diagnóstico basado en tecnología y computación⁵, lo cual refuerza la tendencia hacia la deshumanización del acto médico. Además, la opción de realizar diagnósticos certeros con medios tecnológicos hace menos imperativa la necesidad de interactuar cara a cara con los pacientes, de tal manera que se abona el terreno para el establecimiento de

⁵ HARRISON. Principios de Medicina Interna. México : Mc Graw Hill- Interamericana. 14ª. ed. 1998. ISBN: 84-486-0202-1. p.1.

relaciones anónimas en las que se gestan nuevas falencias en la relación con los enfermos.

La colectivización de la atención a los enfermos es vista como un fenómeno resultante de la necesidad de efectuar una labor de equipo, en la que participen médicos de diferentes especialidades, así como profesionales de otras áreas de la salud. Es claro que el paciente puede obtener grandes beneficios mediante esta intervención⁶, pero lo es también que la figura del médico responsable del paciente se desdibuja, al tiempo que se disminuyen la tranquilidad y la confianza del enfermo.

A estos dos fenómenos, identificados en el acto médico propiamente dicho, se suma la estructura actual del sistema de salud en el que los servicios de atención médica se prestan a través de convenios entre las EPS y las IPS. Esta forma de contratación constituye un círculo más o menos cerrado que restringe las posibilidades de que el paciente pueda elegir a su médico. Por otra parte, aunque la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud⁷ marcó el inicio de una etapa llena de ofrecimientos en cobertura para la población general, la infraestructura del sistema de salud del país riñe con las políticas establecidas y con el manejo que se da a los recursos, lo que podría explicar porque, a pesar de haberse logrado un incremento en el número de afiliados al sistema, cada vez se generan nuevos problemas en la atención e insatisfacción tanto en los médicos como en los enfermos.

El elemento final considerado por LAÍN ENTRALGO en la caracterización de la medicina contemporánea se deriva de las teorías psicoanalíticas, en razón a sus grandes aportes para la comprensión de la enfermedad "como un proceso que marca

⁶ Ibid., p. 2.

⁷ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Régimen de Seguridad Social, Ley 100 de 1993.

de manera indeleble la biografía del ser humano”⁸. Este punto, denominado por el autor como la “personalización del enfermo como tal”, puede concretarse en los siguientes aspectos:

- El reconocimiento del diálogo con el enfermo como una “rigurosa necesidad” para el diagnóstico y para el tratamiento.
- La descripción de los diversos niveles de la conciencia psicológica (el ello, el yo y el superyo), que surgieron como modelo para comprender la manera como el ser humano administra sus experiencias vitales.
- La comprensión de la reciprocidad existente entre “la vida anímica y la actividad orgánica” como soporte científico a la correlación psicosomática.

No obstante que los planteamientos anteriores siguen siendo válidos, en la práctica actual los factores mencionados atrás (tecnología, colectivización, intermediación y comercialización) toman fuerza en el proceso creciente de “Despersonalización de la asistencia médica”⁹.

Por último, LAÍN ENTRALGO se refiere al impacto de la promoción y la prevención como estrategias que imprimieron en el quehacer del médico una dimensión adicional a las tradicionales, al establecer la necesidad de educar a las personas sanas en el cuidado de la salud. Esta nueva dimensión, que ha sido considerada como la tabla de salvación para lograr la meta de “SALUD PARA TODOS” propuesta por la OMS, no tiene relación con esta investigación, cuyo objeto de estudio es la relación con las personas enfermas.

⁸ LAÍN ENTRALGO. Op. cit., p. 42 .

⁹ HARRISON. Op. cit., p. 2.

Desde la lectura hecha a los diferentes autores, en lo que se refiere a la caracterización del ejercicio médico actual, puede verse cómo la medicina contemporánea se mueve entre varias tensiones, capaces de poner su impronta de calidad o no calidad en la atención del enfermo: la primera tensión se da entre el enfoque netamente biologista, de tendencia científico positivista, que se contrapone al enfoque integral de corte humanista; la segunda, entre los esquemas de atención individual del enfermo por un "médico de cabecera" y la necesidad de atención interdisciplinaria en equipo; la tercera desde los ofrecimientos de la medicina prepagada frente a los planes del Sistema de Seguridad Social (POS), que aumentan la brecha de acceso a los recursos de diagnóstico y tratamiento y como última tensión la medicina curativa frente a la medicina preventiva y la promoción de la salud. Estas tensiones y perspectivas diferentes de la profesión no representan necesariamente una situación indeseable, por el contrario, pueden verse como un fenómeno positivo para el ejercicio de la medicina como arte, siempre y cuando el médico logre mantenerse anclado en los principios de beneficencia y no maleficencia.

Ahora bien, aunque los anteriores elementos pueden acercar un poco al lector con el objeto de estudio, la comprensión de la relación médico paciente no sería posible si no se piensa en la salud y la enfermedad como los mediadores indiscutibles en la interacción. La traducción de estos términos para la ciencia médica es expresada de muchas maneras, tal como se observa a continuación:

"La salud es un estado psico-biológico observable y medible por la ciencia médica, la exploración clínica y las ayudas diagnósticas; por ellas podemos decir si una persona está enferma o sana según unos parámetros o rangos que la experiencia ha establecido"¹⁰.

¹⁰ VÉLEZ C. Luis Alfonso. *Ética Médica : Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte.* Medellín : CIB, 1996. p. 52.

“Podríamos considerar sana a una persona que, en ausencia de apoyo medicamentoso, goza de un grado suficiente de bienestar físico, psicológico y social, que le permite desarrollar sus labores habituales, propias de su edad y rol, con agrado, sin sufrimiento, angustia ni conflictos con los demás”¹¹.

“El término se ha ampliado de tal manera, que hace ya mucho su definición dejó de ser competencia de los médicos. Salud es ahora el compendio de todas las idealizaciones, pero también de las más diversas prácticas”¹².

“El concepto de enfermedad es por lo tanto un concepto médico y ha sido establecido para clasificar las diversas alteraciones físicas y psicológicas que puede sufrir el ser humano”¹³.

“La enfermedad es un estado de alteración del funcionamiento del individuo total, incluyendo tanto el estado de su organismo como un sistema biológico, como su ajuste personal y social”¹⁴.

“Podríamos estimar que está enfermo aquel individuo que, aunque no lo desea, está incapacitado física o psicológicamente para realizar sus labores habituales o las lleva a cabo con sufrimiento físico o psicológico o en serio conflicto con los demás; o bien que, para poder realizarlas, requiere de apoyo medicamentoso”¹⁵.

¹¹ GOIC G. Alejandro. El fin de la medicina. Mediterráneo. Santiago de Chile, 2000. p. 73.

¹² RESTREPO, Luis Carlos, ESPINEL V. Manual. Semiología de las prácticas de la salud. Santafé de Bogotá : Ceja, 1996. ISBN 958-9502-11-3. p. 15.

¹³ VÉLEZ C. Luis Alfonso. Op. cit., p. 58.

¹⁴ PARSONS T. Social structure and dynamic process: The modern medical practice. New York, 1951. Citado por GOIC Alejandro, Op. cit., p. 78.

¹⁵ GOIC, Alejandro. Op. cit., p. 80.

“La enfermedad la entendemos los médicos como una entidad clínica estructurada, caracterizada por una combinación de síntomas y signos que la definen y la diferencian de otras”¹⁶.

Estas definiciones de salud y enfermedad no se han presentado con el propósito de disertar sobre lo apropiado o inapropiado de los enunciados, sino con la intención de ilustrar las diferencias que pueden surgir de acuerdo con la concepción que prime en cada lectura. Aunque estas variaciones semánticas son el reflejo de las tensiones antes mencionadas, probablemente la diferencia más trascendental se deriva de la génesis de los conceptos, pues tal como lo afirma VÉLEZ CORREA, la enfermedad como entidad clínica es un producto de la ciencia médica que, con base en los conocimientos y experiencias de varios siglos, estableció un sistema de códigos y significados como una forma de comunicarse a través de los síntomas y los signos hallados en los enfermos.

Contrario a esto, para el autor la salud aparece como una percepción que parte desde el sujeto, como una sensación negativa, es decir, como una ausencia de percepción que explica porqué “se reconoce a la salud en cuanto se la pierde”.

De acuerdo con estas consideraciones y como sustentación para los requerimientos de aproximación al objeto de estudio propuesto en este proyecto se considera apropiado abordar el tema desde una perspectiva menos conceptual y más representativa que permita, a partir de la caracterización del **Estar Sano** y de las condiciones generales del **Estar Enfermo**, comprender los elementos que participan en la construcción de los significados de salud y enfermedad y profundizar en las connotaciones que tienen, como estados, para el ser humano.

¹⁶ Ibid., p. 78.

Retomando la definición de ALEJANDRO GOIC, que corresponde a una mirada integral, la persona sana es poseedora de bienestar biológico, psíquico y social, equilibrio que representa un gran abanico de posibilidades de ser y hacer, entre las que se resaltan tanto la libertad física y mental para actuar de manera autónoma y ejercer los diferentes roles como sujeto social, como la posibilidad de percibir su integridad individual sin amenaza alguna. En estos significados de la salud, tanto en lo individual como en lo comunitario, se apoya la afirmación de que, para el hombre, la salud no es un fin en si misma¹⁷. Se la percibe como un bien invaluable en razón de lo que representa, es decir, en las posibilidades de ser, hacer y sentir, al constituirse en el medio irremplazable para el desarrollo de todas las potencialidades humanas. En este mismo orden de ideas y partiendo de la afirmación de que la enfermedad es un concepto taxonómico¹⁸, elaborado por la medicina clínica con el fin de clasificar las alteraciones físicas y psíquicas del ser humano, puede decirse que como tal no adquiere significado y que su comprensión como un **ESTAR** hace necesario conocer las representaciones que tiene para el sujeto enfermo. El acercamiento del médico a estos significados de la enfermedad es tal vez el principal elemento sobre el cual se construye la relación médico paciente y su desconocimiento favorece, indudablemente, el desarrollo de actitudes y estilos de práctica dirigidos hacia la enfermedad misma como la razón de ser de su trabajo, como si ella existiese por fuera del sujeto. He aquí una razón más para justificar la necesidad de indagar las representaciones sociales de enfermedad y enfermo que marcan el compás de los profesionales en sus prácticas médicas. En este mismo sentido, es útil precisar un nuevo argumento para reforzar la existencia de una tensión adicional en la medicina: el ejercicio centrado en la enfermedad como un ente por fuera del sujeto frente al ejercicio centrado en el sujeto que padece. Si aceptamos la tesis de que el paciente

¹⁷ VÉLEZ C. Luis Alfonso. Op. cit., p. 56.

¹⁸ Ibid., p. 58.

no percibe la enfermedad como tal, sino que da cuenta de sensaciones que se traducen en sufrimiento, es conducente reiterar que ninguno de los dos, enfermedad ni sufrimiento, se limitan a alteraciones anatómicas o funcionales de un órgano. En razón a la integralidad bio-psico-social, aceptada en el género humano, puede afirmarse que la pérdida de la salud involucra la totalidad de un ser poseedor de identidad que no puede ser fraccionado por la ciencia médica. Si se piensa, además, en el hecho de que el paciente carece de argumentos científicos para estimar el alcance de su afección, debe esperarse que la sola presencia de la enfermedad se traduzca en sufrimiento, independientemente del diagnóstico, de la gravedad de la queja, del daño físico que produce y de las posibilidades de recuperación. Siendo así, este tipo de sufrimiento solo se resuelve en la medida en que se logren establecer canales adecuados de comunicación con el médico, quien aparece como la mejor opción de respuesta a todas sus incertidumbres.

En relación con estos planteamientos sobre la imposibilidad de que la enfermedad exista por fuera del sujeto LAÍN ENTRALGO afirma que la enfermedad se constituye en cada ser como un **“accidente vital”**; se **“personaliza”** de tal manera que se expresa en cada conciencia individual, bajo la forma de cuatro necesidades íntimas principales de saber:

¿Qué tengo yo?

¿Qué se puede hacer en mi caso?

¿Qué se me va a hacer a mí?

¿Qué va a ser de mí?

Este proceso, colmado de interrogantes, se inicia antes de la intervención del médico y en el se construye la base de todos los imaginarios que el individuo tendrá sobre su

proceso patológico, mientras no exista una segunda persona sobre la cual se puedan transferir las emociones¹⁹.

Con base en estos elementos de ilustración cabe plantear la siguiente pregunta:

¿ Cuáles son las representaciones de la salud y la enfermedad en una persona?

Resolverla, implica ir mas allá de toda consideración acerca las expresiones orgánicas de la enfermedad sobre las cuales existen innumerables tratados médicos, desbordantes de floridas descripciones, pues mas allá de los elementos que conforman el código lingüístico particular de las entidades clínicas se pueden encontrar las características de la persona enferma. Con esto, quiere hacerse referencia a las variadas maneras como el ser humano puede percibir la enfermedad desde el mundo de la vida cotidiana: como un infortunio, como interferencia para el desarrollo de sus potencialidades y de su proyecto de vida, como un obstáculo para sus actividades y para la realización de las actividades que corresponden a su papel dentro de la familia y la sociedad o como un castigo aplicado por un ser supremo.

“La situación de enfermedad ataca al hombre en su mismo ser, en esa **unidad psicosomática** que lo constituye y de la que necesita en su **integridad**, para ser **autónomamente** él mismo y vivir con plenitud la propia vida”²⁰.

Pero, cualquiera que sea la percepción sobre el origen de su enfermedad, el enfermo sufre porque “ve amenazada su integridad, su permanencia en la existencia; porque

¹⁹ COLOMBERO Guiseppe. La enfermedad, tiempo para la valentía. Ediciones San Pablo, Santafé de Bogotá. 1993. ISBN 958-607-723-3

²⁰ LAÍN ENTRALGO, Pedro. Op cit., p. 74.

percibe, real o imaginariamente, su desintegración; la disfunción le anuncia su destrucción y esto le produce sufrimiento”²¹. Siendo así, el enfermo debe considerarse, independientemente de la queja, como una persona con necesidad de ayuda que busca en el médico la posibilidad de aliviar su sufrimiento, para evitar que pueda afectarse su núcleo vital, “no sólo en su expresión física, sino **en toda su dimensión personal** y ecológica: su ambiente, su pasado, su presente y su futuro”²².

Dado que cada hombre y cada mujer tiene su propia historia, puede aceptarse como un hecho que cada uno viva el proceso de la enfermedad como una experiencia personal intransferible e íntima, razón que la hace aún mas dolorosa, pues, si bien es cierto que en todos los casos la enfermedad se traduce en sufrimiento, las representaciones de éste último, en cada ser humano, dependen de su cosmovisión, de sus expectativas futuras, de su vida pasada y de su presente. Estas situaciones especiales de cada individuo, dan soporte al tradicional aforismo medico, con relación a la singularidad del hecho: **“No hay enfermedades sino enfermos”**.

Ahora bien, para aportar más elementos que permitan construir la base sobre la cual analizaremos la relación médico paciente se presentan a continuación las percepciones del ser humano ante la enfermedad, según los planteamientos de GIUSEPPE COLOMBERO en su libro “La enfermedad, tiempo para la valentía”, que son el resultado de un arduo trabajo realizado con enfermos hospitalizados y referidas por el autor como las amenazas de la enfermedad.

²¹ VÉLEZ C. Luis Alfonso. Op cit., p. 60.

²² GIL YEPES, C. Introducción a la Medicina Antropológica. OBE, Caracas. 1984. Citado por Castillo Valery, Alfredo. Los derechos de las personas enfermas. Caracas : Disinlimed, 1987.

Antes de exponer tales supuestos teóricos es importante justificar su presentación dentro de la estructura de este referente, dado que la población objeto de estudio son los médicos en formación, mas no los enfermos. No obstante, ello tiene cabida por su coherencia con el argumento de que para ejercer la medicina no es suficiente conocer la enfermedad, sino que además se requiere comprender a los sujetos que la padecen.

Con tal propósito, se puntualizan las apreciaciones de COLOMBERO en relación con las amenazas de la enfermedad.

- **La libertad: el primer bien perdido:** Aunque en sus inicios la enfermedad puede constituir sólo un impedimento a la libertad de movimiento físico, dicha pérdida se traduce, con el tiempo, en una limitación para la libertad del proyecto de vida. En cualquier núcleo social es fácil observar la forma como discurre la vida de los seres humanos, marcada a manera de compás por una cadencia determinada por la posición que cada sujeto ocupa dentro de la sociedad, de tal manera que son los ajustes individuales los que permiten que las acciones cotidianas transcurran casi por fuerza de la inercia. Sin embargo, también es posible señalar que cada sujeto, en mayor o menor grado, posee la libertad de interrumpir la rutina de lo cotidiano a voluntad, libertad que se frustra una vez acaecida la enfermedad. Como una amenaza, más allá de las limitaciones físicas que genera el proceso patológico, el hombre es "arrancado de sus costumbres" y sometido a la ruptura del ritmo de los días, "a merced de un acontecimiento que postula actitudes inéditas, nunca antes asumidas y que en definitiva le imponen la fatiga de una nueva adaptación"²³. Con este accidente vital el individuo se mueve entre la dimensión real de "estar enfermo"

²³ COLOMBERO Guiseppe. Op cit., p. 13-14.

y la dimensión deseada de "estar sano", tensión que genera un conflicto real y una amenaza a su equilibrio psicoafectivo.

Por otro lado, desde las perspectivas humanistas actuales, se concibe la vida del hombre impregnada por un impulso de desarrollo y creatividad, animada por una tendencia de superación que trasciende la lucha por conservar la vida propia y la de la especie, pero la presencia de la enfermedad limita la libertad para programar su vida y trae consigo desorganización en su individualidad.

- **Cohabitación forzada con el cuerpo enfermo:** El punto de partida para analizar este concepto es la unidad psicosomática del hombre en la que se conjugan todos los elementos de su vitalidad: "su cuerpo, su química, su animalidad, su vida intelectual y espiritual son un todo"²⁴ y en esa conjugación de elementos se crea también una imagen del propio cuerpo, que será la base para la construcción de su interioridad. Estos dos elementos, psique y soma, que sólo pueden ser separados para elaborar teoría, se entrelazan de manera indisoluble hasta el punto de que ni siquiera a voluntad se puede renunciar a la corporeidad.

"El cuerpo no es posesión del hombre, sino más bien su parte esencial. **No es un compañero de viaje, sino un componente sustancial de su ser...** El cuerpo ve, siente, habla, revela, transmite mensajes"²⁵.

Si en cada sujeto se reconoce la corporeidad es lógico pensar que, ante el evento de la enfermedad, la amenaza a la integridad física se difunde hacia su interioridad como un obstáculo para la consecución de los propósitos de vida afectiva, laboral, lúdica,

²⁴ Ibid., p. 15.

²⁵ Ibid., p. 17.

social, erótica, estética y espiritual. Y aunque en el inconsciente deseara renunciar a su cuerpo enfermo le angustia saber que ello es imposible.

- **Amenaza a la identidad psicológica:** Tal como se había expresado anteriormente, la definición de la enfermedad desde la medicina clínica como una alteración de las estructuras anatómicas o de las funciones orgánicas no agota las representaciones reales del proceso que afecta a una persona en particular, pues este concepto desconoce el fenómeno de personalización mediante el cual cada sujeto hace una elaboración interior de su enfermedad y proyecta en ella un gran contenido emotivo. A este proceso hace alusión GIUSSEPPE COLOMBERO cuando argumenta:

“En la elaboración con la cual el paciente siente y administra **la propia enfermedad interviene todo su ser: lo vivido, el patrimonio y la estructura de sus defensas psíquicas, los valores, los proyectos, el nivel de aspiración, el mundo afectivo.** Esta elaboración **traduce la enfermedad en experiencia,** en el significado de inmediato con una realidad que se vuelve vital por el grado donde queda involucrado el sujeto. Ante la enfermedad nunca se observa una actitud neutra, puramente pasiva, sino una presencia viva, participación que casi se identifica con ella”²⁶.

El impacto de la enfermedad se proyecta más allá de lo orgánico, como una situación adversa en la que el sujeto entra a valorar las posibles consecuencias del evento patológico. Es así como, incluso antes de conocer el diagnóstico y el pronóstico, el enfermo vive angustias derivadas de situaciones hipotéticas: se adelanta a los resultados de las pruebas diagnósticas, piensa en la eventualidad del fracaso terapéutico y evoca situaciones pasadas. La posibilidad de morir se hace presente y

²⁶Ibid, pag 23

aunque solo sea como amenaza ficticia, tal presunción se vive con la angustia de la realidad. Ante estos supuestos el enfermo se siente obligado a revisar su imagen, a reevaluar sus deseos y aspiraciones, a escudriñar sobre sus afectos, a tratar de componer con urgencia sus carencias y a revisar la relación con los suyos. En algunas situaciones especiales debe reconstruir sus proyectos y su futuro, tanto en los aspectos físicos como en los afectivos, sociales y económicos. Adicionalmente, el impacto sobre la estructura temporal del individuo le impone un compás de espera a los proyectos de la vida cotidiana generando ansiedad, en la medida en que "la finitud del tiempo gravite sobre el proyecto"²⁷. Esta amenaza a la identidad psicológica puede concretarse con la afirmación de COLOMBERO, para quien la enfermedad causa una herida a la personalidad, resultante de la interferencia en su autonomía y de la mayor dependencia de los demás.

- **Amenaza de marginación social:** Si partimos de la tesis, por demás aceptada, de reconocer al hombre como ser social, se puede anticipar la manera como el suceso de la enfermedad, especialmente si es grave, amenaza la posibilidad de interactuar con sus congéneres y de hacer viable el desarrollo de las diferentes esferas de lo humano. Aunque el proceso de socialización de todo sujeto se inicia con la construcción de su identidad individual, esta sólo es posible en la medida en que el hombre se reconoce en los otros, en su grupo familiar y social, como parte de una cultura que satisface sus expectativas y sus necesidades. Este planteamiento se refuerza desde BERGER Y LUCKMAN bajo la premisa de que los imaginarios del paciente, en relación con las posibles limitaciones derivadas de su enfermedad, se perfilan como una amenaza más, pues, de acuerdo con los esquemas tipificadores del ser enfermo el sujeto contempla la posibilidad de no encajar en los modelos de

²⁷ BERGER Peter y LUCKMAN Thomas. La construcción social de la realidad. Buenos Aires : Amorrortu, 1983. p. 45.

conducta y en los patrones culturales de su esfera social y teme ser discriminado por su condición de enfermo.

- **El trauma de la hospitalización:** “La sede natural del hombre es el ambiente familiar, el espacio de las personas significativas a quienes ama y lo aman. El se radica en esta realidad de lugares y de personas que se convierten en elementos de su ser-hombre. En el hogar todo le es familiar; cualquier cosa es un punto de referencia y de orientación; la serie de esquemas y de gestos vividos en miles de experiencias, cristalizados en costumbres fijas como un rito, constituyen para él una certeza tranquilizadora. Por esto la hospitalización es siempre un acontecimiento traumático”²⁸.

La amenaza causada por la hospitalización tiene su origen en las características que predominan en las instituciones hospitalarias, definidas por A. CAPELLI como “La indiferencia emotiva de la estructura”²⁹, reflejada en la nivelación de todos en todo: la regularidad en los horarios, el rigor en las normas, las estereotipias de los actos y de las prácticas, la disciplina de la institución, la carencia de emotividad, el alimento común, la uniformidad en el color de los atuendos del personal y otros más, con los que se levanta una barrera entre los hospitales y el mundo exterior. La hospitalización genera un proceso que, en mayor o menor grado, favorece la despersonalización del enfermo: se le priva de la intimidad de su habitación y la que ocupa carece de símbolos significativos para él, se sorprende entre personas que no conoce y que no lo conocen, cada una con sus propias costumbres, gustos, manías y prejuicios. No sin razón, COLOMBERO afirma que **en el hospital el hombre enfermo se vuelve anónimo**. Tal despersonalización se hace más manifiesta ante la imposibilidad de escoger lo propio y ante la dependencia forzosa de terceros

²⁸ COLOMBERO Giuseppe. Op cit., p. 27.

²⁹ CAPELLI, A. El enfermo y el trauma psíquico del Hospitalizado. In Professioni Inferiristiche. Julio 1975, p. 71. Citado por Colomber, Guisssepe. Op cit., p. 29.

para el suministro de alimentos y medicamentos; ante el desconocimiento de su nombre por el personal de asistencia que lo identifica con el número de la habitación o el nombre científico de su afección; ante la falta de consideración de su derecho al pudor y al propio cuerpo; ante la prisa y la falta de información sobre el diagnóstico y el tratamiento.

- **La relación impersonal con los agentes de salud:** “Cuando la vida de un individuo se reduce a **la rígida representación de un rol**, la comunicación con los demás se hace imposible”³⁰.

Las evidencias del creciente deterioro en la calidad de la relación médico paciente son múltiples y aunque muchas pueden ser atribuidas a las características de los sistemas actuales de prestación de los servicios de salud, no puede desconocerse la influencia negativa de los profesionales de la salud sobre las percepciones que el enfermo elabora alrededor de su proceso. En lo que toca al médico, uno de los fenómenos que más contribuye al deterioro de esta relación es la marcada tendencia de intervenir la enfermedad como algo que se encuentra por fuera del sujeto, como un conjunto despersonalizado de síntomas y signos, en los que se espera hallar correspondencia con las descripciones de los tratados de medicina, ignorando sus otras dimensiones y su propio contexto.

Por tratarse del punto central de este proyecto, lo concerniente a la calidad de la interacción médico-enfermo será tratado más adelante.

- **Amenaza económica:** En cualquier contexto social el suceso de la enfermedad ocasiona desajustes económicos, unos derivados de los costos por la

³⁰ A MITSCHERLICH. Verso una società senza padre. Idee per una psicologia sociale. Milán, 1977. Citado por Colombero, Guissepe. Op cit., p. 35.

atención médica y otros representados en la falta de producción por el cese de sus actividades laborales.

Esta amenaza involucra a los demás miembros de la familia, quienes pueden sentir amenazada, también, su estabilidad económica. Aunque este punto no es considerado por COLOMBERO en su presentación, probablemente por pertenecer a un contexto con mejores garantías de seguridad social en salud y mejor nivel en los ingresos, es innegable que en Colombia cualquier evento patológico representa un factor de crisis para la economía individual y familiar. Un gran porcentaje de la población productiva en el país carece de empleo y por ende de opciones de afiliación al Sistema de Seguridad Social para él y su familia, de tal manera que los gastos derivados de cualquier evento que requiera atención médica deben ser asumidos por todos sus miembros.

De todas las consideraciones hechas alrededor de las amenazas que produce la enfermedad se puede concluir que el enfermo, dueño de muchas necesidades derivadas de su estado, sufre en mayor o menor grado por los desajustes en su entorno psicosomático y social y acude al médico con el propósito fundamental de buscar ayuda para solucionar sus sufrimientos. Aunque en esta lectura, desde el enfermo, pueden argumentarse todas y cada una de las amenazas de la enfermedad con claridad y coherencia, ello no expresa correspondencia directa y total con la fundamentación del **SER MÉDICO** y del **QUEHACER MÉDICO**, aclaración válida, en el sentido de no caer en una posición extremista de considerar que todas las situaciones que representan sufrimiento para el paciente deban ser abordadas por el médico. Su importancia radica en la necesidad de reclamar la visión del paciente como un todo, su integridad y su articulación a un contexto familiar y social que pueden repercutir, de manera positiva o negativa, en su salud.

Por esto, los conceptos teóricos expuestos en las amenazas de la enfermedad deben ser examinados y articulados con las categorías de análisis que hacen referencia a la relación médico paciente.

1.3.2 La relación médico paciente: Tal como se había expresado antes, la relación médico paciente constituye la parte más importante del referente conceptual de la investigación, toda vez que los objetivos de la misma están enmarcados en la relación que los estudiantes de medicina establecen con sus pacientes, durante las prácticas académicas.

La expresión Relación Médico Paciente tiene, para efectos de esta investigación, dos aproximaciones: una relacionada con el establecimiento del "contrato verbal" de atención médica y una segunda que denota las dimensiones que participan en el acto médico como tal. Con el propósito de elaborar categorías de análisis coherentes con el objeto de estudio se presentarán en ese mismo orden, tomando conceptos de diferentes autores.

Para empezar, es preciso recordar que en la medicina occidental la relación médico paciente se sustenta en el establecimiento de un contrato verbal que se inicia en el mismo momento en que el paciente acude al médico y éste lo atiende. En este encuentro está implícito que el enfermo lo hace de manera voluntaria y que el médico posee la capacidad técnica para ejercer la medicina, sin que sea necesario, salvo condiciones especiales de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que existan documentos escritos de autorización por parte del enfermo o de exposición de los documentos que certifican las competencias técnicas del médico. Dicho de otra manera, la relación médico paciente se ha dado, desde su inicio, sobre la base de una relación de confianza mutua en la que se agregarán, de manera paulatina, todos los demás elementos. Aunque para el propósito que nos compete, el término relación

médico paciente hace referencia a la interacción o encuentro cara a cara entre los participantes, cabe aclarar que éste incluye no solo el momento del encuentro entre el médico y su paciente, sino todo lo que acontece antes y después de ese encuentro, así como sus efectos sobre los actores de la relación y el curso de la enfermedad³¹.

Vista desde los elementos que intervienen en el acto médico, se partirá de los planteamientos de JAMES F. DRANE en su libro "Como ser un buen médico", en el que define la relación médico paciente como "aquella en la cual las necesidades médicas de una persona y la habilidad técnica de otra, forman las bases de una sociedad humana"³². Esta definición, que posee importantes connotaciones sobre lo social, se aparta, definitivamente, de la impresión ligera de que la relación es un contrato técnico de prestación de servicios. A continuación se ampliará la conceptualización desde las dimensiones y los modelos de la relación médico paciente.

1.3.2.1 Dimensiones de la relación en el acto médico: En los significados complejos del término Relación Médico Paciente tienen cabida las dimensiones descritas por JAMES F. DRANE, que se presentan en una división que, aunque no puede establecerse en la práctica, ofrece grandes aportes a la construcción del concepto y será útil para la argumentación teórica y el análisis de las categorías.

- **Dimensión técnico – científica:** Esta dimensión corresponde a la esfera cognitiva del ser humano y en ella se involucran todos los conocimientos científicos y las destrezas requeridas para hacer un diagnóstico a partir del método clínico, que

³¹ GOIC G. Alejandro. Op cit., p. 115.

³² DRANE F. James. Como ser un buen médico. Santafé de Bogotá : Ediciones San Pablo, 1993. ISBN 958-607-687-3.

no es más que una forma particular de aplicar el método científico³³. Como punto de partida para la formulación de la hipótesis diagnóstica el médico analiza los síntomas expresados por el paciente, las respuestas que surgen del interrogatorio juicioso y los signos obtenidos mediante una exploración física, realizada de manera intencional y detallada. Del análisis de esta información y de la elaboración mental desde lo teórico se construye la base para el diagnóstico, se seleccionan las ayudas de laboratorio requeridas y se define la terapia ofrecida al enfermo. Si bien este proceso aparece como resultado de un acto interpersonal, es directamente la competencia técnico-científica del médico la que lo induce a tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas para cada caso en particular, es decir, son las competencias técnico-científicas las que participan directamente en la determinación de la certeza o el error.

Por las condiciones históricas de la profesión y teniendo al conocimiento como mediador más frecuente en la relación, esta dimensión es dominante sobre las demás y en muchos casos es la única que asoma durante el acto médico.

- **Dimensión simbólica:** Si se tuviera la intención de estratificar las diferentes dimensiones del ejercicio médico de acuerdo a su importancia, sería muy difícil argumentar si lo técnico-científico ocupa un lugar de mayor trascendencia que lo simbólico. Esta conjetura parte del significado que tiene la interacción con el otro, desde la esencia de lo humano. Es en la interacción donde se configura el acto médico, como el encuentro de dos: el enfermo que busca ayuda para solucionar su sufrimiento y el médico que se sabe capacitado para ofrecerla. En este encuentro, la comunicación juega un papel de reconocida importancia, no solo desde los requerimientos para el diagnóstico basado en la entrevista clínica, sino como la

³³ RODRIGUEZ R., Luis. La clínica y su método: Reflexiones sobre dos épocas. Díaz de Santos, Madrid. 1999. ISBN 84-7978-388-5.

manera de crear y recrear significados de salud y enfermedad en los dos participantes; y aunque el lenguaje verbal ha sido reconocido como la principal forma de comunicación, tanto en la relación médico paciente como en cualquier otra interacción, es preciso reconocer la participación de otras formas de expresión humana que fluyen desde los sujetos bajo la forma de lenguaje no verbal que, por sus representaciones, puede trascender incluso más que la palabra. Es innegable el gran impacto que tienen el contacto visual y corporal, la actitud de escucha, la amabilidad en el trato y el respeto por las apreciaciones y condiciones individuales del enfermo.

- **Dimensión volitiva:** En el acto médico la dimensión volitiva se hace manifiesta cuando, sobre la base del reconocimiento del otro, se respeta la libre elección de quienes participan. Obviamente, la capacidad de tomar decisiones está íntimamente ligada al conocimiento que se tenga sobre la situación objeto de decisión. Ello es una muestra más del papel preponderante que juegan la competencia técnico-científica y la comunicación en el ofrecimiento de información suficiente y clara, que le permita al enfermo tomar decisiones (consentimiento informado)³⁴.

- **Dimensión afectiva:** “La propensión del quehacer del médico **hacia el bien del enfermo** se produce por la naturaleza intrínseca de la medicina, como también en razón de un **vínculo afectivo que se genera en la relación médico-paciente**, el cual es de diferente intensidad de acuerdo con muy variadas circunstancias, pero que tiene como **origen el estado de necesidad de ayuda en la que se encuentra el enfermo...**³⁵ .

³⁴ DUQUE Z., José Humberto. El consentimiento informado en la práctica médica. Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul, Medellín. 2001. ISBN 958-96370-3-5.

³⁵ GIL YEPES. Introducción a la Medicina Antropológica. OBE, Caracas. 1984. Citado por castillo Valery, Alfredo. Op cit., p. 11.

Desde el momento en que se inicia el contrato verbal del acto médico, al igual que en otras circunstancias de interacción humana, los participantes de la relación médico paciente aportan sentimientos diferentes, que se expresan también de maneras diferentes: el enfermo, lleno de preguntas y necesidades alrededor de lo que sucede con su organismo, deposita toda su confianza en el médico con la expectativa de haber contactado a la persona que dará solución a sus problemas de salud; por su parte, el médico aporta su interés científico frente a la enfermedad y su deseo de ayudar al paciente. Si la interacción permite el crecimiento personal de ambos, se crean vínculos afectivos a partir de la mediación técnica inicial, de tal modo que la relación puede fortalecerse con la expresión de sentimientos de amistad, admiración, confianza, gratitud o compasión. La actitud en los encuentros cara a cara pueden, por el contrario, segar toda posibilidad de trascender al plano de lo afectivo, quedando limitados al desarrollo de una relación técnica de servicio.

En la posibilidad de establecer lazos afectivos de diversa índole, en el contexto del acto médico, se pone como ejemplo la propuesta de VON GEBSATTEL³⁶, en la que describe las fases por las que pasa la relación médico paciente, según el tipo de relación interpersonal, que será presentada más adelante.

- **Dimensión social:** En los seres humanos, sociales por naturaleza, toda relación se da, necesariamente, dentro del contexto social de los actores, en una construcción en la que las realidades sociales que les son comunes se entrelazan y las que son diferentes les complementan. En ese contexto, la enfermedad no afecta solo al individuo; por el contrario tiene connotaciones de tipo social que pueden hacerse evidentes en varios aspectos:

³⁶ M PEREZ; Gaspar. Modelos de relación médico enfermo. Publicación Internet. Disponible 21-06-01.

- La enfermedad tiene el poder de generar incapacidad, segregación y estigmatización del sujeto.

- Las características propias de la comunidad, el trabajo, la familia y otros ámbitos sociales actúan de manera directa o indirecta en la génesis del proceso patológico, estableciendo relaciones de causalidad.

- La condición socioeconómica del enfermo determina, en gran medida, el tipo de atención al que puede acceder el paciente, situación claramente discriminatoria pero que es parte de la realidad de los sistemas de atención en salud a nivel mundial. En la población colombiana esto tiene aún mayor impacto, si se tienen en cuenta los grandes niveles de pobreza y desempleo y la insuficiente cobertura de los regímenes subsidiados por el estado.

Aunque el médico tratante posee pocas herramientas para intervenir directamente sobre las repercusiones sociales, es claro que en el acto médico no pueden desconocerse las condiciones particulares del contexto.

- **Dimensión religiosa:** No obstante que la figura del médico tuvo en épocas anteriores unos significados comparables a los del sacerdote y consejero, esta característica del rol se ha ido modificando paulatinamente, siendo poco frecuente que los profesionales sean consultados en busca de orientación respecto a los significados de la vida y de la muerte. Aunque para ello no es necesario reconocerse adepto a ninguna tendencia religiosa en particular, es importante que, en aras de la tranquilidad espiritual del enfermo, el médico sepa reconocer y respetar sus creencias. Por otro lado, debe tenerse en cuenta que, en ningún momento, el médico debe aprovechar su posición en la interacción para manipular o imponer al enfermo sus ideas políticas o religiosas.

1.3.2.2 Modelos de relación médico paciente: Para continuar la fundamentación en torno a la relación médico paciente se dará una breve mirada a los modelos de relación, para cuyo efecto, es importante recordar que en la explicación de un fenómeno determinado los modelos teóricos son sólo formas de aproximación, miradas particulares de los autores. Siendo así, es válido afirmar que ningún modelo agota las posibilidades de abordar el fenómeno, así como tampoco se pueden incluir todas sus características en un solo modelo. Como contribución a la teoría que sustenta este trabajo se presentarán diferentes puntos de vista.

- **Desde la asunción de roles por los participantes:** En esta primera mirada se reconocen tres categorías: el modelo paternalista, el modelo clientelista y el modelo responsable o mutualista.

El MODELO PATERNALISTA, prácticamente el único que existió hasta comienzos del siglo XX, se caracteriza por desconocer la autonomía del enfermo como persona omitiendo su criterio y su participación en la toma de decisiones, bajo la supuesta ignorancia de éste en temas médicos. Este estilo se apoyó en el principio de beneficencia para justificar que, en favor del paciente, el médico tomara todas las determinaciones sin su pleno consentimiento. Esta última condición, fue probablemente la que provocó un movimiento creciente de insatisfacción en varias comunidades del mundo y en distintos momentos históricos, que dio como resultado tangible la declaración de los DERECHOS DE LOS ENFERMOS³⁷, que no son otra cosa que la adaptación de los derechos humanos al campo de la medicina y la actualización de algunos tópicos del Juramento Hipocrático. Con esta declaración y como reacción al modelo paternalista, que contravenía claramente la autonomía del

³⁷ CASTILLO V., Alfredo. Op. Cit., p. 67-93.

enfermo, se dieron cambios paulatinos en los estilos de orientar la relación, especialmente en los últimos 50 años.

En coincidencia histórica con el nacimiento de los nuevos sistemas de atención en salud, que adoptan los conceptos de economía y empresa, se impone una nueva manera de ver la medicina, teniendo como apoyo los cambios realizados en las políticas de administración de la salud. Es así como aparece el MODELO CLIENTELISTA de relación médico paciente, llamado también AUTÓNOMO por la posición que asume el paciente, pero que no deja de ser una relación desigual en la que el médico asume el papel de vendedor de servicios y el paciente o usuario se transforma en el cliente, con todo lo que el término denota.

Frente a estos dos modelos de desequilibrio aparece una posición intermedia que intenta tomar forma en el MODELO RESPONSABLE o MUTUALISTA³⁸, como un estilo de interacción basado en el reconocimiento mutuo en el que, además de compartir deberes y derechos, las dos partes asumen la responsabilidad de decisión con conocimiento y libertad. Su estructura representa una relación madura que sólo puede construirse sobre la base del respeto a los valores individuales del enfermo, lo cual requiere un médico poseedor de criterios éticos sólidos y personalidad madura.

La importancia de este enfoque en el referente conceptual de la investigación radica en la posibilidad de comprender los cambios históricos que se han presentado en la asunción de roles por los participantes.

³⁸ VELEZ C, Luis Alfonso. Op cit., p. 80.

- **Desde las posibilidades de participación del paciente:** Otra forma de percibir la posición de los participantes es la propuesta de SZASZ Y HOLLENDER³⁹ que supera el modelo anterior, en la medida en que reconoce que la posibilidad del paciente de participar activamente está supeditada a situaciones de tipo circunstancial alrededor de la enfermedad y que no tienen ninguna relación con la postura particular del médico. Es decir, en la relación con un mismo paciente pueden darse tres niveles de participación diferentes según las particularidades del suceso de la enfermedad.

El primer nivel, en el que el médico es activo y el paciente pasivo, puede darse en situaciones en las que el paciente no puede valerse por sí mismo, como es el caso de emergencias médicas o quirúrgicas, trastornos mentales o alteraciones de la conciencia. En estos, se hace necesario que el médico asuma el papel protagónico en las decisiones y toda la responsabilidad en el tratamiento. Se compara a la relación que establece una madre con su hijo lactante.

En el segundo nivel el médico adopta una posición de dirección y el paciente de colaboración, relación que se da en las enfermedades agudas, siempre que el paciente esté en posibilidades de cooperar y contribuir con el tratamiento, bajo la dirección del médico como experto. Se ha comparado con la relación entre padres e hijos no adultos, que tienen ya algún grado de autonomía para la acción.

El tercer nivel es de participación mutua de médico y paciente, perfilándose como el tipo de relación más adecuado en las enfermedades crónicas y en general en todas

³⁹ SZASZ T.S., HOLLENDER M. H. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. Arch. Int.Med. 97: 585-592. 1956. Citado por LAVADOS, Manuel y SERANI, Alejandro. Ética clónica: Fundamentos y Aplicaciones. Universidad Católica de Chile.

las situaciones en las que el paciente no sólo puede colaborar, sino que incluso puede tomar la iniciativa frente al auto-cuidado.

Para efectos del referente conceptual de la investigación, tal perspectiva sólo tendría cabida en los niveles 2 y 3, dado que las prácticas estudiantiles se desarrollan con adultos, en servicios de hospitalización en los que ingresan los pacientes una vez se han superado las situaciones de emergencia.

- **Desde el grado de personalización en el acto médico:** En este modelo propuesto por VON GEBSATTEL⁴⁰ se describen tres categorías, las cuales pueden ser vistas como posibilidades de evolución de la interacción, durante un proceso continuado de atención médica.

La relación inicial o **fase de llamada** se da entre un hombre experto, el médico, y un hombre que sufre, el paciente. Es todavía, desde el punto de vista interpersonal, una relación de carácter anónimo. En una segunda etapa, **fase de objetivación**, el interés del médico se centra en los aspectos científicos del proceso patológico, en una relación en la que el paciente es visto más como objeto de estudio que como persona. En la etapa más avanzada, **fase de personalización**, se establecen lazos afectivos que sustentan las expresiones “este es mi médico” y “este es mi paciente”.

- **Desde el objetivo que media la relación:** Esta propuesta de TATOSSIAN⁴¹, establece dos tipos diferentes de relación, según la mediación que se da al interior de ella.

⁴⁰ M. PEREZ, Gaspar. Op cit., p. 2.

⁴¹ Ibid., p. 2 .

En un primer prototipo se establece una relación de carácter interpersonal en la que la enfermedad es considerada como parte de un todo, es decir, el proceso mórbido forma parte del paciente. El médico no solo ve el órgano enfermo, sino la totalidad del paciente en su integridad bio-psico-social. Esta mirada favorece el establecimiento de una relación entre dos personas, entendidas en su globalidad afectiva e intelectual.

En el polo opuesto se da la relación de carácter técnico, de prestación de un servicio, en la que el centro de atención es el órgano enfermo, de tal manera que el paciente es sólo un sujeto que solicita la reparación del mismo. Por el carácter de la mediación, esta relación es más pragmática e instrumental y está dirigida a conseguir sólo la información necesaria para recuperar la función del órgano alterado.

En este modelo, que prima tanto en la medicina general contemporánea como en las especialidades, se corre el riesgo de ignorar los aspectos psico sociales e incluso fragmentar el cuerpo físico del paciente para tratar el órgano enfermo, como si se tratara de un objeto a reparar.

1.3.2.3 El deber ser del médico : Los diferentes elementos del referente conceptual presentados atrás - relación médico paciente, amenazas de la enfermedad, dimensiones del acto médico – encuentran su articulación en esta última parte, donde se quiere hacer una aproximación al **DEBER SER DEL MEDICO**

“**Ser médico** supone, además, la **aceptación libre y racional de un conjunto de obligaciones-deberes con el enfermo, con la sociedad, con los otros médicos y con su propia persona.** Es incorporarse conscientemente a una profesión que por milenios ha aunado obligaciones en lo referente al dominio de

ciertas áreas del saber con un conjunto de normas morales inseparables de su quehacer⁴².

Esta afirmación, que hace referencia a la responsabilidad médica y toca directamente la dimensión ética del ejercicio profesional, puede conjugarse con la perspectiva multidimensional presentada por JAMES DRANE en su libro "Cómo ser un buen médico", expresada por el autor de la siguiente manera:

"... dado que los pacientes son biológica, química, anatómica y fisiológicamente un objetivo impersonal, se entiende y es necesaria una aproximación médica científica, **pero los pacientes son personas**; así como son órgano, células, huesos, tejidos y sistemas inmunes, son seres inteligentes, libres, sociables y seres artísticos y simbólicos y **por lo mismo el tratamiento médico tiene que ser más que un objetivo científico**; y como los pacientes tienen personalidad, carácter, virtudes, temores, pensamientos, proyectos y amor, también estas dimensiones tienen un lugar dentro de la forma como van a ser tratados por los médicos⁴³.

Esta complementariedad debe expresarse en cada sujeto, no obstante se reconozca la existencia de diferentes perspectivas culturales e históricas: no es posible imaginar, de ninguna manera, el SER y el QUEHACER de un médico por fuera del principio de BENEFICENCIA, pues a pesar de su antigüedad sigue siendo el pilar ético de la práctica médica. Ello denota, además, que el médico sea poseedor de BENEVOLENCIA, virtud en la que tiene sus raíces el bien obrar y que en medicina se traduce como "querer el bien del enfermo", como una virtud que lo predispone para asumir sus responsabilidades con el paciente, hacer un diagnóstico objetivo e individualizado y motivar al enfermo para colaborar en lo que se derive del acto

⁴² CASTILLO V., Alfredo. Op cit., p. 9.

⁴³ DRANE F., James. Op cit., p. 37.

médico. Con estos mínimos elementos puede caracterizarse el perfil del médico sin desconocer al enfermo como sujeto.

Teniendo como punto de partida el **SER MÉDICO**, y con el propósito de argumentar las condiciones del ejercicio profesional, se ponen en consideración los conceptos de diferentes autores, teniendo como base la naturaleza de la medicina como profesión y la esencia del hombre como su objeto de estudio.

Si bien es cierto que la presentación teórica de cada una de las dimensiones del acto médico por separado, propuesta por DRANE, ayuda a identificar todos los puntos de intervención en la relación médico paciente, estas no pueden separarse en lo pragmático, pues tal pretensión se acercaría a la ya criticada e imposible desarticulación del ser humano en sistemas o esferas. Por ello, es necesario propiciar una integración desde el acto médico, tal como lo proponen algunas corrientes bajo las denominaciones de medicina de la persona, comprensiva, psicosomática o antropológica⁴⁴. El propósito de estas tendencias se orienta hacia la reconstrucción del sentido original de la ciencia médica y hace un llamado a los galenos sobre la necesidad de mantener la integralidad en el acto médico, evitando escindir artificialmente las diferentes dimensiones de lo humano, de manera que puedan acoplarse la enfermedad con el enfermo, la objetividad y la subjetividad, el cuerpo y la mente, lo individual y lo social. Sobre este propósito JAMES DRANE se ha pronunciado de la siguiente manera:

“Si el acto médico tiene dimensiones técnicas y humanas el médico moderno que está dispuesto para llevar a cabo solo una parte de la relación médico paciente está preparado solo parcialmente para la práctica médica. **El “buen” médico necesita**

⁴⁴ GOIC Alejandro. Op cit., p. 65.

cierta formación del carácter que le permita resolver las necesidades reales de pacientes reales⁴⁵ .

Siendo así, es deseable que en la intervención del médico se conjuguen todas las dimensiones de lo humano, pues en caso contrario, la negación de una de ellas iría en detrimento de la interacción con el paciente y podrían afectarse negativamente los resultados. Esta cualidad de integridad se complementa con la de integralidad, en la medida en que ninguna acción del médico puede rotularse bajo una dimensión única. Las falencias resultantes de la fragmentación del hombre pueden explicar muchos de los fracasos en la relación, cuando el médico carente de competencias comunicativas no puede obtener información real sobre el enfermo, a pesar de poseer una gran capacitación científica.

RODRÍGUEZ RIVERA hace referencia a este aspecto, cuando afirma:

“En el ejercicio de la medicina clínica de poco sirven la teoría, los conocimientos profundos o la elucubración sobre los más complejos mecanismos, **si todo ese andamiaje se construye sobre bases falsas** o sobre síntomas o signos que en realidad no existen o son otros; **o sin conocer la personalidad y la vida del paciente**⁴⁶ .

No obstante lo anterior, es válido también afirmar que poseer competencias humanas excelentes no subsana la carencia de las técnicas en la aplicación del método clínico. Tal condición es resaltada por ALEJANDRO GOIC, al expresar que “...seguramente a todos nosotros nos gustaría que, estando enfermos, nos atendiera un médico que fuese a la vez idóneo, responsable, honesto, compasivo y

⁴⁵ DRANE F. James. Op cit., p. 45.

⁴⁶ RODRÍGUEZ R., Luis. Op cit., p. 18.

prudente⁴⁷. Esta concepción de idoneidad implica que el médico posea, además de los conocimientos científicos y humanísticos, excelentes habilidades y destrezas específicas que le permitan diagnosticar, recuperar la salud y pronosticar, para lo cual se deben alcanzar competencias comunicativas, perspicacia y sutileza en los sentidos, rigurosidad e intencionalidad en la exploración física y capacidad de decisión y acción.

El mismo autor, concluye su exposición:

“Los médicos no debemos quedarnos exclusivamente con la realidad de la enfermedad, por irremplazable que sea para el diagnóstico, porque limita y deshumaniza la medicina y, en definitiva, la pervierte. Tampoco, quedarnos exclusivamente con la realidad del enfermo, por irremplazable que sea el ser humano, porque haría a la medicina ineficaz, o, a lo sumo, la convertiría en una actividad meramente consoladora, que tal vez podrían ejercerla, y con ventajas, otras personas⁴⁸.

Desde una aproximación diferente, y con un interés más pragmático que teórico pero que tiene una clara correspondencia con la presentación de las dimensiones médicas de JAMES F. DRANE, se analizarán los planteamientos de RODRÍGUEZ RIVERA⁴⁹ quien propone, a manera de indicadores, varios hechos que reflejan la productividad de la relación médico paciente. Con el fin de establecer nexos entre éstos dos autores se agruparán varios indicadores en cada una de las principales dimensiones.

⁴⁷ GOIC, Alejandro. Op cit., p. 155.

⁴⁸ GOIC, Alejandro. Op Cit., p. 93.

⁴⁹ RODRIGUEZ R., Luis. Op cit., p. 48-49.

- **Dimensión Técnico - Científica:** El médico hace un diagnóstico y tratamiento adecuados.

- El Médico aprecia un problema psicológico o social del paciente tan interesante e intelectualmente estimulante como un problema biológico y considera que el mismo puede ser también abordado científicamente.

A pesar de haberse argumentado que el dominio técnico sobre la enfermedad no es suficiente para garantizar una buena atención en salud, pues empleada como la única forma de acercamiento con el enfermo origina deficiencias radicales que impiden resolver las necesidades reales del enfermo, se hace necesario resaltar que el conocimiento médico es indispensable para sustentar cualquier decisión que se tome con el paciente. Por ello, es válido afirmar que toda acción que se desarrolla sin la dimensión técnico científica es irresponsable y deja sin piso el acto médico en su fin primordial: el diagnóstico y el tratamiento. La práctica clínica se fundamenta, pues, en la aplicación del método científico que, como tal, exige en el profesional una alta calidad en los conocimientos y la adopción de una disciplina continua de estudio que le permita estar lo suficientemente actualizado para poder emplear, en beneficio del enfermo, los adelantos de la ciencia médica. Y al hablar de conocimientos se hace referencia, lógicamente, a todos los fundamentos científicos relacionados con los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del sujeto. Esta necesidad de sabiduría, de adquirir preparación suficiente en cantidad y calidad, tiene a su vez una importante connotación de responsabilidad en el ejercicio, pues "la sola intención de obrar éticamente no es garantía de que se está haciendo lo mejor por el enfermo"⁵⁰. Por el contrario, es indispensable que en la conciencia del médico exista la capacidad de reconocer sus propias limitaciones para dar cumplimiento a uno de los principios de Hipócrates: "**Primum non nocere**" (primero, no hacer daño).

⁵⁰ VELEZ C. Luis Alfonso. Op cit., p. 73.

Además de esto, es claro que la certeza en el diagnóstico y el tratamiento no se resuelve con mantener un buen nivel de conocimientos teóricos. Se hace necesario que el médico, en su saber, sea dueño de habilidades y destrezas necesarias para aplicar el método clínico, que pueda adaptarse a las condiciones del contexto social en el que ejerce y que además tenga siempre en mente las condiciones individuales del enfermo. Esto es posible en la medida en que se involucre la dimensión social en el acto médico.

- **Dimensión Simbólica:** Dado que todas y cada una de las acciones médicas conciernen de manera directa o indirecta a la comunicación, podría decirse que todos los indicadores propuestos por RODRÍGUEZ RIVERA deben ser incluidos en esta dimensión. Sin embargo, existen algunos más importantes, por cuanto adquieren mayor representación para el enfermo.

- El Médico logra y mantiene una comunicación con el paciente, no sólo a través de la palabra, sino también del lenguaje no verbal.

- El paciente está bien informado acerca de su situación como tal. El médico sólo debe dar la información que ayude al paciente.

- El Médico no actúa desde posiciones de dominio tecnocrático, pero tampoco vulgariza su trabajo profesional.

A este listado VÉLEZ CORREA agrega uno más:

- Existe una atmósfera de respeto y al mismo tiempo de intimidad y confianza entre ambas partes.

Independientemente del tipo de información que se pretenda obtener el médico está obligado a manejar un lenguaje verbal acorde con las condiciones del enfermo, de tal forma que, las expresiones empleadas para hacer referencia a particularidades del conocimiento médico puedan tener la claridad suficiente para que sienta que “el médico habla su mismo idioma”.

Hacer uso adecuado de la terminología es garantía de la veracidad de los datos obtenidos. Pero, más allá de la capacidad de trasladar lo científico a términos accesibles al paciente el médico debe guardar un trato digno y respetuoso frente a él, evitando asumir “posiciones de dominio tecnocrático” y evitando la imposición de criterios de cualquier índole sobre el enfermo. Para lograr esto, es necesario reconocer al enfermo como “el otro” y, a partir de este reconocimiento, informar lo necesario y solicitar autorización cuando sea pertinente. En este reconocimiento, se sustenta la actitud del médico capaz de respetar el deseo del paciente por conocer todo la información relacionada con su enfermedad. Muchos de los derechos del enfermo, consagrados en las diferentes declaraciones a nivel mundial, se enmarcan en la esfera comunicativa⁵¹.

- **Dimensión Ética:** Siguiendo con la propuesta de RODRÍGUEZ RIVERA, el último grupo de hechos que reflejan una relación médico paciente positiva es coherente con la dimensión ética y constituye un nuevo ejemplo de la integralidad que debe acompañar al acto médico, pues los valores y las actitudes éticas se reflejan en todas las formas de interacción médico-paciente: la responsabilidad ética de estar bien capacitado (idoneidad), el manejo de la información obtenida con el enfermo, el consentimiento informado, el reconocimiento de las propias limitaciones, el cobro de honorarios, el respeto por el enfermo, el reconocimiento del enfermo como “otro ser

⁵¹ CASTILLO V., Alfredo. Op cit,.

humano” y muchos otros. Sin embargo, con el propósito de confrontar los indicadores de “productividad en la relación médico-paciente” se incluyen los siguientes criterios:

- El paciente se siente comprendido y está seguro de que lo que el médico conoce de él solo va a ser utilizado para ayudarlo, no para enjuiciarlo.

- El médico está dispuesto a hacerse cargo de la atención continuada del paciente, independientemente de las interconsultas que deba o pueda realizar.

- El paciente se siente libre para consultar otra opinión médica sobre su caso, si lo desea.

- El interés primordial del médico por el paciente es brindarle ayuda o asesoría a sus problemas de salud.

- El interés primordial del paciente por el médico es recibir ayuda sobre sus problemas de salud.

Aunque ninguno de los indicadores corresponde específicamente a las categorías volitiva, afectiva, social y religiosa, puede afirmarse, sin temor a equivocarse, que dada la connotación de integralidad en el acto médico ellas se encuentran inmersas en las otras, que son categorías más amplias.

1.3.3 Las prácticas académicas en el programa de Medicina de la Universidad de Caldas: Esta última parte del referente conceptual tiene el propósito de ilustrar sobre algunos aspectos de las prácticas académicas y su representación en el proceso de formación médica.

Como iniciación se retomarán uno cortos conceptos relacionados con la historia de las prácticas hospitalarias, sobre las cuales se fueron estructurando, a lo largo del tiempo, los programas formales de educación médica.

Tal como se lee en el Juramento Hipocrático, en épocas muy antiguas la instrucción médica se daba por derecho propio a los parientes de los médicos o a aquellas personas que hacían expreso su deseo de prepararse en el arte de atender a los enfermos. En este punto de la historia y hasta hace poco más de dos siglos el entrenamiento de los galenos era de carácter individual, como un proceso de instrucción personal a través del acompañamiento permanente de un médico en ejercicio, el cual poseía el significado del verdadero maestro. De esta manera, los médicos se formaban bajo la mirada vigilante de su tutor, en una compenetración tal que fue posible el fortalecimiento de las diferentes tendencias en el ejercicio de la medicina, entre las que se resaltan las escuelas galénica e hipocrática como paradigmas en la medicina occidental.

Pero, es en el siglo XVIII cuando se producen los principales avances hacia la constitución de verdaderos escenarios de aprendizaje. Entre los sucesos de mayor impacto se dieron la reglamentación de la educación médica en contra de los empíricos y la adopción de la práctica hospitalaria como una nueva forma de aprender medicina. La concentración de pacientes afectados de enfermedades y poseedores de "casos adecuados para instruir" facilitó el entrenamiento colectivo de los médicos, quienes en lugar de desplazarse al hábitat de los enfermos esperaban que estos acudieran en busca de una cura para su enfermedad.

Esta adopción de los hospitales como escenarios de aprendizaje se ha perpetuado hasta el día de hoy, no sin haber sido objeto de críticas importantes, que se

argumentan en la imposibilidad de integrar al enfermo con su entorno y ante la existencia de una ruptura o disociación entre la enseñanza de la medicina y la práctica médica como tal. Si bien es cierto que la disertación en torno a la conveniencia o inconveniencia de mantener los hospitales como escenarios de formación para los médicos puede ser interesante, debe aclararse que las diferentes posiciones que podrían asumirse desde la pedagogía no tienen relevancia para los propósitos de la investigación, ni en ésta se pretende evaluar la calidad de las prácticas. La corta descripción que se presenta a continuación tiene el objetivo de ubicar al lector en el contexto particular de las prácticas académicas que se desarrollan en el Programa de Medicina de la Universidad de Caldas, específicamente en el Hospital de Caldas como el escenario más representativo para la población estudiantil.

En el plan de estudios y en los programas de las asignaturas las prácticas académicas con pacientes hospitalizados han sido consideradas como el recurso educativo más importante, en la medida en que representan el aprendizaje sobre objetos reales de conocimiento. En ellas se desarrollan básicamente dos tipos de actividades:

a. Rondas docente asistenciales: En razón a la existencia de convenios interinstitucionales los docentes tienen responsabilidad directa en la atención de los pacientes, por lo que en la evaluación estos toman decisiones en torno al diagnóstico y la terapéutica. Las actividades académicas se desarrollan en simbiosis con las actividades asistenciales en una especie de acto médico colectivo, en el que los asistentes pueden participar directamente o como espectadores del mismo. No obstante que las labores con los estudiantes son responsabilidad directa de los profesores de la Universidad, no se puede desconocer la presencia de otros profesionales de la salud y de los médicos hospitalarios en del mismo contexto. Por su permanencia en el hospital, durante gran parte del día, los estudiantes tienen

múltiples vivencias con diferentes actores, tanto en espacios educativos formales como informales.

b. Prácticas individuales: Las prácticas realizadas por los estudiantes, sin el acompañamiento del docente, tienen alto peso en la formación médica. Esto las posiciona como oportunidades de interacción con los pacientes por espacios de tiempo más prolongados, en los que se puede afianzar la aplicación del método clínico. Para estos efectos, los estudiantes tienen pacientes asignados para las prácticas y con ellos realizan las historias clínicas, hacen su entrenamiento en destrezas semiológicas, ejercitan sus habilidades diagnósticas y terapéuticas y desarrollan otras labores relacionadas con los procesos de aprendizaje.

Todas estas actividades se enmarcan en el plano de responsabilidades académicas, pero no representan, en ningún caso, la intervención directa de los estudiantes en la toma de decisiones frente al paciente.

2. DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA

En coherencia con el problema de investigación y los objetivos propuestos, se optó por un diseño cualitativo que permitiera conocer el fenómeno social del objeto de estudio en su propio contexto, además de comprender el significado atribuido por los actores a las diferentes vivencias. El abordaje de este problema, bajo la perspectiva fundamental de comprender en lugar de buscar explicaciones de causalidad, se sustenta en algunos conceptos derivados del Interaccionismo Simbólico ⁵², formulados por BLUMER en 1969, que pueden adaptarse al fenómeno particular de las prácticas clínicas de los médicos en formación. Estos fundamentos se concretan en los siguientes supuestos:

1. En la interacción social las personas aprenden los significados y los símbolos que son necesarios para: ejercer su capacidad de pensamiento distintivamente humana, interactuar consigo mismos, examinar los posibles cursos de la acción y tomar decisiones sobre alguno. Desde esta afirmación, es conducente reconstruir el significado particular que tiene, para el médico en formación, la relación con los enfermos.
2. Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y los símbolos que usan en la acción y en la interacción, sobre la base de la interpretación de cada situación. La relación estudiante - paciente debe verse, entonces, como un proceso dinámico en construcción, en el que los sujetos modifican su realidad a partir de sus propias vivencias y las de los otros.

⁵² RITZER, George. Teoría Sociológica Contemporánea. McGraw Hill, Madrid, 1993.

Además de lo anterior, es importante reconocer la necesidad de aproximarse a la cotidianidad de los actores para interpretar lo observado, lo escuchado y lo leído, lo cual justifica la selección de la investigación cualitativa.

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio se inició en el segundo semestre de 2002 dentro de la Línea de Investigación en Desarrollo Humano, en cuyo interior se discutieron los diferentes avances del proyecto. Por diversas dificultades en el trabajo de campo, la recolección de la información no pudo darse en el tiempo programado,

En el 2001 los datos fueron obtenidos fundamentalmente a partir de la observación participante, proceso que se vio interrumpido por el cese de las actividades estudiantiles, comunidad objeto del estudio en la Universidad de Caldas. Durante el primer período académico de 2002 se continuó el proceso de recolección de la información a partir de relatos, ensayos y entrevistas grupales, elaborados, en todos los casos, por estudiantes de V y VI semestres de medicina, grupo que desarrolla su primer año de prácticas académicas en el Hospital de Caldas. A lo largo del tiempo en el que se hizo la recolección de los datos se llevó a cabo su sistematización para luego manipular y organizar la información, empleando el sistema de fichas. Se elaboraron memos descriptivos y memos analíticos, a partir de los cuales se avanzó en la descripción de categorías y en la búsqueda de relaciones entre ellas. Los participantes del estudio tuvieron una relación estrecha con la investigadora, toda vez que el desarrollo del proyecto se tenía previsto dentro de los escenarios y espacios educativos de carácter laboral. De esta manera, se incluyeron las prácticas realizadas por los estudiantes bajo la supervisión de la investigadora, docente del programa de medicina, así como también diversas actividades académicas en el aula.

En una segunda fase, una vez finalizado el semestre y superada la figura de evaluación académica docente-alumno, se hicieron las entrevistas grupales como un momento de devolución de los argumentos descriptivos e interpretativos, con la intención adicional de realizar una confrontación entre actores e investigadora que permitiera resolver nuevos interrogantes, saturar los datos, refinar la interpretación y definir nuevas categorías. El proceso de recolección dio como resultado la sistematización de 47 ensayos elaborados por estudiantes de V semestre y 2 entrevistas grupales; 15 ensayos, 8 relatos y 2 entrevistas grupales con estudiantes de VI semestre y 10 registros de observación participante con estudiantes de ambos semestres. Del proceso de análisis resultaron 69 fichas y 6 memos descriptivos.

El análisis de los datos se hizo paulatinamente, teniendo siempre el objetivo de construir teoría. En este proceso se manipularon las categorías, estableciendo relaciones entre ellas. Desde los argumentos descriptivos se pudo avanzar hacia la fase de interpretación y más tarde hacia la construcción de sentido. En esta última etapa se tomaron las teorías formales del Desarrollo Humano y algunas bases pedagógicas relacionadas con el Aprendizaje Significativo, con el propósito de comparar sus argumentos conceptuales con la teoría construida a partir del análisis de los datos.

Con esta caracterización del proceso investigativo puede decirse que los hallazgos del estudio son producto del análisis cualitativo de la información, basado en el enfoque de la Teoría Fundada.

Los aportes del trabajo se presentan organizados en los siguientes capítulos:

1. Argumentos descriptivos
2. Argumentos interpretativos

3. Construcción de sentido
4. Conclusiones y recomendaciones

Las preguntas iniciales, formuladas en el proyecto de investigación, desde las cuales se le dio dirección al proceso de recolección de la información fueron las siguientes:

- ¿Cuáles son las representaciones sociales que están en la base de la relación que establecen los estudiantes con los enfermos, en sus prácticas académicas?
- ¿Cuáles son las motivaciones de los estudiantes frente a las prácticas con los enfermos?
- ¿Cuáles son las expectativas de los estudiantes respecto a la configuración del rol de médico?

3. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN Y RESULTADOS INVESTIGATIVOS

ALGO DE MÍ

Al pensar en mis necesidades para dar respuesta a los requerimientos de los pacientes, lo primero que reflexiono es cómo va mi proyecto de vida... Al iniciar mis estudios de medicina, lo hice con la confianza que me daban: una excelente formación como persona recibida en mi colegio, una base de valores familiares y el deseo por encima de todo, de estudiar una carrera que me permitiera estar con las personas, con los niños y con las niñas, con la comunidad; poder estar siempre preparado para servirles y darles lo mejor, y que ellos al alejarse de mí, sean mejores personas y que hayan quedado con algo de mí.

Al pasar estos años, he crecido en el conocimiento de las ciencias que me han de convertir en médico, al igual he aprendido (y re-aprendido) algunas técnicas que me permiten acercarme al paciente e interpretar lo que en su organismo pasa; además de aquellos detalles que son propios de las cátedras, pero que están implícitos en el proceder de los maestros. Todas, herramientas valiosas con las cuales he podido dar respuesta, a mi nivel, a interrogantes de los pacientes, he podido ver al enfermo como un todo, como un ser integral, que me da la oportunidad de crecer, de aprender, conociéndolo y al que le doy algo de mí.

En ese mismo sentido, me he encontrado no sólo con enfermos con patologías específicas, me he encontrado con la mujer que dejó sus hijos en el pueblo con una vecina, con la paciente que perdió a su hermana en un accidente cuando cruzaba una calle para ir a visitarla, hijas y familiares llorando en medio del dolor de perder a su madre y la tranquilidad de un descanso para ella, al viejo que llora no por su estado de salud sino por no tener dinero para los servicios de su casa, aquel

señor que prefiere quedarse en el hospital porque al salir no tiene a donde ir, no tiene que comer, la niña con una enfermedad que no le permite soñar mas allá del día; en todas y cada una de las "historias" he perdido algo de mí.

En mi proyecto de vida he logrado encontrar equilibrio interior (euforia - tristeza, osadía – temor, hiperactividad – pereza), soy optimista y sueño...deseo darles más de mí, de la buena energía con la que amanezco cada día, necesito darles más sonrisas y más consuelo, de la alegría y del amor que tengo por la vida.

Pero me encuentro que estoy en una patria que sangra cada día, me encuentro que soy persona, que tengo un hermano expuesto a riesgos, una abuela, un abuelo finalizando sus procesos, una madre con su propio dolor...

Valores, bases de persona íntegra, ciencias, técnicas, disciplina, no son suficientes, necesito mayor formación humana, más oportunidades para crecer, identificar guías en mi vida, necesito que mi espíritu crezca vivo, alegre, lleno de amor; necesito alguien en quien recostar mi cabeza y contarle, aunque sea un poco, contarle algo de mí.

Testimonio, Estudiante de VI semestre

3.1 ARGUMENTOS DESCRIPTIVOS

Este primer capítulo de resultados contiene los conceptos que surgieron del análisis centrado en el informante y se presenta a manera de relato, acompañado de citas textuales que permiten establecer vínculos entre las categorías y los datos. En las citas se especifica el origen del dato y se resaltan en negrilla los conceptos sobre los cuales se desea hacer énfasis.

Con el fin de facilitar la ubicación del lector en el marco de la investigación, los argumentos descriptivos se han organizado alrededor de los tres objetivos específicos que intentan responder las preguntas de investigación. En este orden de ideas, se desarrolla una primera parte con las representaciones sociales de los estudiantes frente a las prácticas clínicas con los enfermos, una segunda sobre las motivaciones que se encuentran en la base de la relación que establecen con los pacientes del hospital y una tercera sobre las expectativas frente al contexto y el proceso de formación médica. En un cuarto punto se describe una categoría emergente, que no estaba contemplada en el proyecto inicial y que hace referencia a las necesidades de los estudiantes como personas en proceso de formación.

3.1.1 Representaciones sociales de los estudiantes frente a las prácticas con los pacientes: Frente a la pregunta por las representaciones sociales de los estudiantes en las prácticas con los enfermos surgieron cuatro categorías:

- 3.1.1.1 El paciente: el mejor instrumento de aprendizaje
- 3.1.1.2 El paciente: un ser humano con necesidades
- 3.1.1.3 El paciente: un ser humano fragmentado por la práctica
- 3.1.1.4 El paciente: un ser humano carente de privacidad

3.1.1.1 El paciente: el mejor instrumento de aprendizaje: En las diferentes fuentes de información la figura del paciente toma posición importante para los actores, en unos casos por su participación como objeto de aprendizaje técnico y científico, mientras que en otros como una oportunidad de alcanzar aprendizajes para la vida. En cualquiera de las dos circunstancias, se otorga a los pacientes que co-laboran en las prácticas un reconocimiento como partícipe irremplazable en la formación médica.

3.1.1.1.1 Aprendizaje técnico científico: No obstante se dispone de innumerables tratados de medicina, con amplias y ordenadas descripciones de las patologías que son objeto de intervención o de investigación en la ciencia médica, se resalta la importancia de los pacientes en el proceso de aprendizaje, tal como se lee en el siguiente relato:

“Pero indudablemente y con mi corta experiencia en esta ciencia o arte, como suele llamarse, **he aprendido que el libro mejor hecho, más completo y sencillo es el paciente, pues en cada palabra narrada y en cada hallazgo encontrado en él, habla por si solo y es suficiente para recordarlo toda la vida y aún mejor, es un aprendizaje con vida, en donde cada gesto es una palabra y cada signo la mejor ilustración y no miles de letras plasmadas en un aburrido y frío libro**”.⁵³

A este contacto directo con los pacientes se le atribuye la capacidad de solventar los conocimientos teóricos, al tiempo que se hace posible el desarrollo de habilidades y destrezas clínicas.

“Este contacto con los pacientes me ha permitido establecer **algunas bases sólidas que fortalecen cada día mis conocimientos...** además de **desarrollar más habilidades técnicas e intuitivas** para extraer lo más importante de la sintomatología y signos físicos de un paciente, e inclusive un mayor conocimiento acerca de terapias farmacológicas y de laboratorio que permita **orientarme a dar una adecuada respuesta hacia los problemas de cada paciente**”.⁵⁴

⁵³ Testimonio 1. VI semestre. Ensayo

⁵⁴ Testimonio 2. VI semestre. Ensayo

Además de las anteriores consideraciones, son frecuentes las expresiones sobre el discurrir del estudiante en aprendizajes “más allá de lo científico”, dado que no sólo se aprende sobre las enfermedades, sino que se logran aprendizajes para la vida en general. De ello se origina una nueva tendencia identificada por los mismos actores como “**aprender para la vida**”, que se presenta a continuación.

3.1.1.1.2 Aprendizajes para la vida: En esta tendencia se incluyen múltiples formas de expresión sobre los aspectos que son considerados como ganancias obtenidas del trabajo con los pacientes. Algunas se relacionan con el desarrollo de habilidades comunicativas, otras con la capacidad de enfrentar situaciones indeseables y reconocer las limitaciones, mientras que otras son referidas como el “recibir consejos”. En todos los casos se hace explícita la actitud receptiva de los estudiantes frente a dimensiones diferentes a la científica.

- **Habilidades comunicativas:** En algunos de los ensayos realizados por los estudiantes de V semestre se hace alusión a la importancia que tiene la comunicación en el contexto del acto médico, en unos casos como habilidades necesarias para establecer relaciones cordiales con los pacientes y en otros como garantía para la obtención de información confiable para la elaboración del diagnóstico. Los estudiantes de VI semestre, quienes en el momento de recolectar la información contaban con una mayor exposición en las salas de hospitalización, son los que mayor referencia hacen a la comunicación como aprendizaje derivado del trabajo con los pacientes. Aprender a comunicarse con el paciente, en el contexto de una simple conversación, es considerado en el siguiente relato:

“Todos mis pacientes me han aportado cosas para mi aprendizaje durante mi práctica clínica, que no sólo ha sido para aprender sobre las enfermedades, sino también para la vida en general. De todos y cada uno de mis pacientes he aprendido algo, considero que todas han sido cosas positivas para mi, ya que **me han enseñado a**

afrontar situaciones con ellos mismos, a dejar el temor de entablar una conversación con ellos, a dejar de entrar prevenida a una pieza porque alguien me habla mal de cierto paciente”.⁵⁵

Durante una entrevista se hizo evidente la percepción que se tiene sobre la confianza en la relación, como garantía para facilitar el diagnóstico.

“... si uno simplemente realiza el trabajo con el paciente y no más, olvidándose de... **Si uno tuviera más contacto con el paciente, él le contaría más cosas a uno y de pronto se haría más fácil el diagnóstico,** pero muchas veces los médicos empiezan a cuestionar al paciente, le hacen el interrogatorio más parco del mundo y no se logra nada”⁵⁶.

Las relaciones cordiales reflejan una perspectiva de la comunicación de carácter menos instrumental, expresada por un participante en un testimonio que destaca la importancia de aprender el significado de la palabra en el trabajo con los enfermos.

“Mi aprendizaje no quiero que sea sólo científico sino que también **en el trato con los pacientes aprenda cuánto puedo ayudar con una palabra bondadosa o con una voz de aliento en momentos de tribulación”.**⁵⁷

En cualquiera de las dos situaciones, la práctica clínica con los pacientes es reconocida como una oportunidad de desarrollar estas habilidades, indispensables para la interacción entre seres humanos.

⁵⁵ Testimonio 3. VI semestre. Ensayo.

⁵⁶ Testimonio 51. V semestre. Entrevista.

⁵⁷ Testimonio 4. VI semestre. Ensayo.

“En el inicio de este recorrido, aprender a apropiarme del conocimiento fue lo más difícil, sin embargo con el transcurrir de los semestres me di cuenta que el reto más difícil era **aprender a enfrentarme a cada uno de los pacientes, que no sólo son enfermos, sino también personas** y que para esto lo más importante aparte de adquirir habilidades y destrezas era empezar por inspirarles la mayor confianza posible y por tanto tenerla en sí misma (**teniendo pleno conocimientos de lo que se es y no se es capaz**), además de hacer sentir al paciente que hay un verdadero interés por él”.⁵⁸

En este testimonio el estudiante hace referencia a la interacción con los pacientes como seres humanos, pero también al conocimiento de sus propias capacidades, tendencia que se describe a continuación.

Por otra parte, las experiencias vividas con los pacientes los expone a situaciones emocionales tales como las expresiones de tristeza, la realidad de la muerte o el rechazo por parte de los pacientes, que son asumidos también como momentos de aprendizaje.

“...tuve la oportunidad de entablar una amistad bastante linda, donde **nos enseñábamos mutuamente**, sobre todo él, pues **me hizo acercar de una manera muy espiritual y realista a la muerte**, pues me compartió todos sus sentimientos y sensaciones acerca de la misma.”⁵⁹

- **Compartir experiencias:** Las prácticas con los pacientes son vistas como experiencias de interacción que van “más allá del aprender medicina”. En los diferentes testimonios se intuye la actitud receptiva de los estudiantes frente a las

⁵⁸ Testimonio 2. VI semestre. Ensayo.

⁵⁹ Testimonio 52. VI semestre.

recomendaciones recibidas por parte de los pacientes, lo que implica, además, la adopción de una actitud de escucha en la interacción.

“...aprendí mucho no sólo en el plano académico sino también en el personal, **tuve la suerte de que mis pacientes no sólo me dejaron grandes conocimientos, me dejaron grandes enseñanzas para mi vida**; y es que yo creo que ese es un punto en el que todo médico y demás personal de salud debería tomarse un poco más de tiempo... el conocer mis pacientes debido a que era mucho más difícil abordarlos me hizo entrar en gran confianza con ellos, es más, **con uno de mis pacientes de sexto semestre hablaba mucho y me daba consejos que pienso tener presentes durante toda mi vida**, que aspiro aplicar muy bien en el ejercicio de mi práctica médica, que hasta ahora me ha dejado muchas cosas”.

60

En palabras de otros participantes, el aprender con los pacientes es más que asimilar información.

“Este aprendizaje no está basado solamente en toda la información que podemos asimilar, **sino también en nuestro crecimiento personal, el aprender día a día, el enriquecernos de todas aquellas personas que vemos, de sus experiencias, el convivir con el sufrimiento pero también con la alegría**; todo esto y muchas cosas más moldearán nuestro carácter y formarán ese MÉDICO que queremos ser en un futuro”.⁶¹

“Medicina es mas que revisar, diagnosticar y prescribir; medicina es escuchar, entender y valorar a las personas que acuden hacia nosotros pero sobre todo **es aprender de ellos para sumar y ganar experiencia y así nosotros mejorar**

⁶⁰ Testimonio 5. VI semestre. Ensayo.

⁶¹ Testimonio 6. VI semestre. Ensayo.

cada día tanto como personas y como médicos frente a nuestros futuros pacientes”.⁶²

El reconocimiento del paciente como sujeto en interacción, más allá de la medicina y más allá de la enfermedad, es expresada en el siguiente relato.

“... son mis mejores maestros, pues cada paciente es un libro abierto que me muestra la patología que puedo aprender y debo saber. Además **se convierten en formas de experiencias personales para mi vida, ya que cada uno de los pacientes me enseña algo nuevo, sobre la forma de ver el mundo, sus alegrías y sus tristezas.** Se convierten en el eje central de mi profesión ya que por las personas es por quienes yo estudio y por su beneficio y felicidad quiero llegar a ser un buen médico”.⁶³

3.1.1.1.3 Lo inaceptable: A pesar de la fuerza que tienen las consideraciones anteriores, en las que se percibe fácilmente el reconocimiento que se da a la presencia del paciente en la tarea de **“hacer posible el sueño de ser médico”**, son frecuentes las expresiones de preocupación por las condiciones de los enfermos, dado que se reconocen también las molestias a las que son sometidos durante las prácticas hospitalarias. Estas preocupaciones, referidas tanto en los relatos como en las entrevistas, son sustentadas por unos en razón a las molestias que se generan a los pacientes y por otros en el sentimiento de que se los utiliza como objetos para aprender, desconociendo, en muchas ocasiones, su naturaleza como personas.

En cuanto a la primera consideración, muchos de los entrevistados piensan que al practicar se molesta a los pacientes, no sólo por las incomodidades que puedan

⁶² Testimonio 7. VI semestre. Ensayo.

⁶³ Testimonio 53. VI semestre. Ensayo.

derivarse de la exploración física, sino también en la medida en que se perturba su tranquilidad y se invade su espacio vital. Durante una entrevista se dijo que las molestias se producen cuando diferentes personas, durante el día, abordan al paciente con el propósito de practicar. Los pacientes dejan ver su fatiga e incomodidad por tener que responder en varias ocasiones a las mismas preguntas y por ser examinados repetidas veces, sin que exista, para él, ninguna justificación en cuanto a necesidades expresas de atención médica. Los siguientes testimonios son una muestra de lo que se argumenta.

“Como dije anteriormente, los pacientes son seres humanos como cualquiera de nosotros, pero también son nuestro campo de práctica. Por este motivo es indispensable un adecuado trato y colaboración con ellos, tener una muy buena correlación entre nuestra práctica y el respeto a los pacientes. **Sabemos que no es agradable que personas desconocidas practiquen con uno o con una persona a la cual queremos...**”⁶⁴

“La primera historia que a nosotros nos tocó hacer yo creo que para mi fue una experiencia buena, pero que nos puso a pensar mucho. Era una señora de edad muy avanzada, tenía una neumonía y estaba muy comprometida. Entonces una persona que emocionalmente debe estar mal, encerrada en un hospital, **con un estado de salud muy malo y nosotros como aprendiendo en ella y molestándola** y fuera de eso nos decía muchas gracias, todo lo que ustedes hacen por mi me sienta muy bien, y nosotros aprendiendo en ella **y no le estamos haciendo nada, solamente aprendiendo**. Eso a mí me puso a pensar mucho como en... se justifica o no”⁶⁵.

⁶⁴ Testimonio 8. VI semestre. Relato.

⁶⁵ Testimonio 54. VI semestre. Entrevista.

En lo que toca al segundo punto, la sensación de estar utilizando a los pacientes, como si se aprovechara de su situación de estar enfermo, se encuentra de forma explícita en algunos relatos y puede leerse también en las múltiples expresiones que reclaman la necesidad de que a los pacientes se les reconozca como personas y no como objetos de estudio. Esta última parte se argumentará en los contenidos del paciente un ser humano fragmentado por la práctica.

El siguiente relato ilustra de manera especial la contradicción que se vive al interior de las prácticas académicas con los pacientes.

“Aunque suene algo frívolo, **todos nuestros pacientes en un principio son instrumentos** debido a que son libros abiertos para nosotros, nos ayudan a desempeñar nuestra labor, y **si no fuera por ellos la calidad de los médicos se vería reducida a nada**. Y sin embargo **qué podemos ofrecerles a ellos, como podemos recompensar todo lo que hacen por nosotros**. Este hecho ha sido el gran dilema que ha puesto obstáculos en mi relación con ellos; el hecho de **sentirme utilitarista y de ver como aquellas personas indefensas prácticamente y en espera de ayuda son usadas como objetos**, no sólo por nosotros que estamos en proceso de aprendizaje sino también por muchos doctores quienes sólo pueden ver en ellos la patología, la enfermedad, el síndrome”.⁶⁶

Esta misma situación fue descrita durante las entrevistas, al indagar por los pacientes:

¿Por qué si sabemos que los pacientes son personas, a ustedes se les hace necesario resaltar esto?. ¿De dónde surge la necesidad de reconocer que los pacientes son personas?

⁶⁶ Testimonio 6. VI semestre. Ensayo.

“En el caso nuestro, en el momento, tal vez nosotros nos olvidamos de las personas. **Porque es que a mi me dicen hay un caso buenísimo...corre todo el mundo a mirar que es.** Uno qué hace? Uno porqué corrió? Pero en el caso nuestro...uno piensa.... **uno corrió porque es una enfermedad que está estudiando.** Tal vez después piensa que es una persona. Yo creo que nadie en el momento dice “hay un caso rarísimo...vamos a mirar quien es la persona... ¡NO! Vamos a mirar cual es la enfermedad. Entonces hay que mirar otros puntos de vista⁶⁷.”

Estas expresiones, en las que se refleja el interés científico por los signos en los que se sustenta el diagnóstico clínico, son una muestra más de la importancia del aprendizaje sobre la realidad patológica de los pacientes. Desde este punto de vista, la complejidad de la enfermedad puede ser vista como algo positivo para el aprendizaje.

Partiendo de esta apreciación se dio paso a una nueva pregunta:

¿Porqué es necesario tener presente que los pacientes no son objetos? Ustedes lo expresan: “Es que los pacientes no son cosas”. A ustedes les preocupa que los traten como una enfermedad.

“... yo creo que todos colocaron eso porque en algún momento hemos estado en el sitio, en el lugar en que hemos dicho, **no hemos tratado al paciente como una persona sino como un objeto, inconscientemente.** Hemos dicho “**ay, que chevere el paciente del signo tal, es de libro...**” pues cualquier patología. Es decir uno como que no piensa para decir esas cosas pero que inconscientemente termina tratando al paciente como un objeto. Ya después cuando uno como que se

⁶⁷ Testimonio 9. VI semestre. Entrevista.

pone a pensar: hoy lo que hice, uno de verdad reflexiona, uno dice que no debe tratar así a los pacientes”⁶⁸.

“... yo lo que quiero decir es que **se trata al paciente como un objeto cuando se meten 15 personas a ver un paciente**, ¿el paciente cómo se siente? **Me parece denigrante** eso, creo que 3 o 4 personas ya son muchas y 15 personas es aterrador, es tratar al paciente como un **objeto de observación**”⁶⁹.

“... los comentarios: **hay tal enfermedad**, es muy escasa, vayan a verla. El desfile pues y es todo el mundo. El paciente como que ya sabe lo que tiene que hacer, es ahí como un robot”⁷⁰.

En los testimonios obtenidos durante las entrevistas, en los que se hace alusión a **“expresiones o signos que expresan la manera como los pacientes son tratados como objetos”**, se percibe también la preocupación por el poco reconocimiento al paciente como persona que sufre.

3.1.1.2 El paciente: un ser humano con necesidades: Los descriptores de esta categoría se encuentran inmersos en dos dimensiones temporales diferentes: Una primera, que recoge las tendencias relacionadas con el quehacer del médico en ejercicio como una proyección a futuro, y una segunda, en el contexto actual de las prácticas clínicas de los estudiantes.

⁶⁸ Testimonio 5. VI semestre. Entrevista.

⁶⁹ Testimonio 10. V semestre. Entrevista.

⁷⁰ Testimonio 11. V semestre. Entrevista.

La primera será argumentada en la categoría EXPECTATIVAS DE FORMACION, en la que se presentarán diferentes testimonios sobre las representaciones sociales del **SER MÉDICO**.

En cuanto a la segunda, los datos hablan de carencias en la atención de necesidades diferentes a las de la enfermedad como tal, pero también, de la realidad socioeconómica del país, expresada en la insatisfacción de necesidades básicas en la población, todas ellas identificadas por los participantes en el contexto de las prácticas académicas.

3.1.1.2.1 Carencias en la atención de necesidades diferentes a la enfermedad: En lo que compete al rol de los estudiantes de medicina, es frecuente encontrar testimonios sobre la identificación de otras necesidades en los pacientes, sobre las cuales los participantes ofrecen diferentes formas de apoyo. En este sentido, se pueden ver descriptores adicionales en las expectativas frente al proceso de formación (ver "asunción de responsabilidades con los pacientes"). Para argumentarlo ahora, se tomaron dos ejemplos.

"Ahora, además de estar aprendiendo a palpar ganglios linfáticos y a determinar tipos de edema, **estoy aprendiendo a reconocer las necesidades de cada paciente**; el que desea que le escuche su historia, el que solitario busca **compañía**, el que pide que guarde silencio, el que ansía **saber lo que padece de manera sencilla** y el que tan sólo espera una palmada en la espalda o un caluroso **apretón de manos**. Aunque probablemente **ahora no pueda calmar su dolor, puedo ofrecerme a acompañarlo al baño o sencillamente ayudarlo a cambiar de posición**. Sé que no debo limitarme al modelo simplificado y superficial que se nos impone hoy, debo profundizar, indagar, conocer".⁷¹

⁷¹ Testimonio 12. V semestre. Ensayo.

En una entrevista, al preguntar por el papel de los estudiantes con los pacientes, se dijo:

“... aquí, **lo que uno más hace con el paciente es acompañarlo**, independientemente de cualquier otra cosa que usted le haga ellos valoran mucho eso, que usted vaya y le pregunte no sólo como le fue en el examen que le iban a hacer o venga le tomo la presión. **Ellos valoran mucho que usted vaya y pregunte como amaneció**, o si el paciente está leyendo preguntarle qué está leyendo y le cuentan a uno cosas así como... que usted se interese por acompañar a la persona y por ella como persona, independientemente de lo que tenga”⁷².

“ **Ahí se ve reflejada la necesidad de ellos**, porque cuando uno hace el interrogatorio, que empieza a preguntar por los síntomas **siempre terminan echándole a uno un cuento**, entonces se nota la necesidad de una compañía, de alguien para poder desahogarse”⁷³.

En los testimonios anteriores se muestra otra de las repercusiones de la hospitalización, identificada por algunos participantes: en el hospital el paciente sufre una situación de aislamiento, en la cual los estudiantes pueden servir de puente o conexión con el mundo exterior.

“En mi corta experiencia en el hospital, en contacto con mis pacientes, tengo para resaltar algo más importante que mi práctica semiológica, la cual me ha dejado múltiples satisfacciones; es el poder entrar en contacto mas íntimo y de confianza con la persona, es muy agradable saber que tengo buena sensibilidad para **entablar relación algo más que profesional con alguien, pues los pacientes en sus**

⁷² Testimonio 13. V semestre. Entrevista.

⁷³ Testimonio 14. V semestre. Entrevista.

camas, con sus padecimientos y preocupaciones por su enfermedad necesitan de un puente entre esa vida tan formal como lo es la relación médico paciente, y su vida cotidiana; es entender el deseo que se tiene de hablar del partido de fútbol, de sus familias, incluso de sí mismos, cosas tan triviales pero que de una u otra manera alivian preocupaciones y angustias. Intentar hacer reír para liberarlos del estrés hospitalario, pasar un rato ameno no para olvidar su enfermedad sino para aprender a sobrellevarla”.⁷⁴

En lo que se refiere directamente al proceso de la enfermedad, el análisis de datos señala que muchos estudiantes detectan la necesidad de los pacientes de recibir información adecuada sobre su estado de salud, sobre las decisiones médicas y sobre el significado de los diagnósticos. Esta necesidad se sustenta en la apreciación de que muchos de los pacientes del hospital tienen poca información sobre su enfermedad y el proceso de evolución. Ello induce a los estudiantes a asumir el papel de **“intérpretes”** con los pacientes.

“...el hecho de ir un poco mas allá del cuadro clínico, entrar en contacto con él, con su mundo, hacerle ver que es importante, que no esta sólo, **establecer un lazo entre él y el médico, el cual muchas veces no tiene el tiempo de explicarle con calma su afección, ni lo que está haciendo para mejorarlo”**.⁷⁵

En las entrevistas se hacen alusiones frecuentes a la carencia de información adecuada en los pacientes, lo cual influye de manera significativa en la asunción de nuevos roles por parte de los estudiantes.

“... otra falla que yo veo mucho es que la mayoría de los pacientes no saben qué tienen y el médico no le dice, ni el interno **y ellos preguntan y preguntan** a las

⁷⁴ Testimonio 55. VI semestre. Relato.

⁷⁵ Testimonio 6. VI semestre. Ensayo.

personas que más tiempo pasan con ellos que somos los estudiantes de medicina, ellos vienen y le dicen a uno: venga, dígame, explíqueme que es lo que tengo”⁷⁶.

3.1.1.2.2 Necesidades básicas insatisfechas: Dado que el paciente no es la enfermedad y que en su condición humana se encuentra sumergido en un mundo social, los actores asumen que las necesidades de éste traspasan la frontera de la intervención médica sobre ella. Identifican las necesidades básicas insatisfechas de la mayoría de los pacientes del hospital como un obstáculo real frente al propósito de la medicina. La descripción de esta tendencia se hará en el capítulo del contexto.

3.1.1.3 El paciente, un ser humano fragmentado por la práctica: El análisis de los datos hace evidente, en los estudiantes, la apropiación del concepto de integralidad en la persona del paciente, así como el reconocimiento de dimensiones diferentes a la orgánica en los procesos de salud y enfermedad. En muchos de los ensayos y relatos se encuentran expresiones sobre esta afirmación.

“...reconocernos a nosotros mismos como los encargados de restablecer **la salud, entendida esta, no como un simple estado sino como un proceso en el que intervienen factores biológicos, mentales y sociales**”⁷⁷

Se reconoce al paciente como un todo, como un ser humano que tiene sentimientos y que es poseedor de necesidades afectivas: amor, apoyo de parte de familiares y amigos y también del médico. En coherencia con este concepto de totalidad se afirma que el paciente no es la enfermedad y por esta razón no puede separarse de su entorno ni ser fraccionado por la medicina.

⁷⁶ Testimonio 15. V semestre. Entrevista.

⁷⁷ Testimonio 16. V semestre. Ensayo.

“Nuestra función como médicos no es sólo dar un diagnóstico, un tratamiento o hacer una excelente operación. Es **comprender a nuestros pacientes**, a nuestros semejantes. Proporcionar o dar muestra de sinceridad, **interés y calor humano**; que maravilloso si tenemos en cuenta los **sentimientos del paciente**. **Ignorar el factor psicológico de los pacientes puede ser un error**, pues un gran porcentaje de las patologías son psicosomáticas.”⁷⁸

A pesar de la claridad de los conceptos que se leen en los testimonios anteriores, el análisis de la información muestra evidencias de que el paciente es fragmentado en la práctica, tanto desde la perspectiva del médico en ejercicio como en la perspectiva del médico en formación. Los elementos que apoyan esta afirmación se presentan en dos tendencias: la minimización de lo psicosocial y la enfermedad en lugar del sujeto.

3.1.1.3.1 Minimización de lo psico social: La lectura que se hace en este sentido se sustenta en la observación participante realizada durante los casos clínicos con estudiantes de VI semestre, cuyos datos entran en contradicción con las afirmaciones de los relatos y ensayos. Al realizar la evaluación grupal de las historias clínicas de los pacientes objeto de discusión es común observar la situación que se presenta en el siguiente registro.

“Ante la evidencia escrita de la historia clínica, en la **que la información consignada no responde a la integralidad bio-psico-social**, la investigadora abre la discusión. La información de carácter biológico es completa, mientras que la psicosocial es escueta y no da cuenta real de las condiciones del paciente. Se plantean diferentes preguntas a los participantes con el fin de tener un mejor conocimiento al respecto.

⁷⁸ Testimonio 17. V semestre. Ensayo.

- **¿ Cuales son las condiciones sociales del paciente?**
- **¿Con quien vive?**
- **¿De donde deriva su sustento ahora que se encuentra desempleado?**
- **¿Cómo está conformada la estructura familiar?**
- **¿Qué repercusiones sobre otros miembro de la familia puede tener la enfermedad y la hospitalización del paciente?**
- **¿Qué dificultades de orden económico se derivan de la atención médica, en relación con el tipo de acceso al sistema de seguridad social en salud?**
- **¿Cómo es el estado afectivo del paciente?**

Una vez formuladas las preguntas se puede constatar que, en la mayoría de los casos, los estudiantes poseen información completa y veraz sobre los aspectos familiares, laborales y afectivos de los pacientes, como muestra de haber establecido una relación lo suficientemente cercana con ellos. Paso siguiente, se indaga por la diferencia entre documento escrito e información obtenida, ante lo cual los participantes aducen fundamentalmente dos factores:

“Es que los docentes **“siempre quieren ir al grano”**, yo recuerdo una ocasión en que estaba presentando la historia del paciente durante la ronda y cuando empecé a hablar de la historia social el profesor me dijo que dejara esa parte para la trabajadora social”⁷⁹.

“ En el modelo de historia clínica se piden siempre datos muy concretos sobre la vivienda, que si hay o no hacinamiento y que si el paciente puede ser cuidado en la

⁷⁹ Testimonio 56. VI semestre. Diario de campo.

casa. Las otras cosas uno las conversa con el paciente, pero como que no tienen cabida ahí”⁸⁰.

No obstante lo anterior, los estudiantes se muestran preocupados por las tendencias actuales que llevan a la despersonalización del paciente, atribuida, en algunos casos, al exceso de cientificismo en la medicina y a la cosificación del enfermo en las prácticas hospitalarias.

3.1.1.3.2 La enfermedad en lugar del sujeto: En lo que hace referencia a la objetivación o despersonalización del paciente durante las prácticas hospitalarias son muchos los testimonios, tanto en los relatos como en las entrevistas, que involucran al personal de salud. A continuación se exponen algunos comentarios al respecto.

“Existe una gran diferencia si a los pacientes se los trata como “aquella paciente es la de la cama 503 B, la de la trombosis del miembro inferior izquierdo” a decir “ella es doña Isabel, una persona con intenso dolor en una pierna, que está sola, está deprimida, es colaboradora, buena conversadora, pero nadie, a excepción de médicos y enfermeras la visita; ellos, con los que tiene contacto, sólo se preocupan por su cuerpo, su pierna, su temperatura, su presión arterial pero no la presión que siente, no sabe en donde, porque sus sentimientos no está siendo cuidados y atendidos”. ⁸¹

En el siguiente relato se refuerza el concepto anterior y se contempla la posibilidad de reconocer al ser humano sin que esto impida conocer la enfermedad del sujeto.

⁸⁰ Testimonio 57. VI semestre. Diario de campo.

⁸¹ Testimonio 58. V semestre. Ensayo

“Es preciso que el médico y todo el personal que se desempeña en el área de la salud o mejor de la enfermedad, sea capaz de **traspasar los límites de la patología**. A diario nos referimos a los pacientes como si sólo fueran una enfermedad; el infarto de la habitación 520, la diabetes de la 532, son expresiones que comúnmente usamos, olvidando o mejor obviando por completo que es un ser humano al que nos dirigimos. Una vez cruzada esta frontera, podremos dar el siguiente paso, que es **descubrir al paciente en sus demás dimensiones**, porque no es sólo cuerpo el que estamos tratando, también confluyen emociones, sentimientos, formas de percibir y descubrir el mundo, etc. Desconocer estas esferas es equivalente a negar el carácter de humanos de nuestros pacientes. Pienso que sólo es posible reconocer al otro en la medida en que somos capaces de **escucharlo y de respetar sus posiciones**. Pero no podemos conformarnos con esto, debemos llegar aún más lejos y **trascender la persona**, recordando que no es un ente aislado de la sociedad, que **hace parte de una familia y de una comunidad y que como tal desempeña un rol dentro de las mismas** asumiendo por lo tanto, que **cualquier acto nuestro puede tener implicaciones más allá de la persona** que estamos tratando. Si bien es evidente que existe la necesidad de profundizar en estos aspectos, me resulta también muy claro que **no podemos pretender sustituir el estudio de las patologías con esta visión, es decir, reconocer al ser humano detrás del paciente no impide conocer la enfermedad que lo aqueja**”.⁸²

En los participantes que han identificado las circunstancias mencionadas atrás se detectan motivaciones hacia los pacientes en el sentido de ser más cuidadosos en el establecimiento de relaciones cordiales, de contar con la autorización previa del paciente para la práctica, para no violentar sus derechos. Ante la pregunta realizada en una entrevista se vio:

⁸² Testimonio 18. V semestre. Ensayo.

¿Cómo creen que estarían los pacientes del hospital si ustedes no estuvieran?

“Hay dos ideas respecto a eso, porque un paciente... claro, depende también del tipo de paciente. Hay pacientes que se aburren aquí de hacer nada, no tienen un periódico, están solos en la habitación. Ellos sienten que tienen a alguien con quien hablar, mientras que hay otros que **por las características patológicas, viene todo el mundo y lo toca, digamos que tiene un tumor en la boca entonces todos vienen: a ver, abra la boca, la abre y listo, ya, chao. Para ellos eso es, creo yo, muy agresivo**”⁸³.

Como reacción a estos fenómenos, los estudiantes toman conciencia de que en sus manos está la posibilidad de que los pacientes conserven su carácter de personas en lugar de ser tratados como objeto de conocimiento, actitud que es tomada en cuenta en las expectativas de formación, como la responsabilidad de humanizar la medicina.

“Es un poco **frustrante en este momento de nuestro desempeño** sentir la **impotencia de ayuda ante aquella persona** que en algunos casos nos ve como ese ángel salvador, aquel que acabará con el sufrimiento, con el dolor en un instante, mientras que en otros casos nos mira con desprecio o con indiferencia, probablemente por experiencias anteriores. Sin embargo, creo que hay algo que si **podemos ofrecer en recompensa a tan generosa donación** y es nuestra compañía, el hecho de ir un poco más allá del cuadro clínico, entrar en contacto con él, con su mundo, hacerle ver que es importante, que no está solo, establecer un lazo entre él y el médico, el cual muchas veces no tiene el tiempo de explicarle con calma su afección, ni lo que está haciendo para mejorarlo. **Somos nosotros los que podemos hacer que los pacientes no sientan como muñecos a los que se**

⁸³ Testimonio 19. VI semestre. Entrevista.

les puede realizar cualquier procedimiento sin oposición ni objeción.

Somos nosotros los que podemos hacer que ellos conserven el sentimiento de ser personas valiosas, tanto como aquel que está allí con una bata blanca".⁸⁴

Este relato, en el que se resalta la importancia de reconocer al paciente como sujeto en interacción e igualdad de condiciones como personas, es a su vez un argumento descriptivo para las motivaciones de los estudiantes (deudas de aprendizaje) y para el sentimiento de impotencia experimentado por ellos durante las prácticas.

En conclusión, los datos señalan la necesidad de recordar que los pacientes no son objetos sino personas que brindan ayuda para echar a andar el proceso de formación médica.

3.1.1.4 El paciente, un ser humano carente de privacidad: En algunos relatos se deja ver la falta de privacidad a la que se someten los pacientes hospitalizados, tanto durante los momentos en los que reciben asistencia por parte de los médicos tratantes, como durante las actividades académicas con estudiantes de diferentes niveles.

"Don Oscar estaba en urgencias; **urgencias me suele desesperar porque siento que allí el trabajo y el verdadero acercamiento médico paciente no es lo mismo, hay demasiada gente viendo**, es incómodo el lugar para hacer las pruebas semiológicas, el calor es otro factor..."⁸⁵

En las entrevistas se oyeron frecuentes expresiones sobre la falta de privacidad de los pacientes. Se citan dos testimonios:

⁸⁴ Testimonio 6. VI semestre. Ensayo.

⁸⁵ Testimonio 20. VI semestre. Relato.

“Otra ocasión desagradable ocurre cuando, al ingresar en la ronda, el paciente cambia su expresión, **son 20 o mas personas enterándose de muchas cosas de las cuales en muchas ocasiones tienden a callar...**somos muchos en esta academia, para aprender en un hospital al cual cada vez llegan menos pacientes, lo cual aumenta notablemente la proporción de personas que deben intimidar al paciente”.⁸⁶

“Muy grave es que **en la ronda se habla de un montón de patologías y el paciente es ahí viendo**, puede suceder que el paciente sale creyendo que puede llegar a tener algún tumor, se crean confusiones en el lenguaje que nosotros utilizamos, que puede llegar a creer cualquier cosa. Es un problema en la discusión porque muchas veces son 20 alrededor del paciente y el ahí mirando a todo el mundo, lo que la gente está diciendo, todo el mundo mirando, todo el mundo habla y habla y el paciente ahí mirando, solamente qué están diciendo. Todo el mundo sale y ahí como... ahí si se sentiría como un objeto. **Mejor dicho, todos hablan de mi y yo no se de que están hablando.** Hacerlo partícipe de lo que se dice o hacerlo en otro lugar”⁸⁷.

“Docentes que **se olvidan del pudor humano** y descubren al paciente delante de una cantidad de gente o **discuten su patología y posibles complicaciones y pronóstico delante de él, dejándolo lleno de angustia y de cuestionamientos**”⁸⁸.

⁸⁶ Testimonio 59. VI semestre. Relato.

⁸⁷ Testimonio 23. VI semestre. Entrevista.

⁸⁸ Testimonio 60. VI semestre. Relato.

3.1.2 Motivaciones de los estudiantes frente a las prácticas con los pacientes: “En el trabajo con mi paciente **aprendí mucho**, primero **porque era un caso típico de cualquier cosa**, apuntaba a todas las enfermedades y segundo, **sobretudo lo más importante, él me llenó de energías para terminar bien el semestre**. La historia la empecé un sábado en la mañana y en la tarde solo iba en interrogatorio, quizás porque aun era muy lenta, pero prefiero pensar que disfruté tanto el trabajo que poco interrumpí sus largos relatos...”⁸⁹

La elaboración de los argumentos descriptivos que darán respuesta a la segunda pregunta de investigación requiere, en aras de una mayor claridad, contar con la lectura que se hizo a las responsabilidades inherentes a la práctica clínica, como trabajo académico. Aunque estas se presentan en el capítulo de expectativas frente al contexto y al proceso de formación, es indispensable saber que, en este sentido, los datos sugieren que las responsabilidades asumidas por los estudiantes reflejan un compromiso mayor y superan las tareas de carácter académico. Lo anterior se expresa en dos tendencias, logros y deudas con los pacientes, cuyos descriptores pertenecen al marco de las motivaciones internas y unos pocos a las externas. En una primera parte se agruparán los logros de los estudiantes y en una segunda las deudas con los pacientes.

3.1.2.1 Logros: Los resultados obtenidos en las intervenciones con los pacientes se perciben como situaciones motivadoras, así mismo como la falta de resultados o la imposibilidad de participación directa en la solución de problemas son no motivadoras. Estas últimas se presentan en el capítulo 4, como descriptores del sentimiento de impotencia. En lo que a logros se refiere, se tienen unos de orden académico y otros de carácter afectivo.

⁸⁹ Testimonio 20. VI semestre. Relato.

3.1.2.1.1 Logros académicos que los acercan al paciente: En el contexto de las prácticas clínicas como parte del proceso educativo, el trabajo con los pacientes tiene gran significado para los participantes, en la medida en que hace posible obtener ganancias sobre el saber específico de la profesión y los acerca al sueño de hacerse médicos. Sobre este punto se expresan algunos de los estudiantes en sus relatos:

En el siguiente testimonio la motivación se da al interior de la relación que establecen el estudiante y el paciente.

“Mis mejores experiencias han sido cuando he estudiando bien al paciente y puedo resolver sus dudas y sus inquietudes frente a su patología o terapéutica. En esos momentos siento que me gano con orgullo la frase “gracias doctor” que el paciente dice tan sinceramente”.⁹⁰

“...yo no encontraba la forma de llegarle al paciente. Ahora por lo menos lo disfruto más, es todavía un poco difícil pero ya pienso que **no hay que preguntarles sólo para la historia,** entonces también experimento alegría respecto al paciente, cuando veo que se mejora, que se siente bien, pero también **experimento alegría cuando puedo hacer un examen físico** en el que puedo encontrar cosas que después cuando corroboro con la historia del servicio **me doy cuenta que lo hice bien”**⁹¹

En una dimensión más externa aparece la asignación de tareas académicas por parte de los docentes, punto que surgió en una entrevista, como respuesta a la pregunta sobre las responsabilidades con los pacientes. Aunque esto será ampliado más adelante, se deja un testimonio representativo:

⁹⁰ Testimonio 61. VI semestre. Relato.

⁹¹ Testimonio 21. V semestre. Entrevista.

¿Si ustedes asumen que no son el médico tratante, cuales son entonces las responsabilidades con los pacientes?

“...pero sin embargo la cosa que nos pasó con el Dr. tal el primer día. Dijo a los médicos internos: si tiene alguna duda les pregunta a ellos (es decir a nosotros). Doctor, me dijo, si alguno de ellos (los internos) tiene dudas, usted tiene que darle respuestas. Entonces en ese momento **a uno le están dando también responsabilidades académicas y uno tiene que responder**”⁹².

3.1.2.2 Acercamientos de carácter afectivo: confianza, compasión, alegría, tristeza, amistad, gratitud: En esta tendencia, que tiene concordancia con los argumentos descriptivos del aprendizaje para la vida, el establecimiento de vínculos afectivos se perfila como motivación para acercarse a los pacientes y en esa misma dirección como motor para el desarrollo académico y personal. Los participantes utilizan con frecuencia expresiones de reconocimiento de la esfera afectiva, tanto de los pacientes como de ellos mismos.

“Durante ese recorrido me tocó ver todo un proceso humano de los mil sentimientos que se pueden dar durante el camino. Me tocó conocer inicialmente la **cordialidad y la alegría** de una joven que luego de ir conociendo su patología se tornó en negación, depresión, tristeza y por último esa llama que no se apaga **ESPERANZA**. De allí **surgió una muy linda amistad, me reconfirmó la importancia que tiene para un paciente el apoyo no solo clínico sino también moral**. En relación con esto recuerdo la frase que una vez me dijo un paciente **“Niña: usted viene y yo me alivio”**.⁹³

⁹² Testimonio 9. VI semestre. Entrevista.

⁹³ Testimonio 20. VI semestre. Relato.

En este relato se destaca la necesidad de abordar las dimensiones no orgánicas de los enfermos, al tiempo que se recuerdan expresiones de los pacientes sobre la aceptación de las intervenciones de los estudiantes en el acompañamiento afectivo. En otro testimonio se expresa esta misma idea, a la que se suma la afirmación de la confianza como condición necesaria para el establecimiento de vínculos entre pacientes y estudiantes o médicos.

“Mi paciente es mi amigo, alguien quien me abre su corazón y me confía sus temores sin miedo de mostrarse vulnerable, es alguien que confía en mis capacidades y sabe que ante todo él no será para mí otra estadística y estaré presto para ayudarlo y acompañarlo a superar sus males”.⁹⁴

En palabras de otro estudiante, la confianza en el médico es la condición que mueve al paciente a manifestar plenamente sus problemas de salud, por lo que confianza y credibilidad deben ser alcanzados en el proceso de aprendizaje.

“Necesariamente la relación médico paciente está sustentada en otras múltiples aptitudes y capacidades. Generalmente **es el mismo paciente quien expresa y da a conocer sus problemas de salud, pero esto sólo lo hace a plenitud cuando él siente que quien lo escucha, en realidad hará todo lo posible por tratar de darle solución.** Esto implica que como parte de mi aprendizaje como médico debo proyectar dos valores fundamentales: **confianza y credibilidad**”⁹⁵.

Este último testimonio describe, de manera excepcional, la manera como la confianza y la credibilidad del paciente sobre la persona del médico son determinantes en el tipo de relación que pueda establecerse entre ellos.

⁹⁴ Testimonio 21. VI semestre. Ensayo.

⁹⁵ Testimonio 22. VI semestre. Ensayo

Si se retoma la apreciación de los estudiantes, en lo referente a la necesidad de estar atento para no convertir al paciente en un objeto de aprendizaje (el término objeto empleado por ellos denota cosificación), el siguiente testimonio muestra cómo el establecimiento de vínculos humanos, a través de la confianza con el paciente, es empleado como estrategia para solucionar este dilema:

¿En este momento ustedes que hacen para evitar el problema de ver al paciente como un objeto de estudio?

“ A ver. Yo le doy mucha confianza. Yo diría que uno le da confianza y **esa confianza como que ya no es el interrogatorio dirigido** como en semiología, **sino que ya es como una conversación entre los dos, hablar de la vida...**no pues que viajé y que no se que, y que le cuenten a uno historias de su vida, porque **el paciente ya como con esa confianza se libera y le cuenta las cosas a uno que no le contaría a otros**, por ejemplo las cosas íntimas de su vida sexual que es muy difícil sacarle a un paciente y mas si de pronto tiene otras tendencias, pues es muy difícil en un paciente que no le tenga confianza”⁹⁶.

“...no dejar que las condiciones que tenga el paciente lo limiten a uno a que sea un objeto de estudio por pobre, todos por igual, todos son personas, porque **así uno no quiera, uno tiene que tener un objetivo cuando lo va a ver**; o sea, sacarlo adelante, qué es lo primordial y para eso uno tiene que estudiar. O sea que **objeto de estudio siempre tiene que ser**. Pero yo creo es no perder eso acá. Uno tiene que verlo como un objeto de estudio **pero también ver una persona a la que tiene que mejorar la calidad de vida y sacarla adelante como sea, hacer el máximo esfuerzo**”⁹⁷.

⁹⁶ Testimonio 23. VI semestre. Entrevista.

⁹⁷ Testimonio 24. VI semestre. Entrevista.

Los datos muestran también sentimientos de gratitud de los estudiantes hacia los pacientes y de los pacientes hacia los estudiantes. Para el estudiante, el hecho de ser aceptado por parte del paciente, no obstante ser reconocido como aprendiz, se convierte en una motivación importante para el trabajo.

“... me da mucha tristeza con una paciente que tuve en agudos, Maria Eva; ella estaba muy enfermita pero es que yo sentía que yo no le caía bien. Yo no se porque, pero yo hacía el esfuerzo. Ella tenía una diarrea crónica y la tuve durante toda la rotación. Tenía una tuberculosis peritoneal y muchas complicaciones, **yo hacía mucho esfuerzo al principio y luego me desmotivé porque ella conmigo como que no.** Yo se que estaba muy enferma y uno comprende, pero también le da tristeza y pierde el interés. **No hay como trabajar con alguien con quien uno se lleve bien, como que la persona confíe en uno, que uno pueda sentir como que los dos están dando un poquito**”⁹⁸.

En una entrevista se preguntó por experiencias con los pacientes:

¿Ustedes recuerdan alguna experiencia personal que lo haya motivado en el trabajo con los pacientes?

“A uno los pacientes la mayoría no se le olvidan y he tenido como buena relación con ellos. Algunos me han regalado manzanas, otros le preguntan a uno el nombre y cosas de su vida y le dicen que lo van a recordar mucho. Esto se ve mucho con pacientes que no tienen a nadie y como que sienten en uno como un apoyo. Pero creo que **casi todos le demuestran a uno ese afecto y por lo menos uno**

⁹⁸ Testimonio 24. VI semestre. Entrevista.

nota que los pacientes quedan agradecidos por el trabajo que uno hace con ellos. Eso es muy bueno para uno⁹⁹.

“... y ellos también como que se dan cuenta si uno verdaderamente se preocupa por ellos o solamente está ahí por cumplir. Muchas veces ellos mientras uno está ahí haciendo la historia le colaboran a uno pero también como que esperan a ver uno como en que tónica va. Me parece que además es como un vicio bueno, de todos, es que seguimos viendo al paciente hasta que se vaya, no porque toque sino como para preguntarle como está. **Con todas esas expresiones de los pacientes e incluso de la familia uno se siente bien. No es que uno se crezca sino que eso le ayuda sentirse muy bien con lo que está haciendo. Es una satisfacción en el trabajo que lo hace sentir que uno está haciendo las cosas bien**”¹⁰⁰.

3.1.2.3 Deudas de aprendizaje: Esta tendencia que se ha denominado **“deudas de aprendizaje”** puede considerarse como una expresión adicional de la afectividad, construida sobre los sentimientos de gratitud hacia los pacientes que co-laboran en las prácticas. Dado que las referencias hechas por los estudiantes son muy comunes en las diferentes fuentes de información, se quiso presentar por separado para destacar su impacto como motivación para el trabajo con los pacientes.

En los datos se observaron básicamente dos descriptores: en el primero los estudiantes reconocen la importancia del paciente para el aprendizaje y en el segundo expresan su deseo de retribuirle con algo por su ofrecimiento.

⁹⁹ Testimonio 25. VI semestre. Entrevista.

¹⁰⁰ Testimonio 26. VI semestre. Entrevista.

3.1.2.3.1 Es más lo que ellos me enseñan a mí: El siguiente relato es sólo uno de los muchos testimonios que hacen referencia a este punto e ilustra, de manera clara, no sólo la gratitud por los pacientes, sino también su significado para el proceso de aprendizaje y el reconocimiento de las limitaciones por parte de los estudiantes. Este último punto se argumentará más ampliamente en la categoría número 4, que se refiere a las necesidades expresadas por los médicos en formación. "Honestamente, considero que **aun es mucho el camino que me falta por recorrer para dar respuesta a las necesidades de los pacientes**, pues aunque he avanzado un gran trecho por la senda de esta carrera, me siento como en una pista de vuelo, calentando motores para poder volar sola, sin embargo aun siento que mis alas son demasiado débiles, pero también se que se harán fuertes poco a poco, no sólo con los conocimientos académicos que diariamente adquiero sino a través de la interrelación con profesores, compañeros, "colegas" y demás profesionales de la salud que día a día me enseñan de la mejor manera: con el ejemplo y además a través del contacto continuo y constante con los pacientes, que a decir verdad son el mejor libro en el cual aprendo, **a tal punto que a veces siento que es mas lo que ellos me enseñan a mí, que lo que yo aun soy capaz de hacer por ellos, pues sus enseñanzas trascienden mas allá de cualquier libro y enriquecen no sólo mi educación sino mi vida misma.**¹⁰¹

La afirmación "es más lo que ellos me enseñan a mi" lleva implícito el reconocimiento de una "deuda de aprendizaje", que en otros testimonios se hace expresamente.

¹⁰¹ Testimonio 27. VI semestre. Ensayo.

3.1.2.4 Saldar deudas de aprendizaje: Lo anterior se lee con frecuencia en los relatos y entrevistas como una tendencia complementaria, en la que se expresa el deseo de retribuir a corto y a largo plazo los gestos de generosidad de los pacientes.

“Sin embargo, creo que hay algo que si podemos **ofrecer en recompensa a tan generosa donación y es nuestra compañía**, el hecho de ir un poco mas allá del cuadro clínico, entrar en contacto con él, con su mundo, hacerle ver que es importante, que no esta solo, establecer un lazo entre él y el médico, el cual muchas veces no tiene el tiempo de explicarle con calma su afección, ni lo que está haciendo para mejorarlo. Somos nosotros los que podemos hacer que los pacientes no sientan como muñecos a los que se les puede realizar cualquier procedimiento sin oposición ni objeción. Somos nosotros los que **podemos hacer que ellos conserven el sentimiento de ser personas valiosas, tanto como aquel que está allí con una bata blanca**”.¹⁰²

“Uno no puede ser tan egoísta y querer recibir y recibir y recibir. Si el paciente quiere que uno le de un poquito de conversación, que si el paciente quiere como relajarse un poquito aquí en el hospital, **no le veo nada de malo que a un paciente que le regaló a uno tres o mas horas para hacer la historia clínica uno le regale media horita mas de conversación**”¹⁰³.

En este relato se lee la necesidad de algunos estudiantes de “saldar las deudas” en el aquí y el ahora, recompensando con compañía. Para otros, las deudas son de carácter social, susceptibles de ser pagadas a largo plazo, sólo en la medida en que se logre una adecuada estructuración en los médicos, pues de su visión integral depende la salud del mañana.

¹⁰² Testimonio 6. VI semestre. Ensayo.

¹⁰³ Testimonio 28. V semestre. Entrevista.

3.1.3 Expectativas de los estudiantes frente al contexto y al proceso de formación: En lo que hace referencia a las expectativas de los estudiantes, los datos muestran fundamentalmente dos situaciones: una persistente afirmación sobre el impacto del sistema actual de salud en el quehacer del médico y una clara aceptación de responsabilidades frente a la realidad de la medicina y la salud. En este orden de ideas se presentan las siguientes categorías:

3.1.3.1 Expectativas frente al contexto: En las diferentes fuentes de información se identifica un contexto global en el que se ubica la medicina actual y uno local que corresponde a las prácticas académicas propiamente dichas.

3.1.3.1.1 El contexto global de la medicina actual:

- **Las políticas de salud: un factor poco favorable para médicos y pacientes:** Tanto en los ensayos y relatos individuales como en las entrevistas grupales son comunes las referencias que se hacen al sistema actual de salud en Colombia y, particularmente, al marco de la Ley 100. La influencia negativa del sistema es expresada por unos participantes, desde la perspectiva del médico, como una realidad en la que existen condiciones laborales menos favorables; mientras que otros lo hacen desde la perspectiva del paciente, quien finalmente puede verse afectado por los resultados. En cualquiera de las dos situaciones se revelan expectativas frente a la participación de las EPS, como figuras empresariales que intermedian la relación de médicos y pacientes.

“Existe hoy en día un problema muy grande en el sector de la salud que creo que debe ser tomado en cuenta y es la relación con las EPS, las cuales deterioran y dificultan la labor clínica y acaban cada vez más con la relación medico paciente. **El reducido espacio de tiempo que dura la consulta** (la mayor parte del cual es

empleado para papeleos exigidos por la empresa) **deja un brevísimo espacio para conocer, aunque sea someramente, al ser humano que tenemos en frente**, cerrando una gran puerta que nos permitiría llegar a un mejor diagnóstico, en un menor tiempo y de manera más fácil”.¹⁰⁴

La limitación en el tiempo asignado para la consulta es considerada en el relato anterior como un factor negativo, tanto para la interacción de los participantes, como para la elaboración del diagnóstico. Son comunes, también, los relatos que hacen alusión a la fuerza que toman los indicadores cuantitativos en el ejercicio médico expresados de diferentes formas, pero que parecen confluir en la percepción de cambios trascendentales en los propósitos de la profesión médica y en la identificación de la política empresarial como una amenaza para médicos y pacientes.

“Menos comprensible es que **la verdadera labor del médico se vea empañada por entidades que neutralizan la función del médico**, para tener menos gastos e ingresos más altos y con esto interpretan a los pacientes como cifras estadísticas, como formato para archivar o más deprimente aún, como cuentas de cobros”.¹⁰⁵

En este mismo sentido se expresa un estudiante en el siguiente testimonio:

“Otra manera, punto o situación que hay que cambiar para lograr una mejor relación médico paciente es definitivamente acabar o reformar del todo la ley 100, **que la salud no sea dirigida por economistas sino por personal encargado y que conozca de salud, para devolver a nuestra práctica el sentido y/o enfoque humanitario** que siempre nos caracterizó y que ahora nuestros dirigentes **nos quieren cambiar o cambiaron por el signo \$ (pesos)**, así como cambiaron el

¹⁰⁴ Testimonio 29. V semestre. Ensayo.

¹⁰⁵ Testimonio 17. V semestre. Ensayo.

nombre de paciente por usuario y el de médico por demanda o prestador de servicio”.¹⁰⁶

Esta es sólo una de las muchas alusiones que se hacen sobre los cambios desatados por la incursión de intermediarios en la medicina que, bajo una mirada más administrativa que médica, hacen impacto en la relación médico paciente. Por otra parte, se percibe la Ley 100 como una reglamentación restrictiva para la atención médica, la cual entra en contradicción con los propósitos de la misma, toda vez que “condiciona”, “desnaturaliza” y permite la “intermediación” con “fines lucrativos” en la “venta de servicios”. Estos son términos usados con frecuencia por los participantes, los cuales se entrelazan en el testimonio que se cita a continuación.

“Claramente se puede apreciar como día a día se ha venido **desnaturalizando** la atención médica, **condicionada** a leyes, reglamentos, estatutos y toda clase de normas, hasta casi convertirla en una profesión que tiene como fin brindar **ánimo de lucro** monetario **a terceros**, a quienes poco o nada interesa una integral relación médico paciente”.¹⁰⁷

A los elementos del contexto que se han descrito hasta el momento se suma uno que tiene gran importancia por su capacidad de desestabilizar al médico ante sus deseos de responder al altruismo de la profesión, y es el reconocimiento de las necesidades cotidianas de cualquier persona, a las que no puede escapar el médico en su propósito de supervivencia.

“Nos movemos en un ambiente que nos deja menos tiempo para ser nosotros mismos y nos pone el reto de ser eficientes para sobrevivir. Este

¹⁰⁶ Testimonio 30. V semestre. Ensayo.

¹⁰⁷ Testimonio 31. V semestre. Ensayo.

desolador paisaje va horadando en nuestras interacciones con otros, dejando pocas posibilidades para un diálogo “comunicativo”. Desde la relación maestro-alumno, marido-mujer, médico-paciente, jefe-empleado, vemos un panorama poco colorido porque en sus bases se encuentran la lucha de poderes y los conflictos del control”.

108

En resumen, los descriptores de esta categoría se pueden representar como el impacto que la lógica del mercado ha puesto sobre la medicina en el curso de los últimos años, generando tensiones en las expectativas frente al rol médico y a la relación médico paciente, expresados de la siguiente manera:

- Atención médica / Venta de servicios
- Calidad / Cantidad o Beneficios para el paciente / Cobertura
- Vocación / Supervivencia
- Beneficios / Costos

Tal como se pudo observar en las descripciones anteriores, las expresiones de descontento de los estudiantes frente al contexto laboral abundan en los relatos, siendo frecuentes también los planteamientos sobre proyecciones hacia el futuro.

Las respuestas de los estudiantes frente a las condiciones desfavorables del contexto se muestran bajo dos alternativas:

- Como posibilidades de mejoramiento
- Como algo inmodificable que exige adaptación

¹⁰⁸ Testimonio 32. V semestre. Ensayo.

Como posibilidades de mejoramiento: Para algunos, reformar o replantear la ley 100 es un requisito para recuperar lo que se ha perdido en el ejercicio de la profesión. Un estudiante ilustra claramente su oscura perspectiva del futuro en el ejercicio médico cuando afirma:

“El ejercicio de la medicina se ha ido convirtiendo cada vez más en la simple venta de un servicio a un cliente que necesita un poco de bienestar, esto atribuible tal vez al agitado mundo en el que se desenvuelve la sociedad actual, **convirtiendo de esta forma la relación medico paciente en casi un sueño**”.¹⁰⁹

Para otros, a pesar de que los datos revelan la existencia de un sistema que absorbe a los médicos, se abre la posibilidad de afrontar el problema asumiendo posiciones individuales, que los actores hacen explícitas al reconocerse como partícipes directos en la calidad de la relación médico paciente. El siguiente testimonio es un ejemplo de ello.

“Está totalmente claro para todos que los minutos dados por las EPS para la atención de cada paciente es muy reducido, pero **está en el médico saber jugar con ese espacio de tiempo**. Se sabe que es difícil pero no imposible, porque después de girar por varios consultorios encontré el médico que en 20 minutos, además de examinarme físicamente, **encontraba la manera de entablar un diálogo aunque no muy profundo, si satisfactorio y digno de dos personas que a pesar de no ser iguales ni en conocimientos, ni en experiencias, podían aprender mutuamente de la vida**”¹¹⁰

¹⁰⁹ Testimonio 29. V semestre. Ensayo.

¹¹⁰ Testimonio 62. V semestre. Ensayo.

También se encontraron algunas declaraciones de quienes asumen las dos posibilidades de acción:

“Estoy completamente segura de que liderar y apoyar ideas que inciten, promuevan e inculquen una **reevaluación de la ley 100** y la forma como está estructurada la salud por medio de esa reglamentación, es una medida fundamental para mejorar los servicios de salud; **pero estoy aún más convencida de que soy yo la que puede cambiar las cosas**, pues cada uno de nosotros desde este mismo instante puede empezar a entregar lo mejor de sí, sin esperar a un futuro próximo en el que se ejerza la profesión”¹¹¹.

“La crisis en que esta relación se encuentra ahora no me amedrenta, no me paraliza, antes por el contrario, me parece que **se encuentra dentro de lo “normal” dado el mundo globalizado, comercializado, sobreinformado e impersonal en el que vivimos**. Esta crisis, que espero no sea la única ni la última, me hace pensar en buscar nuevas y novedosas formas para re-acercarme al nuevo paciente y tornar de nuevo para mi y mi gremio su confianza”.¹¹²

Como algo inmodificable que exige adaptación: Contrario a lo que se planteó en párrafos anteriores, la percepción de algunos frente a los retos del contexto es de naturaleza más conformista, dejando la idea de una realidad ineludible, que al formar parte del mundo actual requiere fundamentalmente de adaptación.

“Si bien es infructuoso revelarse contra el sistema es preferible adaptarnos a él haciéndolo más humano. El arte de la medicina es cultivado fértilmente entre médico y paciente cuando los dos se identifican como personas,

¹¹¹ Testimonio 31. V semestre, Ensayo.

¹¹² Testimonio 32. V semestre. Ensayo.

cuando se cura el enfermo y no cuando se acaba con el ente invisible de la enfermedad; cuando se abarcan todas las dimensiones humanas incluyendo las no tangibles".¹¹³

Aunque en la estructura de este informe se tiene un espacio para las expectativas de formación, tiene sentido en este momento mostrar la participación de la universidad en la construcción de las representaciones sociales relacionadas con el contexto laboral. Mientras se conversaba sobre el tiempo que se dedica a los pacientes se invitó a los participantes a reflexionar sobre cómo se hace la consulta en las EPS. Se hicieron varias intervenciones sobre el momento actual, como una preparación para responder a los retos del contexto.

Ante la afirmación "**Todo el mundo se va preparando para afrontar esa experiencia**" se hizo la pregunta: ¿Cómo se prepara uno para eso?

"Digamos **los profesores a diario nos hablan de eso**, de las EPS, del tiempo que uno tiene, entonces **uno como estudiante como que se va haciendo esa idea**, entonces a medida que uno va avanzando también tiene que decir "tengo que rendir más, tengo que hacer más en poco tiempo". **Cómo se hace esto? Pues yendo al grano**, inmediatamente así (chasquea los dedos) Entonces ahí está lo que dice Rubén, se olvida uno de la persona como tal. Es por eso, por esa mentalidad que uno se va formando, que en 15 minutos usted tiene que saber lo que tiene el paciente y conocerlo"¹¹⁴.

Lo anterior deja ver la influencia del contexto laboral sobre las prácticas educativas.

¹¹³ Testimonio 33. V semestre. Ensayo

¹¹⁴ Testimonio 23. VI semestre. Entrevista.

3.1.3.1.2 El contexto de las prácticas clínicas en medicina: El análisis de esta categoría describe las condiciones particulares de los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas, en su primer año de práctica. Los descriptores permiten identificar dos tendencias: por una parte la asunción de las responsabilidades derivadas del trabajo con los pacientes y por otra las responsabilidades actuales como una anticipación de la responsabilidad médica.

- **La transición de básicas a clínicas o el asumir responsabilidades nuevas:** En los testimonios no es infrecuente encontrar expresiones sobre el significado de la transición de básicas a clínicas, considerada por los actores como un cambio trascendental en la asunción de responsabilidades. Se pasa de una responsabilidad exclusivamente académica por un tema específico a una responsabilidad, mucho mayor, por el paciente.

“Conforme fueron pasando los semestres la tarea y el compromiso fueron creciendo, pues **ya no solo tendría que responder por un tema de clase, un parcial o un trabajo**, sino también **por mi paciente**, que en mi caso personal **es la persona más importante que tengo en el hospital en esos momentos, por la persona que debo preocuparme y en la que debo pensar desde el momento de la asignación hasta el momento de su salida**”.¹¹⁵

El imperativo de tomar conciencia sobre la trascendencia y el carácter inaplazable de las nuevas “tareas” (comillas de la investigadora), en el contexto de las prácticas estudiantiles, se ilustra con las palabras de un estudiante que afirma que “...**a pesar de que apenas estoy en formación ya hago parte del inicio de una práctica**

¹¹⁵ Testimonio 5. VI semestre. Ensayo.

real¹¹⁶, lo que puede leerse como un sentimiento de responsabilidad y de asumir que **no se trata de "jugar al médico"**.

El análisis de los datos deja ver tres percepciones sobre el significado de la transición:

- De aprender un tema a aprender para los demás
- De los temas a los pacientes
- De la nota a la responsabilidad por la vida de alguien.

DE APRENDER UN TEMA A APRENDER PARA LOS DEMÁS

"...todo viene de un estudio de conciencia de cada uno. Entonces, si uno está realmente comprometido con la carrera, **uno de verdad que se responsabiliza con las tareas, se responsabiliza con el paciente que uno tiene**, en el sentido de estar ahí constantemente y saber que es lo que tiene, y que le va a pasar, y cual es el pronóstico. Pero todo viene de...digamos que de cada uno de nosotros. **Si yo soy consciente de qué estoy estudiando y que estoy aprendiendo para los demás**, en ese sentido, de verdad, se van a ver los resultados"¹¹⁷.

De los temas a los pacientes: " Desde V es cuando uno se mete en las clínicas como tal. Entonces, antes respondía por el tema, bueno, llegaba a leer el tema, si no lo leí... ah bueno. Y ahora es diferente porque uno está respondiendo por una persona, precisamente por eso uno tiene que haber leído el tema pero también tiene que conocer al paciente, saber lo que tiene, saber como es, la familia le pregunta a uno mucho. No sólo por la familia, también por el mismo paciente"¹¹⁸.

¹¹⁶ Testimonio 22. VI semestre. Ensayo.

¹¹⁷ Testimonio 9. VI semestre. Entrevista.

¹¹⁸ Testimonio 23. VI semestre. Entrevista.

Queriendo hacer claridad sobre la afirmación anterior, y considerando que los estudiantes del primer año de prácticas clínicas no tienen compromisos directos en la "atención médica" de los pacientes que le son asignados, se preguntó:

¿Cuáles son las responsabilidades con los pacientes? Ustedes asumen que de ninguna manera son el médico tratante. ¿Es así?

"Si. Yo creo... uno sabe que no lo puede ayudar tanto como profesional en estos momentos, pero si tiene uno...o por lo menos a mi me parece, que **la responsabilidad de nosotros con los pacientes es más moral que otra cosa**. Es más que...cuando esté hablando y exponiendo una historia clínica, que una persona esté pendiente de...los pacientes son pendientes de uno, como a ver que voy a hacer; o si uno dice se fumaba tres cigarrillos y el dice: No, me fumaba 5. si me entiendes, es más como la **responsabilidad moral que uno adquiere al llegar y preguntarle usted porque vino y que el paciente le diga es que me duele aquí, dígame que tengo**"¹¹⁹.

De la nota a la responsabilidad por la vida de alguien: "... y porque ahora uno ya no estudia por la nota, porque antes si, **Ah: tengo examen, lo estudiaba y casi siempre le iba bien, pero** ahora uno estudia porque le preocupa después **cuando esté en el rural o en XI que** llegue un paciente y si no sé de eso que hago, la responsabilidad es mía y ya. **Pues si me evalúan o algo pues no va a tener nada que ver porque ya** está en juego es la vida de alguien **y si yo ahora no lo aprendo entonces cuándo**"¹²⁰.

En este último párrafo se proyectan las responsabilidades futuras.

¹¹⁹ Testimonio 24. VI semestre. Entrevista.

¹²⁰ Testimonio 25. VI semestre. Entrevista.

- **Asumir desde ya las responsabilidades sociales:** Como complemento a las consideraciones anteriores se describe la asunción de compromisos que traspasan las fronteras de lo académico, entendidas como una responsabilidad social frente a la confianza que depositan los pacientes al poner su vida en las manos del médico.

“Es un deber tanto para conmigo como con la sociedad, la cual deposita la confianza entregando su propia vida, con fe en nuestro conocimiento y en nuestra capacidad. Esta responsabilidad es la que hace que pongamos todo de nuestra parte para tratar de asimilar un universo de información, mucha de ella de gran utilidad, otra parte intrascendente, pero que es definitivamente necesaria para nuestro ejercicio”¹²¹.

Como parte de esa responsabilidad social el análisis de los datos muestra el gran peso específico que se le da a las competencias y conocimientos técnico científicos, como sustrato para responder a los problemas de salud de los pacientes.

“Desde el momento en que asumí estudiar medicina fue necesario hacerme consciente de esa **necesidad de aprendizaje permanente... mi conocimiento debe ser actualizado.** Para nadie es extraño que en el mundo de la medicina “lo nuevo” es cada vez mayor, y sería entonces erróneo y frustrante **no ser capaz de dar respuesta a un problema, sólo por mi desconocimiento**”¹²²

¹²¹ Testimonio 6. VI semestre. Ensayo.

¹²² Testimonio 22. VI semestre. Ensayo.

Uno de los participantes expresa su preocupación por la calidad académica en el proceso de formación, sustentada en la consideración de que por falta de excelencia puedan obtenerse resultados negativos en la atención de los pacientes.

“... del empeño y dedicación por nuestros enfermos depende el futuro y bienestar de ellos y de sus familias. De otra parte, ahora en pregrado es imprescindible el esfuerzo a realizar para ser excelentes profesionales de la salud. La omisión, desidia o mal diagnóstico y tratamiento llegan a causar daño”¹²³

En el anterior relato se hace además un reconocimiento al impacto que sobre la familia y la sociedad puede producir la intervención del médico, reflexión que da mayor significado a la responsabilidad. En este mismo sentido se encontró que aunque muchos de los relatos reconocen la importancia de la calidad humana del médico, se tiene claridad sobre el equilibrio que debe buscarse a través de una preparación adecuada y actualización permanente de los conocimientos, pues **“una buena relación médico paciente por si sola no garantiza un éxito en mi práctica clínica”** ¹²⁴

3.1.3.1.3 Los pacientes reflejan la realidad del país: El último elemento incorporado a la categoría de las expectativas frente al contexto se refiere a las oportunidades que tienen los estudiantes, en el desarrollo de las prácticas clínicas, de conocer la realidad local, regional y nacional. Como un aprendizaje adicional los participantes se expresan sobre esto, tanto en los relatos y ensayos como en las entrevistas, cuando afirman:

¹²³ Testimonio 34. V semestre. Ensayo.

¹²⁴ Testimonio 22. VI semestre. Ensayo.

“He aprendido también que la situación del país en general no es muy alentadora y que ésta ha influido en la economía, la educación y la salud del pueblo, afectándolo en forma tanto física como psicológica, convirtiéndose así en un círculo vicioso”¹²⁵.

“Aquí en VI semestre uno se da cuenta de que el problema académico hasta de pronto es el de menos, porque **ya aquí es donde llegan como los otros problemas que hay en todas partes del país**. Todo eso se refleja en que **la consulta no vaya a ser la mejor, que todas las dificultades que estamos atravesando ahorita, todo el grado de pobreza, mucha falta de educación en muchas cosas y todo eso como que...** como que a uno ya la nota (evaluación) como que le importa muy poquito y uno ya se va metiendo como en otro cuento”¹²⁶.

Aunque las condiciones socioeconómicas de los pacientes del hospital se reflejan en muchos de los datos, un estudiante identifica esta situación como una experiencia desagradable.

“Durante mi estudio en el colegio y en básicas en la universidad conocí gente que más o menos tenía unas condiciones económicas y sociales muy semejantes, pero **al entrar y empezar clínicas fue muy duro para mi y me causó depresión mucho tiempo el hecho de venir y encontrarme con una realidad totalmente distinta a la que yo vivía**. Me encontré con personas que tienen que **dejar de seguir un tratamiento indicado por el hecho de no tener dinero**, con personas que durante el día **solo comen arroz para calmar el hambre**, con personas que aparte de tener que superar la enfermedad tienen que **superar la**

¹²⁵ Testimonio 35. VI semestre. Ensayo.

¹²⁶ Testimonio 26. VI semestre. Entrevista.

tristeza de no recibir visita porque su familia no tiene dinero para visitarlos”¹²⁷.

“Otra cosa que a mi me pareció como impactante era por ejemplo, ahorita y desde hace mucho tiempo uno lo ha estado observando, que tal paciente no se le ha podido hacer nada porque no tiene EPS y necesita un medicamento. **Muchos pacientes están en condiciones que económicamente están muy mal y verlos como que estén ahí sin mejorar nada. Eso también entristece”¹²⁸.**

3.1.3.2 Expectativas de formación: En las expectativas de formación se encontraron dos aspectos que tienen relación estrecha entre sí, pero que en aras de la ilustración se presentarán de manera independiente. El deseo de ser un buen médico se conjuga con el deseo de desarrollar un proyecto de vida en el que tengan cabida los intereses del sujeto como persona.

3.1.3.2.1 Ser un gran médico: En los argumentos descriptivos de esta categoría se encuentran algunas tendencias que pueden ser leídas como proyecciones a la profesión médica propiamente dicha, en las que se resalta la necesidad de no circunscribirse a la intervención sobre lo orgánico o sobre la enfermedad, aspecto ya comentado como fragmentación del paciente en la atención.

“Medicina es más que revisar, diagnosticar y prescribir; **medicina es escuchar, entender y valorar a las personas que acuden hacia nosotros pero sobre todo es aprender de ellos para sumar y ganar experiencia** y así nosotros

¹²⁷ Testimonio 63. VI semestre. Relato.

¹²⁸ Testimonio 36. VI semestre. Entrevista.

mejorar cada día tanto como personas y como médicos frente a nuestros futuros pacientes”¹²⁹.

Tal como se ha descrito en los capítulos anteriores, el desarrollo de las competencias técnico científicas aparece marcando prácticamente todas las categorías de descripción, dejando claridad sobre las necesidades y expectativas en relación con el HACER y que son inherentes al proceso educativo de cualquier profesión. Los datos hacen referencia a la participación del médico en la recuperación de la salud, lo cual no parece generar ninguna discusión, dado que se reconoce como un aspecto implícito en el hacer del médico. En este sentido, no se dará mayor profundidad en los argumentos, pues, al no formar parte del rol actual de los estudiantes de medicina y al reconocer la presencia de otras personas (personal de salud que labora en el hospital) encargadas de atender la enfermedad como tal, no toma posición como descriptor de las necesidades de los pacientes. El siguiente testimonio ratifica la apreciación anterior.

“Si bien es cierto que **el conocimiento es la base principal para dar respuesta a los problemas de salud de los pacientes**, él se torna incompleto ante la complejidad del ser humano. Por ello la práctica médica se constituye como una estructura donde confluyen el conocimiento adquirido durante nuestra preparación como profesionales de la salud y la experiencia se gana con el continuo tratar del enfermo. Sin embargo, **tal práctica** no se concentra tan solo en los conceptos conocimiento y experiencia, sino que **trasciende a un plano más global y a la vez tan específico como es la interacción con los pacientes**”¹³⁰.

¹²⁹ Testimonio 37. VI semestre. Ensayo.

¹³⁰ Testimonio 7. VI semestre. Ensayo.

Dado que el propósito profesionalizante, implícito en la estructura curricular y en el plan de estudios, no es objeto de esta investigación se hará la argumentación de las categorías que se relacionan fundamentalmente con el SER MÉDICO.

Las necesidades cotidianas de los pacientes son resaltadas con frecuencia por los actores como situaciones que marcan la pauta en el SER MÉDICO, si se da por cierta la necesidad de reconocer al paciente como otro ser humano en interacción.

"...el paciente debe sentirse escuchado, comprendido y respetado y esto solo ocurre cuando **el médico logra entender que tiene enfrente a otro ser humano igual a él**, que no se siente bien y que le ve como alguien que puede ayudarlo para alcanzar el bienestar que de una u otra forma ha perdido".¹³¹

La intervención del médico propuesta en el relato anterior implica, según los participantes, sumergirse en el ámbito de los valores, como parte de la formación humana de los profesionales.

"Valores, bases de persona íntegra, ciencias, técnicas, disciplina, no son suficientes, necesito **mayor formación humana, mas oportunidades para crecer**, identificar guías en mi vida, necesito que mi espíritu crezca vivo, alegre, lleno de amor; necesito alguien en quien recostar mi cabeza y contarle, aunque sea un poco, contarle algo de mí"¹³².

En las expectativas de formación, para llegar a ser un gran médico se debe seguir el propósito de servir a las comunidades, como una tarea de mejoramiento de la calidad de vida.

¹³¹ Testimonio 38. V semestre. Ensayo.

¹³² Testimonio 39. VI semestre. Ensayo.

“No podemos olvidar que de nosotros depende el futuro, y hablar de futuro es hablar de esperanza, **disponemos de muchos conocimientos “científicos”, pero a veces olvidamos que el ejercicio de la medicina no puede reducirse solo a ellos**, por lo tanto es necesario contar con espacios que nos ayuden a formarnos como personas y a **desarrollar habilidades sociales y conciencia social, para así aprender a tomar decisiones...**”¹³³

En una entrevista se preguntó por las características del profesional a quien ellos, los participantes, llaman un **“buen médico”**:

“El buen médico cumple dos cualidades. Primero lo que es la parte humana y segundo la parte de los conocimientos. Cuando esas dos partes como que están en sinergismo, se puede dar una buena atención médica. Considero que **lo que uno oye de la gente cuando habla de un buen médico generalmente es el que los trata bien, el que los escucha pero también el que les realiza un buen examen físico**”¹³⁴.

En lo que toca a la Universidad, son muchas las referencias que se hacen a su participación como institución responsable del proceso de formación. No obstante, algunos participantes consideran que esta CONSTRUCCIÓN DEL SER sólo puede darse en la medida en que cada uno de los estudiantes asuma su responsabilidad individual en el proceso.

“Pienso finalmente que **el aprender depende de nuestra propia conciencia** y de la satisfacción de saber que algún día podremos mejorar la calidad de vida de muchas personas porque nos preparamos bien”¹³⁵.

¹³³ Testimonio 33. VI semestre. Ensayo.

¹³⁴ Testimonio 40. VI semestre. Entrevista.

¹³⁵ Testimonio 41. VI semestre. Ensayo.

En cuanto a la formación integral del profesional son varios los testimonios sobre la necesidad de no limitarse al conocimiento estrictamente médico.

“En eso que dicen sobre la parte humana, yo creo que **los médicos tenemos que saber de muchas cosas, de política, de arte, de cultura**. Los médicos tenemos que ser mucho más abiertos que cualquier otro profesional. Un ingeniero tendrá que enfrentarse a las máquinas pero no más, en cambio el médico puede hoy estar tratando a un político o a un psicólogo o a un campesino, entonces para eso **el médico tiene que ser muy abierto para que pueda relacionarse bien con todos**”¹³⁶.

“Que usted sea muy buen clínico en el sentido estricto de la palabra no niega que usted sea un humanista. **El médico es un humanista que tiene una labor científica**, debe ser un investigador en el sentido de tener la capacidad de ir mas allá, de estar preguntándose, cuestionándose permanentemente por lo que ve en el entorno, **en la medida en la que yo logro concatenar esas esferas puedo llegar a hacer un mejor trabajo sobre un paciente y una comunidad**”¹³⁷.

3.1.3.2.2 Ser médico sin ignorar su propia condición de persona:

Además del reconocimiento de los participantes, como sujetos en construcción alrededor del conocimiento, existen diferentes fuentes en las que se resalta su condición como personas.

“A mí me parece correcto que en la medida en que uno soluciona los problemas del paciente, uno está satisfecho, pues tiene en la cabeza como que esa es la labor de

¹³⁶ Testimonio 64. VI semestre. Entrevista.

¹³⁷ Testimonio 42. V semestre. Entrevista.

uno. **En cierto modo como que la satisfacción de uno depende de esos pacientes**, pero también creo que no debería uno depender solo de eso, porque **también debe reconocerse que somos humanos...** porque la vida también es de uno y se ve que a veces se entregan tanto (los médicos), que se quedan ahí, como que para ellos no existiera nada más, para eso estudié y para eso vivo. **Me parece que es bueno que al médico se le respete esa parte humana de él.** Que si además yo quiero tener un hijo pues también tenga la oportunidad de ser una buena mamá. **No es suficiente con que yo sepa manejar a los pacientes sino que también pueda desarrollarme en otros campos y no tenga, siempre, que depender mi vida de los pacientes”¹³⁸.**

En una entrevista grupal se hicieron referencias a las necesidades del médico. Para ampliar las percepciones de los participantes se preguntó:

¿Cuáles son esas necesidades a las que ustedes han hecho referencia en varias en ocasiones?

“Yo creo que en esa pregunta sobre nuestras necesidades, **podría decirle que son las mismas de cualquier ser humano, poder reír, poder llorar, salir a caminar, o tener cualquier otra cosa que a uno le pueda gustar.** Para nosotros es igual. **Pero casi uno podría decir que las necesidades del médico como que fueran menos que las de las otras personas. Como que tuviéramos menos derecho a sentir, menos derecho a equivocarnos, menos derecho a disfrutar de otras cosas.** Yo he pensado que a los médicos como que se nos han impuesto cosas, como que tenemos otras prioridades: con el paciente, con la carrera. **Esa presión social es la que ha hecho que muchos de**

¹³⁸ Testimonio 43. VI semestre. Entrevista.

los médicos seamos médicos de academia y dejemos de hacer muchas cosas que deberíamos hacer como cualquier ser humano¹³⁹.

“Entonces aparte de responder por el paciente, aparte de responderle al doctor, aparte de prepararme académicamente, **yo he pensado que tengo tantas necesidades pero que me entregado tanto al paciente, todo en función de prepararme bien, como en función de otra gente.** Ahora que usted preguntaba yo decía: es que son tantas en función de la gente que en este momento estoy presionada, con los que me han hecho ver como mi necesidad fundamental. **Pero en este momento yo pienso que tengo muchas más necesidades.** Es más yo creo que son tantas, pero que simplemente **la presión social nos ha hecho olvidar y nos ha hecho vivir en función de otras.** Y nosotros nos hemos ayudado mucho entre nosotros y pienso que no es necesariamente todo el día, pero si que uno pudiera hacer algo diferente y poder venir después a clase sin ningún problema, es que también son cosas importantes. Si hubiera manera distinta de manejar las cosas podríamos manejar mejor el estrés, nos rendiría mas, podríamos llegar tranquilamente a la casa, saber aprovechar el tiempo”¹⁴⁰.

En coherencia con lo anterior, y en lo que toca a las representaciones sociales del ser médico, existen otros descriptores para la argumentación:

“Yo quería volver a lo que decía G y es que realmente el personal de salud y en especial los médicos se dedican mucho a esto. Uno tiene que trasnochar, que no va a pasear el viernes porque tiene parcial el lunes, **es como si uno solo tiene que**

¹³⁹ Testimonio 65. VI semestre. Entrevista.

¹⁴⁰ Testimonio 66. VI semestre. Entrevista.

saber de medicina y no tiene que saber de nada más, pero a mí personalmente me preocupa que la vida del médico sea sólo eso”¹⁴¹.

“Yo quiero decir que antes de ver al paciente como una persona, **nos olvidamos que nosotros también somos personas**, a veces nos sentimos mal por que nos sentimos tristes frente a un paciente que tiene tal enfermedad y resulta que **yo pienso que tenemos derecho a sentirnos tristes, tenemos derecho a llorar, tenemos derecho a, en un momento dado, sufrir con el paciente** porque es que... algo que **también nos exigen mucho: cuidado, no se involucre con el paciente**, porque usted va a terminar loco, pero donde queda uno por que uno también siente, entonces yo creo que eso es algo que se olvida mucho”¹⁴².

3.1.4 Categoría emergente el estudiante: En los datos analizados se encuentran numerosos testimonios en los que los participantes hacen alusión a sus condiciones como estudiantes, lo cual justifica su descripción como categoría emergente que, para el efecto de la presentación, se ha denominado EL ESTUDIANTE. En ella se presenta una primera tendencia relacionada con la condición de aprendiz en la que se agrupan los descriptores relacionados con el aprendizaje en sí mismo, y una segunda con aspectos que son inherentes a la condición humana del futuro médico.

3.1.4.1 El estudiante en su condición de aprendiz: Bajo dos perspectivas diferentes, reconocimiento por parte del paciente y aceptación propia de su condición de estudiante, los participantes se reconocen como personas en crecimiento permanente, en proceso continuo e inacabado de aprendizaje del SER y del HACER.

¹⁴¹ Testimonio 44. V semestre. Entrevista.

¹⁴² Testimonio 45. V semestre. Entrevista.

En lo que hace referencia al primer punto, la lectura de los datos obtenidos en las entrevistas permite concluir que el estudiante se sabe reconocido por el paciente como un aprendiz.

“Como que también uno tiene que entrar como en una relación cordial con ellos, **porque ellos se dan cuenta que uno está aprendiendo**. Uno al principio se ciñe mucho a la historia y los pacientes se cansan en la entrevista y el examen físico. **Uno está muy inexperto y ellos se dan cuenta de eso, ellos saben que uno no los va a mejorar en la enfermedad, no los va a curar**. Ellos saben eso y entonces ellos pueden sentir que uno los está molestando o que está jugando. **Están aprendiendo acá conmigo**”¹⁴³.

“**Muchos pacientes lo ven a uno y se esconden en las cobijas**, pero tal vez solo un paciente se ha negado a colaborar. Es muy raro que eso se presente pero si hay pacientes que le ayudan a uno como de mala gana”¹⁴⁴.

Esta aceptación del ser aprendiz se abordó también al plantear la siguiente pregunta:

¿Ustedes cómo interpretan las expresiones de “rechazo” de los pacientes?

“Por lo que le digo. Uno como estudiante tiene que hacer un esfuerzo y mostrar seguridad. No prepotencia, que es muy distinto, pero hay que ganarse la confianza de los pacientes para evitar el rechazo. Si uno confía en lo que va a hacer se gana la respuesta de esos pacientes. Cuando uno va a prácticas con maletín y los pacientes se dan cuenta que a uno lo regañan, **entonces el rechazo a la colaboración uno se lo tiene que evitar**”¹⁴⁵.

¹⁴³ Testimonio 25. VI semestre. Entrevista.

¹⁴⁴ Testimonio 6. VI semestre. Entrevista.

¹⁴⁵ Testimonio 9. VI semestre. Entrevista.

En una segunda aproximación, el estudiante reconoce su propia condición de aprendiz, lo cual se expresa en las siguientes expresiones:

“Lo malo aquí es que como **uno no tiene la suficiente destreza en la primera vez, uno cree que no va a ser capaz. Entonces el paciente tiene que aguantarse que uno la embarre. Voy a volver a percutir a palpar,** y cuando uno la va embarrando, otra vez tiene que hacer lo mismo. El profesor mirando si uno comete errores para volver a hacerlo. Entonces es muy complicado”¹⁴⁶.

Sobre el temor que se siente al iniciar las prácticas con pacientes un estudiante expresó:

“A mi me parece que esos sentimientos que uno experimenta la mayoría de las veces son por el paciente, pero creo que uno también experimenta sentimientos por sí mismo. Por lo menos **cuando uno empieza a tratar a los pacientes uno siente angustia, impotencia,** lo puede llegar a sentir **por no poder ayudarlos, por no poder hacer mayor cosa para aliviarles el dolor. Pero también hay angustia por sí mismo, porque al principio uno no sabe, yo no sabía como hablar con un paciente,** yo era de las que empezaba la historia así como un interrogatorio. Entonces **la angustia era por mí porque no sabía como llegarle al paciente**”¹⁴⁷.

Una de las situaciones que más impacto causa en los estudiantes es no poder responder a las necesidades del paciente, particularmente en lo que se relaciona

¹⁴⁶ Testimonio 46. V semestre. Entrevista.

¹⁴⁷ Testimonio 21. V semestre. Entrevista.

con la falta de competencias para abordar aspectos diferentes a lo orgánico, entre los que se mencionan el llanto, la depresión y la tristeza.

“Un paciente hombre de 22 años con enfermedades desde la niñez y una historia afectiva muy difícil. El paciente tenía ideas suicidas y me agarra a mí comenzando apenas sexto, apenas cogiendo el ritmo **y con un estrés que sólo quería verlo todo lindo**, hablé poco con el paciente. Primero él era de poquitas palabras, segundo **tenía un miedo de dejarme contagiar demasiado de esa tristeza y no concentrarme en mis deberes**, el caso se lo informé a la residente y le iniciaron tratamiento psiquiátrico pero aprendí algo muy importante. En la facultad **no nos preparan para tener pacientes de este tipo y lograr tratarlos mejor**, asumen que ya lo traemos aprendido o que lo vamos a aprender solos y en ese intento es que uno se pone las corazas que con los años lo terminan volviendo el médico del que se quejan todos los pacientes. Debería existir un punto de equilibrio para ayudar a los estudiantes a tener una mejor relación médico paciente con enfermos así. **Me dolió mucho porque sentí que no supe como trabajar con él**, como lograr una mejor relación para lograr una mejor historia clínica y un mejor aprendizaje, sentí que me perdí de un paciente”¹⁴⁸.

Otro de los participantes reconoce sus propias limitaciones, cuando expresa:

“...ese es uno de los momentos más tristes de esta práctica, tener que examinar y conocer al paciente cuando se encuentra comprometido físicamente, tendido en una cama, débil, y luego de que lo han visto una lista de médicos, residentes, internos y unos cuantos mas estudiantes...en muchas ocasiones acompañados por sus

¹⁴⁸Testimonio 67. VI semestre. Relato.

familiares quienes al ver nuestro “uniforme blanco y el fonendo” **corren a preguntarnos millones de cosas para las que no tenemos respuesta**”¹⁴⁹.

Esta aceptación tácita de la propia condición de aprendiz se concatena, sin lugar a dudas, con el hecho de verse expuesto a situaciones frustrantes, categoría que se presenta a continuación.

3.1.4.2 Expuesto a situaciones frustrantes: Uno de las apreciaciones hechas con frecuencia por la mayoría de los actores se relaciona con los sentimientos de impotencia experimentados durante el trabajo con los pacientes, que tienen su base en tres situaciones diferentes:

- Carecer de elementos técnico científicos suficientes para asumir la atención de los pacientes en su totalidad.

“Que un paciente le diga a uno vea, hágame lo que quiera que yo quiero que usted aprenda, eso da alegría y agradecimiento con el paciente, pero también **siente uno la impotencia cuando le dicen a uno me está doliendo, quíteme el dolor y yo no puedo hacer nada**”¹⁵⁰.

- Impotencia frente a las condiciones individuales y sociales de los enfermos, que no son susceptibles de ser intervenidos por la institución ni por el personal de salud.

“Yo pienso que si se quiere formar a los médicos humanamente, aquí lo puede lograr, porque aquí está uno en contacto con la sociedad más desprotegida, más mal, **una persona que no tiene con que vestirse, que disfruta comer en este**

¹⁴⁹ Testimonio 68. VI semestre. Relato.

¹⁵⁰ Testimonio 47. V semestre. Entrevista.

hospital. Uno se pone a pensar mucho cuando un paciente le dice a uno que esta comida es muy rica”¹⁵¹

“Un día estábamos en ronda con el Dr. A. Y yo estaba aburrido, es decir tenía mis cuentos encima y **llegó la paciente con la cual estábamos en ese momento en la ronda y empezó a narrar su historia.** Era una señora que el marido le había matado 2 hijos, **era una cosa horrible y se agarró a llorar ahí;** le habían hecho una punción hacía un rato y pues, como todo ese drama ... **a** mi se me juntó todo eso. **Yo me sentí tan mal en ese momento que terminó la ronda y yo me fui para la casa.** Ese día me ponía yo a pensar, pues no se, **como que porquería todo, como en que está metido uno,** hasta que punto puede uno llegar o hasta donde me pueden afectar las cosas”.

La carencia de recursos económicos y la imposibilidad de cambiar las condiciones sociales del paciente, quien carece de las mínimas condiciones de subsistencia, es expresada como algo frustrante, al tiempo que genera interrogantes sobre el papel del médico en el futuro. En páginas anteriores se hizo la descripción correspondiente al contexto social, desde testimonios que dan sustentación adicional (en “Los Pacientes Reflejan la Realidad del País” y en la situación de los pacientes con “Necesidades Básicas Insatisfechas”).

- Impotencia frente a la necesidad de ofrecer apoyo psicológico al paciente, en algunas situaciones particulares. Sobre este aspecto se presentan dos testimonios:

“O sea como de vea, si se encuentra un paciente así y así no se deje llevar por eso, están empezando... pero también otra cosa es que el cambio es muy brusco, **nos sueltan con un paciente y ya, ustedes verán que hacen.** Y ahorita, la última historia que estuvimos mirando con X, y eso tampoco nos enseñan a manejarlo, un

¹⁵¹ Testimonio 48. V semestre. Entrevista.

paciente que le estábamos preguntando para hacerle evaluación de ojos. Veía que se le salían las lagrimas, entonces pues por la edad le preguntamos mas o menos cuando le había empezado eso, cuando se puso fue a llorar. **Entonces uno que hace delante de un paciente que esta llorando, ahí a uno lo desarman**, uno no sabe por lo de la ética si decirle que se va a recuperar o tranquilo, porque uno no sabe que va a pasar con la evolución del paciente, entonces **eso es muy complicado**¹⁵².

Esta falta de experiencia frente a las expresiones de la esfera afectiva de los pacientes es generadora de tensiones internas en los estudiantes, quienes, además de sentirse impotentes, se ven expuestos a otras situaciones movilizadoras y generadoras de crisis, derivadas de la imposibilidad de mejoría en la salud de los pacientes y el acercamiento a la certeza de la muerte.

“Al principio no entendí que uno no puede involucrarse de lleno con un paciente y cuando tuve un paciente **por el que no pude y no podían hacer nada me desesperé**, porque yo no sabía que decirle, que contestarle, como consolarlo y **el golpe fue muy duro cuando volví y al otro día simplemente encontré una enfermera cambiando las sábanas de esa cama ahora vacía**”¹⁵³.

En algunos participantes se hizo explícita la movilización interna que se produce durante esta etapa de la formación médica en la que se dan reflexiones, no sólo sobre la vocación médica sino también sobre las propias condiciones sociales actuales y sobre el proyecto de vida.

“Uno quiere dar lo mejor de sí para su paciente, **quiere formularle lo mejor o quiere que el paciente tenga lo mejor pero las condiciones económicas no**

¹⁵² Testimonio 70. VI semestre. Entrevista.

¹⁵³ Testimonio 49. V semestre. Relato.

lo dejan. Unas veces no lo dejan formular lo que de verdad le sirva a un paciente, **o sea todo eso le va diciendo a uno "yo que hago acá"**. Si estoy tan condicionado para todo y o voy a poder hacer lo que en verdad quiero hacer entonces yo pienso que cuando uno se mete a esto tiene que estar definitivamente muy seguro o muy loco. Yo no sé, porque después de todo eso y sin embargo yo creo que todos seguimos con las mismas ganas ¹⁵⁴.

"Que ya **se le vienen a uno muchos problemas aparte de los que pueda tener como responsabilidad académica.** Los pacientes llegan con muchos otros problemas que uno como que dice: bueno... yo respondo por una parte y la otra qué. **Son muchas dudas que a uno le quedan y a veces uno se siente mal, muchas veces nosotros salíamos pensando como tantas cosas.** Y con cada caso, cada caso le dejaba a uno muchas cosas distintas, muchos grados de problemas desde los mas chiquitos hasta el viejito que fue a consulta sin zapatos. **Es horrible. Uno se da cuenta que hay muchísimos problemas y que ojalá uno pudiera resolverlos todos estudiando y leyendo mucho, pero no, eso no es así"**¹⁵⁵.

Uno de los aspectos críticos mencionados se relaciona con la necesidad de reprimir, en el trabajo hospitalario, las expresiones afectivas que son inherentes a la condición humana de los estudiantes. Esta apreciación se ilustra en el siguiente testimonio:

"Hay un aspecto que yo creo que es muy bueno tratar, es que uno debe tener consideración con el paciente pero muchas veces uno tiene que olvidarse de uno mismo... yo hablo de un caso personal.

¹⁵⁴ Testimonio 45. V semestre. Entrevista.

¹⁵⁵ Testimonio 24. VI semestre. Entrevista.

Muchas veces el médico lo que hace es aislarse, aísla su vida personal tanto, tanto, que se vuelve mudo y como que no puede dejar filtrar emociones. Ahí es donde llega ese punto para agredir al paciente, pues no intencionalmente. Sin tener la culpa lo hace. A mi ese día... la señora contándome su historia más los problemas que yo traía de mi casa y el Dr. me preguntó y me cuestionó mucho por lo que estaba haciendo, por lo que yo estaba acá, entonces **como que muchas veces se olvida también que nosotros somos seres humanos y traemos un lastre de afuera, que no podemos dejar en la puerta de la facultad o del hospital. Creo que seguimos siendo las mismas personas y es muy difícil dejarlo y cuando eso como que se convierte en la rutina entonces uno dice NO y va compulsivamente a hacer su trabajo**¹⁵⁶.

3.1.4.3 Necesitado de estímulo: No son infrecuentes las expresiones de reclamo por el estímulo, como motivación para adelantar en el proceso. En este sentido, las expresiones de agradecimiento por parte de los pacientes son bien recibidas por los médicos en formación, pero se hace explícita también la necesidad de reconocimiento por parte de los docentes.

“Yo creo que eso es importante, uno se da cuenta que por la profesión que vamos a ejercer tienen que ser muy rígidos con uno, pero tampoco... **yo creo que a uno no le vendría mal que de vez en cuando le dijeran felicitaciones o al final de la rotación vea me gustó mucho de usted esto y esto,** pero no... nunca, nunca ninguno de los que estamos acá hemos recibido durante el semestre algo que le eleve a uno el ánimo, de parte de algún profesor”¹⁵⁷.

¹⁵⁶ Testimonio 50. V semestre. Entrevista.

¹⁵⁷ Testimonio 45. V semestre. Entrevista.

Como cierre a la presentación de la categoría emergente se presenta el siguiente relato, que recoge muchas de las expresiones incluidas en los diferentes descriptores sobre la persona del Estudiante.

“Caminando por los fríos pasillos del hospital, en busca inicialmente de **un paciente que se convertirá en nuestro puente hacia el conocimiento, temerosa de no saber actuar**, insegura de mi capacidad para entablar una relación con aquella persona que tanto necesita de esa voz de aliento para subsanar sus males físicos... Después de mucho dudarlo, por fin me decido a caminar hacia alguna habitación... (en quinto, porque ahora son asignados los pacientes), **la ansiedad, el temblor, el miedo**, se van haciendo cada vez más fuertes. Cuando logras encontrar en la profundidad de los ojos del paciente aquella sinceridad con la que se dirige a nosotros, aquella luz de esperanza que llega a su habitación cuando una nueva personita llega a visitarlo... Y en medio de ese contacto a través de las miradas, se da el primer buenas tardes y de repente **sientes toda esa luz que él te irradia**, a pesar de estar ahí limitado a ese estrecho cuarto de hospital. Y comienzas a conocer más sobre él, empiezas a **aprender mucho de aquel con quien hablas**, y no sólo de aquella **ciencia médica** (que es uno de nuestros principales objetivos al estar aquí) sino también de aquella **ciencia del vivir** de la cual cada uno tiene conceptos diferentes...y en medio del hablar empiezas a conocer su cuerpo, y te vas llenando de nuevas situaciones, empiezas a analizar todo lo que han hablado y porque no a relacionarlo con lo que puedes ver y examinar, para dar paso a esa parte del saber que como estudiante has empezado a fomentar. Ya ha pasado el miedo a la primera vez, y luego, con los días, no sólo conoces mucho sobre su vida y su situación de salud, sino que puedes ver los cambios día a día, **notar como ahora sus ojos nos miran con más ternura, en ocasiones con agradecimiento, en otras con dolor**, pero sin embargo conservan **la sinceridad y la confianza** para preguntarnos sus dudas o para comentarnos alguna situación que en el momento los

agobie. Y puedes ver aquel **“libro abierto”** del que nos hablaron hace un tiempo, como el **ser humano** para el cual probablemente sea importante que aquel personaje de “bata blanca” le pregunte en un par de ocasiones: ¿cómo se encuentra hoy? Y el tiempo no pasa en vano, y el paciente puede volver a ser aquel hombre o aquella mujer lleno de vida, que sale feliz y con un movimiento de manos nos dice ADIOS”¹⁵⁸.

Las diferentes tendencias, expresadas en los descriptores que se presentaron, se concretan en la siguiente hipótesis, que será el punto de partida para el análisis interpretativo.

“La relación que establecen los estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas, con los pacientes, se ve afectada por un contexto externo (Lógica Deshumanizante), un contexto interno (Práctica Hospitalaria) y un contexto subjetivo de los participantes (Estudiantes y Pacientes)”

3.2 ARGUMENTOS INTERPRETATIVOS

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS ESTUDIANTES

**Una vez llegado el momento
de mirar con los ojos de otros e interpretar sus vivencias,
se tiene la impresión de estar al frente
de una aventura que invita a desandar
experiencias conocidas**

¹⁵⁸ Testimonio 71. VI semestre. Relato.

**en el proceso personal de formación,
pero ocultas por el tiempo
que pasa sin conmiseración.**

Ana María Matijasevic Arcila

INTRODUCCIÓN

Desde las primeras aproximaciones al análisis de los datos ha existido en la investigadora una pregunta, que refleja no solo el temor a tomar el camino equivocado sino también el reto de alcanzar lo propuesto en la investigación.

¿Cómo ingresar en ese micromundo estudiantil y comprender su relación con el paciente, dejando a un lado, por lo menos transitoriamente, tantos años de ejercicio médico?

Después de una lectura cuidadosa de los datos y con base en el análisis descriptivo se puede reconocer a la relación médico paciente sumergida en lo profundo de un contexto laboral, que lleva impreso en alto relieve el sello de las políticas actuales de salud, como un estigma que transforma el ejercicio médico, como una herencia social irrenunciable que permea desde ya las representaciones sociales en los estudiantes y participa en la construcción de sentido frente a la profesión, aún sin que se den vínculos reales de carácter contractual.

Además del contexto laboral o externo se reconoce el ámbito particular de las prácticas académicas, en cuyo interior, a través de la atención de los pacientes, se persiguen objetivos relacionados con la enseñanza y el aprendizaje técnico científico pero también con la formación ética. En este contexto interno son muchos los actores

que comparten escenarios de carácter espacial y temporal en la institución hospitalaria: médicos docentes y no docentes, estudiantes de postgrado, estudiantes de otras carreras del área de la salud, enfermeras y personal de apoyo. Algunos profesionales asumen simultáneamente diferentes roles, pues participan tanto en la formación de los futuros médicos como en la atención de los pacientes.

El contexto subjetivo de los médicos en formación, como complemento a los dos contextos anteriores, interno y externo, toma posición importante en la argumentación.

A continuación se argumentará cada uno de los contextos mencionados, en un intento por trascender desde los datos aportados por los estudiantes hacia la mirada particular de la investigadora, con el fin de buscar relaciones entre las diferentes categorías.

3.2.1 El contexto externo: una lógica cuantitativa deshumanizante que domina el panorama social y laboral: Desde las primeras aproximaciones al análisis, el contexto social aparece marcado por muchas de las situaciones que viven no sólo los médicos al interior de su ejercicio profesional, sino también los pacientes sometidos a los avatares que deben afrontar cuando acuden en busca de solución a sus problemas de salud. Al giro empresarial observado en la estructura general de los servicios de atención en el ámbito mundial, que se aplica en Colombia desde la promulgación de la Ley 100 de 1993, se le atribuye un impacto negativo para la medicina, observado con mucha frecuencia, tanto en los relatos individuales de los estudiantes como en los talleres y entrevistas grupales realizados.

No obstante que los principios formulados en la Ley 100 persiguen un propósito de atención en salud para toda la población colombiana, la figura de los intermediarios

reconocidos legalmente en la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud ¹⁵⁹, ha puesto a la salud en manos de administradores que poco saben de la práctica médica y de los pacientes, generando desde ya nuevas representaciones en los médicos en formación, que perciben un cambio en su horizonte laboral, marcado por la necesidad de alcanzar la rentabilidad deseada para cualquier tipo de negocio. Este giro en las motivaciones del médico, antes edificadas sobre el altruismo propio de su vocación, ha dado paso a la necesidad de cumplir el trabajo para obtener un salario que garantice la supervivencia propia y la de su familia. Estas tensiones, que se hacen evidentes en el contexto laboral, se leen en los múltiples comentarios acerca de la influencia negativa que, sobre la calidad de la atención a los pacientes, se deriva de las normas de funcionamiento de las instituciones de salud. La percepción de que esta lógica cuantitativa, dominante en los diferentes escenarios de la sociedad, hace parte de la cotidianidad de los actores, despierta desde ya inconformidad y reacción, al tiempo que alimenta, como una certeza, la idea de que “hay que prepararse para el futuro” y ejercer la medicina participando en el juego bajo la lógica de mercado. Por su propia experiencia como pacientes o por conocimiento a través de publicaciones en los medios masivos de comunicación los estudiantes entran en contradicción con situaciones tan simples como la identificación de obstáculos frente al propósito de establecer una verdadera interacción humana con el paciente, como es el caso del tiempo asignado por las EPS para la consulta. La realidad visible del contexto laboral se percibe como una situación que desmotiva; se erige como una amenaza irremediable que puede ser convertida en la perfecta excusa para “ir al grano” en la atención de los pacientes y niega, fácilmente, la opción de asumir con responsabilidad y calidad la tarea asignada a la profesión médica. Sólo para algunos estudiantes y médicos con vocación de servicio la influencia del contexto laboral pueden constituirse en un factor

¹⁵⁹ CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Régimen de seguridad Social, Ley 100 de 993. Título II, capítulo I, artículo 177.

movilizador, rescatando la labor altruista como una fuente incomparable de satisfacción.

Aunque muchos de los actores seguirán en **contradicción entre el SER y el DEBER SER**, la reflexión académica en torno al problema de deterioro en la relación puede aminorar las tensiones internas de la contradicción y abonar el terreno tras la búsqueda del verdadero sentido de la profesión.

3.2.2 El contexto interno de las prácticas académicas: un espacio lleno de contradicciones: Tal como se expuso en el análisis descriptivo, la transición de básicas a clínicas representa para el estudiante cambios trascendentales en su rutina diaria. Muchos de estos cambios son asumidos como parte inherente a la condición de futuros médicos, como una aceptación consciente de nuevos compromisos académicos, pero también, como la aceptación del paciente como su máxima responsabilidad. Esto último, le imprime a las prácticas hospitalarias un significado profundo en la medida en que evidencia, desde ahora, una proyección a la dimensión ética de la profesión. La apreciación sobre el significado de "mi paciente" tiene gran valor, si se tiene en cuenta que responde a los propósitos formativos del Programa de Medicina, no obstante que los estudiantes estén libres de responsabilidad médico legal sobre la atención de los enfermos.

Estos aspectos, referidos como ideas movilizadoras para la acción, chocan con otras situaciones de conflicto que serán presentadas a continuación como tres grandes contradicciones.

La primera contradicción se deriva de las condiciones de las prácticas académicas y las legitimaciones del HACER del médico. El paso de los estudiantes de medicina por los hospitales como escenarios de práctica se constituye en una

experiencia invaluable, no sólo por lo que representa para el aprendizaje técnico y científico de la profesión sino por las posibilidades de interactuar con los otros: pacientes y personal de salud. Pero a pesar de la trascendencia que se da a los pacientes, como objetos reales de conocimiento, las prácticas académicas generan sentimientos de frustración que pueden ser tomados como un obstáculo adicional para la interacción, sentimientos que parecen resultar de la asunción del rol con los pacientes. Existe en los participantes una contradicción que se expresa en la sensación de que siendo **aprendices** **“a los pacientes no se les puede ofrecer nada”** mientras, del otro lado, resaltan la importancia de sus prácticas en razón a la satisfacción de otras necesidades no expresadas por los pacientes y a los ofrecimientos de estos para el aprendizaje.

Para los participantes el **SER ESTUDIANTE** se vive de manera muy diferente al **SER MÉDICO**, en razón a la posición que cada uno asume en la interacción, lo que puede ilustrarse de la siguiente manera: se ha reconocido que la comunicación en el acto médico toma forma como una relación de poder en la que el médico ocupa una posición ventajosa frente al paciente, sustentada en sus conocimientos acerca de la enfermedad y las posibilidades de recuperación. Por su parte, en la relación que establecen estudiantes y pacientes dicha perspectiva de poder, mediada por el conocimiento, no puede darse pues para los participantes en la interacción, tanto estudiantes como pacientes, la condición de aprendiz del practicante es clara y en ella subyace una carencia en conocimientos para la atención médica como tal. Este hecho, por si solo, se convierte en la base sobre la que se identifican condiciones diferentes en la relación que establecen estudiantes y médicos en ejercicio con los pacientes. Tales diferencias se exponen a continuación.

- El inicio de la relación entre médicos y pacientes se da en el momento en que el paciente solicita la atención de un profesional médico determinado o acude a una

institución de salud, relación que no requiere formalización alguna sino que está implícita en el contrato verbal que se inicia al solicitar el servicio, mientras que en el caso de las prácticas académicas la autorización para acceder al trabajo con el paciente debe ser ganada por los estudiantes. Dicho de otra manera, la "colaboración" de los enfermos para la práctica adquiere el significado de un **PREMIO o RECOMPENSA** que se gana sólo cuando pueden establecerse relaciones de calidad, cuando en éstas se reconoce al paciente como **OTRO EN INTERACCIÓN** y cuando se hace tangible el interés por su condición humana. La autorización a la que se hace referencia, aunque no se expresa necesariamente de forma verbal, abre todas las posibilidades para la interacción y, de paso, para el aprendizaje técnico científico.

- Es real que, tanto en el caso de los médicos en ejercicio como en el de los estudiantes de medicina, el acercamiento de los actores se sustenta en la intención de satisfacer una necesidad. Sin embargo, al iniciarse el encuentro, la mediación en la interacción puede ser diametralmente opuesta en lo que toca al sujeto poseedor de dicha necesidad. Mientras que los médicos en ejercicio reciben a sus pacientes en la consulta a través de la necesidad de estos últimos de solucionar un problema de salud (intermediación en el acto médico), la intermediación en las prácticas clínicas se sustenta fundamentalmente en la necesidad de aprendizaje que tienen los estudiantes. En este mismo sentido, puede verse cómo la decisión voluntaria para iniciar la interacción asienta en sujetos diferentes: en la práctica médica el paciente busca al profesional, mientras que en la práctica académica es el estudiante quien busca al paciente. En vista de que los pacientes ingresan a los hospitales con el propósito de ser evaluados, de definir un diagnóstico o de recibir los cuidados necesarios para recuperar su salud, su participación en el proceso de formación de los médicos es, para ellos, algo circunstancial y que no tiene relación directa con sus necesidades expresas. Esta particularidad es válida, por lo menos, para el caso de

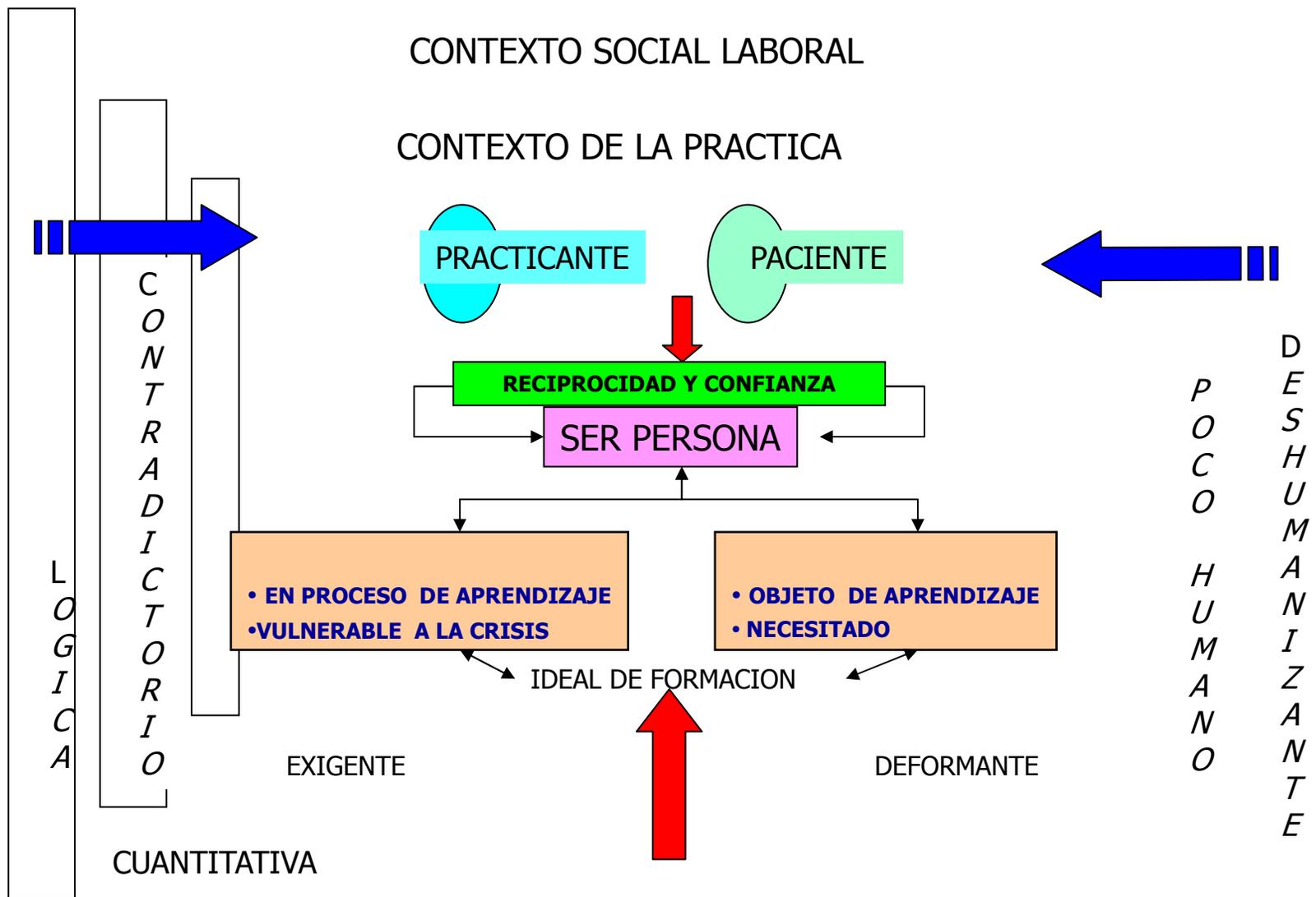
los estudiantes de primeros niveles de clínicas, que no tienen responsabilidad directa en la atención de los enfermos. Sobre este punto puede pensarse que, de alguna manera, las carencias en competencias técnico científicas pueden convertirse en fuerzas movilizadoras para el desarrollo de otras potencialidades que abran paso al establecimiento de relaciones más integrales entre estudiantes y pacientes.

- El hecho de que los pacientes perciban la condición de aprendiz en los estudiantes puede influir en la actitud de estos últimos frente a las prácticas. Aunque esta situación no se percibe como un obstáculo insalvable, si determina la necesidad de proyectar **CREDIBILIDAD, COMPETENCIA y EMPATÍA**, en cuyo intento se construyen relaciones de carácter más humano.

Las consideraciones anteriores pueden resumirse de la siguiente manera: La mediación en la interacción del médico con el paciente en el acto médico, es decir, la necesidad de solucionar un problema de salud y el hecho de asistir a la consulta de manera voluntaria (la mayoría de los pacientes), podría considerarse como una autorización expresa para la entrevista en la que incluso se permite al médico profundizar en muchos aspectos que aparentemente no tienen relación con la enfermedad, así como también la aprobación para realizar una exploración física completa. En las prácticas académicas, dada la condición exteriorizada de aprendiz, es necesario que el estudiante cuente con la aprobación del paciente para la práctica, autorización que no es necesariamente preguntada ni expresada verbalmente, pero que se lee en las expresiones no verbales de los pacientes. Es así como se reconocen, de acuerdo con los relatos de los estudiantes, otras razones en la decisión de colaborar con las practicas las cuales pueden estar representadas en ganancias adicionales - compañía y afecto - o en el deseo expreso de contribuir con la formación de médicos para la sociedad. Con lo anterior puede afirmarse que en la relación estudiante paciente la **MEDIACIÓN DE CARÁCTER TÉCNICO**

CIENTÍFICO, derivada de la enfermedad, es sustituida por una **MEDIACIÓN COMUNICATIVA** a través de la **EMPATÍA** y la necesidad de **COMPAÑÍA**.

Si las necesidades de los pacientes (carencia de interlocución) y las necesidades de los estudiantes (carencia de experiencia clínica) se conjugan con sus potencialidades en la interacción, es posible imaginar una intermediación adicional durante las prácticas académicas: el establecimiento de relaciones interpersonales de carácter horizontal se avizora más factible, en la medida en que los dos actores estén dispuestos a adoptar posiciones abiertas de intercambio de experiencias y actitudes menos dominantes en los encuentros cara a cara. En el cuadro # 1 se representan las diferencias que pueden existir en las mediaciones que participan en la relación de médicos y estudiantes con los pacientes.



Una **segunda contradicción** surge entre el **discurso y la acción**. Mientras las disertaciones teóricas promulgan el modelo bio-psico-social, en el que se pretende demostrar la integralidad del ser humano en su estructura cuerpo, mente y entorno, las experiencias de los estudiantes en su discurrir por las salas de hospitalización se perciben dominadas por la intervención sobre lo biológico, lo orgánico. Las esferas del hombre diferentes a la biológica son olvidadas en el quehacer cotidiano e incluso negadas en los procedimientos rutinarios que se dan en la atención de los pacientes. Esta contradicción representa una ruptura de gran trascendencia en el proceso formativo, por cuanto impide que el discurso se vea impregnado de sentido. Ante la falta de sentido, el modelo de integralidad bio-psico-social no podrá trascender desde lo teórico hacia la interiorización en el SER y el HACER de los futuros médicos y la acción seguirá estando limitada a la perspectiva orgánica de la enfermedad.

En la **tercera contradicción** toma fuerza la percepción de que el trato que reciben los pacientes, por parte del personal de salud que presta asistencia hospitalaria, es frío, distante y limitado a una relación técnica de servicio. No obstante que las aspiraciones de la Universidad, de formar profesionales humanistas, pudieran verse empañadas por las vivencias de los estudiantes en los contextos interno y externo, la interioridad de los sujetos en proceso de aprendizaje genera reacciones a esta apreciación. Conscientes de las molestias que se causan a los pacientes durante las prácticas, surge en los estudiantes el deseo de ser más cuidadosos en el trato, de modo que puedan establecerse relaciones cordiales que no violenten los derechos de los pacientes y que los motiven para ofrecer su colaboración durante las prácticas.

Finalmente debe aclararse que, aunque la formulación de los argumentos interpretativos tiene su centro en las experiencias de los estudiantes con sus pacientes, ello no significa que se niegue la importancia de otros actores, pues desde sus acciones se avizoran perspectivas diferentes en el ejercicio profesional. La

institución hospitalaria es un espacio compartido en el que también participan otros profesionales de la salud que interactúan con los médicos en formación, a pesar de carecer de responsabilidades directas con la docencia.

Desde las contradicciones entre el contexto laboral, el discurso formativo y el contexto de las prácticas, el paso por el hospital durante el primer año de clínicas está impregnado de situaciones generadoras de crisis que, en algunos casos, pueden ser percibidas como el motor para lograr cambios positivos mientras que en otros se genera frustración. La superación de la crisis depende en gran parte del acompañamiento de los otros actores, especialmente de los docentes y los pares, pero sobre todo de las características personales del estudiante.

Dicho de otra manera, las experiencias vividas en el ambiente hospitalario marcan un punto de inflexión significativa en la definición del proyecto de vida del estudiante, al ser confrontado de manera compleja, integral y real por el mundo profesional en el que empieza a sumergirse. De hecho, son muchas las situaciones que generan desequilibrio en la interioridad de los sujetos, poniendo incluso en duda la decisión de continuar la formación como médico.

3.2.3 El contexto subjetivo de los participantes: Sobre la hegemonía de la dimensión técnico científica se levanta airosa la afirmación de que tanto pacientes como médicos y estudiantes de medicina son personas. En esta afirmación subyace un reclamo por el respeto a la integralidad del ser humano, reclamo que a pesar de involucrar todas las dimensiones, da más relevancia a la esfera afectiva. La necesidad de afecto y el derecho a sentir tienen fuerza en los actores, quienes se perciben frecuentemente fragmentados, en aras de alcanzar objetivos académicos. Las representaciones sociales sobre el hacer del médico se estructuran fundamentalmente sobre las competencias técnicas, de tal modo que la afectividad

de los pacientes, de los médicos y de los estudiantes es relegada a un segundo plano e incluso ignorada por casi todos.

Algo similar se da sobre la persona del estudiante, de quien aflora la afirmación **“NOSOTROS TAMBIÉN SOMOS PERSONAS”**, posiblemente como reclamo a la disyunción entre lo cognitivo y lo afectivo, lo personal y lo académico, la cual carece de sentido frente a su propia subjetividad. Esta necesidad de ser reconocidos como seres humanos tiene lugar preponderante en las representaciones de relación médico paciente, considerada ante todo como una relación entre sujetos.

Lo anterior puede sustentarse de la siguiente manera:

En la perspectiva individual cada **estudiante de medicina** se percibe como un sujeto en proceso de aprendizaje y en asunción de responsabilidades sociales crecientes, pero también vulnerable al sufrimiento humano e impotente frente a las necesidades expresadas por los pacientes. La asunción de responsabilidades con los pacientes, no sólo de carácter académico, se interpreta como la anticipación de la responsabilidad médica y enmarca la relación estudiante paciente dentro de la dimensión ética del ejercicio. Este momento, en el que se trasciende desde la tarea hacia la responsabilidad por el paciente, tiene gran significado en la comprensión del daño que puede causarse en la eventualidad de que la información sobre la que se sustentan las decisiones médicas sea errada. En su acercamiento a la realidad del paciente, a sus necesidades sociales, económicas y educativas y a las repercusiones sobre su salud, los estudiantes se exponen a otra situación generadora de crisis, toda vez que los aprendizajes se dan directamente sobre sujetos reales de conocimiento. Sin embargo, no puede desconocerse que tales experiencias, por difíciles que parezcan, cobran sentido como experiencias educativas desde las cuales se puede favorecer el proceso de formación.

En la contraparte del contexto subjetivo, **el paciente** es reconocido como la fuente viva del aprendizaje, afirmación que tiene coherencia con los postulados pedagógicos del aprendizaje significativo. Es en la relación que se establece con los pacientes donde se hacen visibles las posibilidades de aprender con sentido, comprobar la “veracidad” de los conceptos técnico científicos de los libros, dar solidez a los conocimientos previos y relacionar los contenidos teóricos a través de la comprensión y elaboración conceptual.

Al trabajo con los pacientes se le atribuye, adicionalmente, una condición de irrepetibilidad que dota de verdadero sentido a la expresión “no existen enfermedades sino enfermos”, lo cual amplía las fronteras del conocimiento y da mayor significado a las situaciones de aprendizaje. En este mismo orden de ideas, a las prácticas con los enfermos se les atribuye la particularidad de ofrecer momentos de “aprender para la vida”, expresión que puede interpretarse como un reconocimiento adicional a la integralidad del ser humano, por cuanto da apertura al establecimiento de relaciones más allá de lo instrumental y por fuera del anonimato.

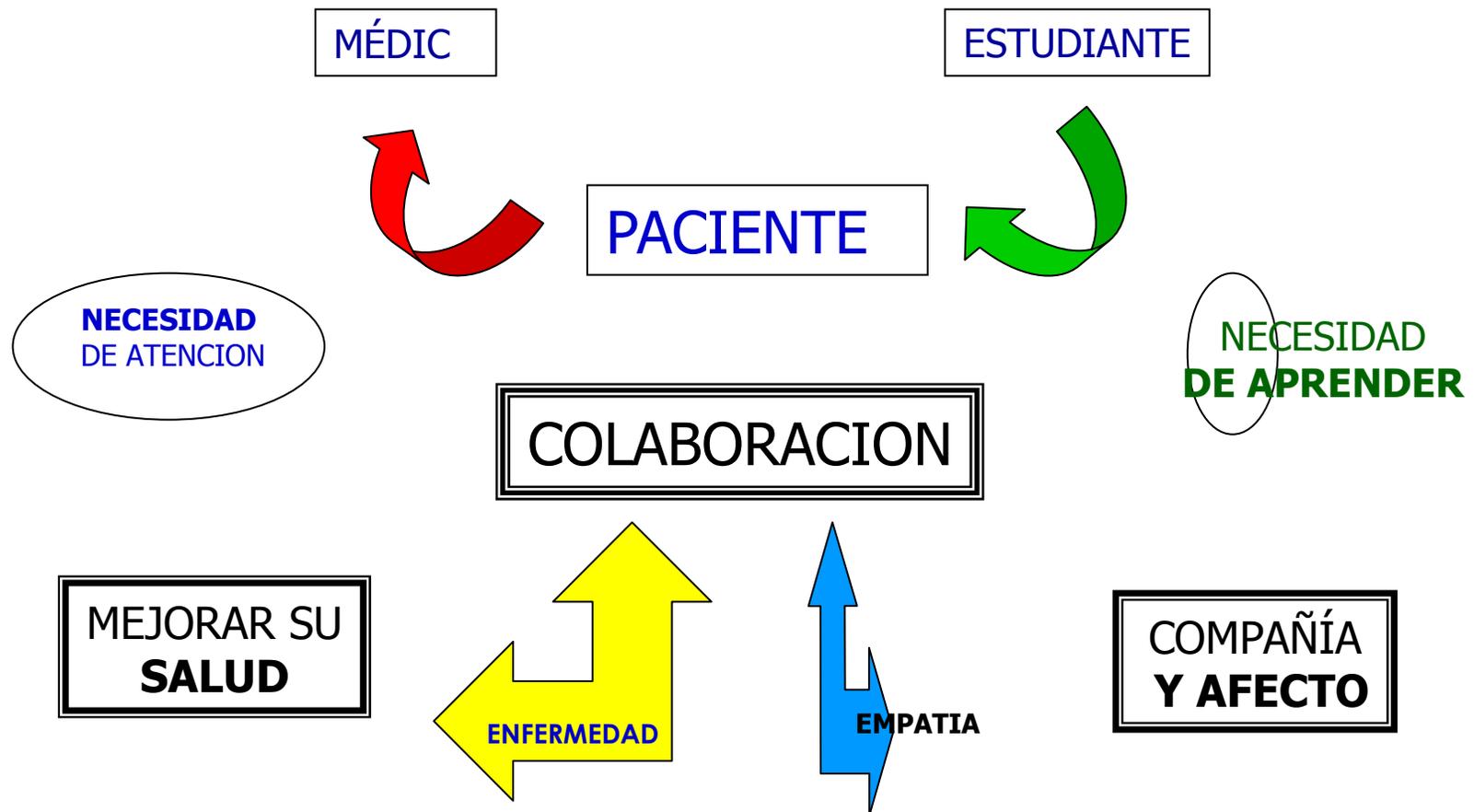
Con lo anterior, puede afirmarse que los pacientes son indispensables para el proyecto de ser médicos, pero a la vez son la motivación y el fin mismo de la medicina.

Para concluir, podría decirse que los estudiantes de medicina, en su primer año de prácticas académicas, no se niegan la oportunidad de aprender para la vida, de dolerse y condolerse con los otros ni tampoco la posibilidad de exaltarse ante la vida. En su autonomía subjetiva conservan su naturaleza humana en el sentir, visible en la mediación afectiva que los acerca y los moviliza hacia los pacientes. Independientemente del tipo de motivación que selle el encuentro inicial (interés por

aprender, curiosidad científica, responsabilidad por la tarea), está claro que el acercamiento afectivo es un motivador adicional para el proceso de formación integral.

De la relación entre estos tres contextos, expuestos en los párrafos anteriores, se puede concluir que la relación estudiante paciente tiene como mediación el establecimiento de sentimientos de confianza y está dotada de una especial reciprocidad entre los participantes, que puede expresarse mediante la frase **"yo le ayudo, el me ayuda"**. Tal reciprocidad, relacionada a su vez con el deseo de **saldar deudas de aprendizaje**, sólo puede sustentarse en el reconocimiento de los dos participantes como seres humanos en interacción y como personas igualmente necesitadas del otro. Los argumentos expresados aquí se representan en el cuadro # 2.

MEDIACIONES EN LA ATENCIÓN MÉDICA Y LAS PRÁCTICAS ACADÉMICAS



Los diferentes descriptores son expresión del establecimiento de relaciones de carácter horizontal en las que la actitud dialógica tiene valor frente al propósito de aprender para la vida, a partir del reconocimiento de las múltiples dimensiones del hombre. Estos factores, en el contexto educativo, favorecen el desarrollo de encuentros de carácter menos instrumental, así como la aceptación de otras vivencias por fuera de la dimensión técnico científica, que se inscriben en lo afectivo (tener en cuenta los sentimientos del paciente) y en lo comunicativo (comprender a nuestros pacientes). Lo anterior representa no sólo la aceptación de la esfera afectiva de los otros sino también el paso inicial para la vivencia de la propia afectividad. La aceptación de estas dimensiones humanas en los estudiantes podría dar paso a la reafirmación del médico frente a roles aún no legitimados por las corrientes científicas.

Desde la no-participación en el proceso de diagnóstico o intervención con fines terapéuticos, la condición de SER ESTUDIANTE lleva implícita una limitación de funciones, ya interiorizada, que da paso a la asunción de roles diferentes y abre la posibilidad de reconocer otras necesidades o carencias en los pacientes. La intención de los estudiantes de "responder a las necesidades del otro" se hace visible en las formas de aproximación al paciente, como una invitación para que este último se mueva desde su necesidad original de ser atendido a la necesidad de ser escuchado; pero, de paso, como una invitación para que el propio estudiante se reconozca como un ser humano tratando de entender y comprender lo que le rodea, en un intento por ser personas más integrales.

Finalmente cabe decir que, si bien los argumentos interpretativos se derivan de la percepción que prima en la interacción durante las prácticas, desde las representaciones sociales pueden hacerse, también, otras lecturas a la relación médico paciente:

1. Una lectura objetiva de la realidad, en la cual la relación médico paciente se encuentra contenida en un propósito en el que las relaciones, las acciones y las prácticas responden a la mediación de una relación técnica de servicio, bajo la lógica del mercado.
2. Una lectura subjetiva contenida en el deseo de recuperación de la relación centrada en los participantes, que pueda representar satisfacción para el paciente en términos de calidad en la atención y satisfacción del médico en términos de su altruismo.
3. Una lectura prospectiva sobre las expectativas del SER y el HACER del médico, que apuntan en el sentido de alcanzar la meta de sobreponerse al sistema actual que oprime, leídas como acomodaciones del rol médico.

Hipótesis interpretativa: La confrontación que se da en el sujeto, entre el mundo de la vida, las expectativas de formación, la práctica médica y las exigencias del contexto, genera en los estudiantes del primer año de prácticas académicas una situación de crisis, derivada de la tensión creciente entre el SER y el DEBER SER.

3. 3 ARGUMENTOS DE SENTIDO

Al iniciar esta difícil tarea, en la que se pretende avanzar desde la interpretación hacia la construcción teórica sobre este fenómeno observado, vivido, pensado y repensado, surgen muchas ideas sobre posibles maneras de alcanzar claridad en la exposición y hacer que el producto de todo el proceso investigativo sea tangible en un discurso y dé cuenta del propósito inicial del proyecto. Pero cualquiera que fuera la dirección optada para este fin debe pensarse que los argumentos, independientemente de la forma en que sean expresados, son un entramado

complejo y carente de linealidad, que asienta en la cabeza y en el corazón de quien se atreve a escribir, de tal modo que la organización teórica puede parecer en algún momento arbitraria.

En el presente estudio, que tuvo el propósito de comprender las representaciones sociales, las motivaciones y las expectativas de formación que están en la base de la relación que los estudiantes de Medicina establecen con sus pacientes, los resultados muestran que la experiencia vivida durante las prácticas académicas es altamente significativa, no sólo por el aprendizaje en lo cognitivo (lectura objetiva descrita como "El paciente el mejor instrumento de aprendizaje"), sino también por el establecimiento de relaciones centradas en los sujetos (lectura subjetiva realizada desde "Los pacientes son personas" y "Nosotros también somos personas"). En la lectura prospectiva sobre el rol del médico, las expectativas frente al contexto laboral se convierten en un punto difícil de abordar, por cuanto se perciben no sólo como lo más externo a los sujetos que participaron en la investigación, sino también por ser, probablemente, la parte de la realidad objetiva más alejada de las posibilidades de transformación desde lo educativo.

En este capítulo, las lecturas realizadas al fenómeno social de construcción de sentido frente a las prácticas académicas en medicina se contrastarán, por un lado con las tendencias pedagógicas actuales y por otro con la teoría del Desarrollo Humano en general y del Desarrollo Afectivo en particular. Finalmente se intentará un acercamiento teórico desde los conceptos relacionados con las situaciones de ajuste o crisis, en el mismo contexto del Desarrollo Humano.

3.3.1 Aprender con sentido: Las prácticas académicas en el primer año de trabajo hospitalario se constituyen en una fuerza movilizadora para el aprendizaje cognitivo, dado que en la interacción con los pacientes, aún no rutinizada, los

estudiantes se exponen a experiencias educativas diferentes con nuevos **“objetos”**¹⁶⁰ **de conocimiento**, en un acercamiento que reconforta y permite ver la capacidad de asombro y el ímpetu de quien explora mundos desconocidos. En las afirmaciones **“El paciente es el mejor objeto de aprendizaje”** y **“El paciente es un libro abierto”** se ponen de manifiesto los principios de las pedagogías activas¹⁶¹, que propenden por un proceso educativo en el que la enseñanza y el aprendizaje se despliegan sobre objetos reales de conocimiento y en interrelación con el contexto. En medicina, esta condición es considerada como un estímulo importante para el aprendizaje, en la medida en que permite la manipulación de los diferentes elementos por aprender e involucra al estudiante de manera directa con los problemas reales del paciente, de tal manera que, en el entrenamiento clínico, el conocimiento tiene su principio y su finalidad alrededor del paciente.

Si bien es cierto que en el hacer del docente el desarrollo temático de los contenidos de una asignatura pueden llevarse a los estudiantes a través de muchas estrategias educativas (clases magistrales, talleres, lecturas, videos, equipos de simulación), el concepto de aprendizaje significativo permite afirmar que es en la práctica con los pacientes, como objetos reales de conocimiento, donde se empieza a construir el sentido de la profesión. Aunque esta última práctica no es ninguna novedad en la educación médica colombiana, la investigación refuerza la necesidad de mantener los escenarios hospitalarios para la formación en el pregrado.

Las apreciaciones de los participantes, sobre la trascendencia de los encuentros con los pacientes para el aprendizaje de la medicina, tienen correspondencia con lo

¹⁶⁰ Las comillas en la palabra objeto son para aclarar su uso al nombrar al paciente, evitando que se interprete como cosificación o negación de la humanidad del sujeto.

¹⁶¹ CINDE. Módulo Pedagogías Activas. Programa de Maestría en Pedagogías Activas y Desarrollo Humano. Manizales, Noviembre de 2000.

expresado por Rodríguez Rivera¹⁶², quien afirma que “no se trata de saber sino de saber hacer y saber interpretar”. En su comparación con la enseñanza problémica como estrategia educativa, las prácticas con los pacientes no sólo exponen al aprendiz con objetos reales de conocimiento sino que llevan implícito el proceso de recolección de los datos por parte del estudiante, favoreciendo el entrenamiento en el método. Contrario a esto, los libros presentan los contenidos de forma organizada y secuencial, que no obstante facilitan la búsqueda frente a necesidades didácticas específicas no pueden en ningún momento reemplazar al paciente como **“un libro abierto para el aprendizaje”**.

Desde otro punto de vista, y teniendo claros los resultados en lo que respecta al paciente como motivador para el aprendizaje, la investigación no permite avanzar en la comprensión de motivaciones diferentes, lo cual tendría muchísima importancia dada la confluencia de diversos actores en el ambiente educativo. (Léase ambiente educativo como “construcción diaria, reflexión cotidiana, singularidad permanente que asegure la diversidad y con ella la riqueza de la vida de relación. Un ambiente, o en su pluralidad ambientes, que otorguen espacios, nichos, relaciones, historia, proyectos, sueños,... y vida”¹⁶³). Desde la participación de los otros actores en las experiencias hospitalarias la investigación deja más interrogantes que certezas.

¿Cuál es el papel del docente en la motivación de los estudiantes para el aprendizaje?

¹⁶² RODRÍGUEZ R., Luis. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. Díaz de Santos, Madrid. 1999. ISBN 84-7978-388-5. p. 131.

¹⁶³ ROLDAN V., Ofelia y HINCAPIÉ R., Claudia María. Ambientes educativos que favorecen el Desarrollo Humano. En EDUCAR EL DESAFÍO DE HOY: Construyendo posibilidades y alternativas. CINDE. Santafé de Bogotá : Cooperativa editorial Magisterio, 1999. ISBN 958-20-0464-9.

¿Cuál es el impacto del currículo oculto en la formación humanista de los estudiantes de pregrado?

Extrapolando a la formación médica, los planteamientos generales de Daniel Prieto Castillo¹⁶⁴, podría inferirse que el docente tiene gran influjo en la construcción del sentido de las prácticas académicas, no sólo a través del discurso pedagógico sino del rol asumido dentro del mundo social y simbólico del **SER MÉDICO**. La expresión de Simón Rodríguez “**Lo que no se hace sentir no se entiende y lo que no se entiende no interesa**”¹⁶⁵, citada por el autor, se lee desde la necesidad de repensar la participación de los docentes en cada uno de los espacios educativos. El hecho de que el presente trabajo no haya contemplado a los docentes y a los otros actores en el ámbito hospitalario, no significa que se niegue su trascendencia e impacto en el proceso educativo; por el contrario, hace pertinente recomendar que en futuras investigaciones se aborde el tema de las motivaciones externas, para avanzar hacia la comprensión de la contradicción entre discurso y acción, mencionada en los argumentos interpretativos.

Como punto de reflexión y como motivación para el futuro, en torno al quehacer de los docentes, queda la siguiente cita de Séneca:

**“¿ Por qué razón es que yo debo
algo más a mi médico y a mi maestro
que nunca terminaré de saldar**

¹⁶⁴ PRIETO C., Daniel. Educar con Sentido. Apuntes sobre el Aprendizaje. Argentina : Universidad Nacional de Cuyo. 1993.

¹⁶⁵ RODRÍGUEZ, Simón. Citado por PRIETO C., Daniel. Educar con Sentido. Apuntes sobre el Aprendizaje. Argentina : Universidad Nacional de Cuyo. 1993.

por completo mi deuda con ellos?

**Porque de ser médico y maestro
se convierten en nuestros amigos
y estamos obligados por ellos
no por razón de la pericia que ellos venden
sino por su amabilidad y su amigable buena voluntad.**

**Si, por tanto,
un médico se limita a tomarme el pulso
y a colocarme en la lista de los pacientes
para visitar en sus rondas,
a darme instrucciones sobre lo que debo hacer
o lo que debo evitar,
pero sin ningún sentimiento personal,
no le debo a él más que sus honorarios,
porque él me ve a mí
no como un amigo sino como a un jefe.
Ni existe ninguna razón
por la que deba venerar a un profesor
si él me ha considerado únicamente
como uno más entre sus muchos alumnos
y no me juzga merecedor
de ninguna consideración especial y particular,
si no me ha prestado atención,
si no me ha permitido
no tanto aprender de él
sino recoger algún conocimiento**

que él haya derramado entre nosotros”.¹⁶⁶

3.3.2 El significado de “ser personas” a la luz de la teoría general del desarrollo humano: Otro de los aportes de la investigación se deriva de la necesidad de reafirmar la condición del paciente como persona, pero también la propia condición humana de los estudiantes. Tal reclamo podría derivarse del fraccionamiento al que se ha sometido al hombre contemporáneo, bajo la pretensión de alcanzar objetividad para la ciencia y como el olvido del hombre desde un reduccionismo científico carente de sentido. Que esta situación se dé en los ambientes educativos obliga a las instituciones a reflexionar sobre ello, en pro del desarrollo humano, lo cual tiene justificación si se asume que la misión de la educación va más allá de la adquisición de conocimientos en una disciplina o profesión particular. En este orden de ideas, los resultados de la investigación se verán inicialmente a la luz de las teorías generales del Desarrollo Humano que son aplicables a los sujetos involucrados en el reclamo, estudiantes y pacientes, pero que en aras de la justicia debería abarcar a los docentes, no solo en lo que toca a su papel formador sino también a sus propios derechos.

Para efectos de esta argumentación el Desarrollo Humano se define de la siguiente manera:

“...un proceso activo de constitución del sujeto en sus dimensiones individual y social, el cual se realiza en contextos y situaciones de interacción. Hacerse sujeto implica

¹⁶⁶ SÉNECA. Moral essays. John W. Basore, trans. Cambridge. MA: Harvard University Press, 1964. Citado por DRANE, James F. Cómo ser un buen médico. San Pablo, Santafé de Bogotá. 1993. ISBN: 958-607-687-3

alcanzar conciencia de sí y del mundo y tomar posicionamiento en el orden histórico, cultural y social, en aras de participar en su transformación”¹⁶⁷.

Desde esta concepción, y para el caso particular del proceso de formación médica, debe asumirse como un hecho que los estudiantes de medicina, inmersos en el contexto de la práctica médica, son sujetos activos construyendo su propia realidad subjetiva en la interacción con los pacientes, los docentes, los pares y los demás actores que confluyen en el ambiente educativo. Dicho de otra manera, los estudiantes no son sujetos pasivos moldeados por el entorno, sino que en su relación directa con el mundo social y el mundo simbólico, preestablecidos como herencia cultural, interpretan los significados en la interacción con los otros y los reconstruyen desde su “inteligencia reflexiva”. Esta última consideración, derivada del Interaccionismo Simbólico de GEORGE MEAD y de las teorías de socialización planteadas por BERGER Y LUCKMAN, lleva implícita la integración de los sujetos al contexto social en un solo proceso de interacción, que da origen a la transformación de ambos, sobre la base de la interpretación de significados en el mundo de la vida cotidiana. Desde estas perspectivas, la presente investigación contribuye a la comprensión de la dinámica mediante la cual los propios estudiantes de Medicina construyen su identidad como médicos, es decir, como sujetos en formación permanente y como artífices directos de sus alcances dentro de los ambientes educativos.

Otro punto trascendental del concepto de Desarrollo Humano al que se hace referencia es el principio de integralidad que tiene altísimo peso en la comprensión del significado del hombre. En la investigación, esto puede leerse como un

¹⁶⁷ LUNA, María Teresa, SANDOVAL, Carlos y ROLDÁN, Ofelia. En Módulo 1. Desarrollo Humano. Manizales : CINDE, Programa de Maestría en Pedagogías Activas y Desarrollo Humano. Febrero de 2000

cuestionamiento a la educación superior, formulado como la necesidad de reafirmación individual de los participantes. En la expresión categórica **“Nosotros también somos personas”** subyace una pregunta por el futuro de las esferas de lo humano diferentes a la cognitiva, que debe generar nuevas reflexiones acerca del verdadero significado del proyecto institucional, en cuya búsqueda deben tomar posición responsable todos los actores inmersos en la vida universitaria. Las expresiones de los estudiantes sobre la preeminencia de lo cognitivo y el sacrificio de las otras dimensiones nacen de las prácticas en la vida cotidiana, como experiencias narradas desde el “mundo de la vida” que entran en pugna con los argumentos que desde la filosofía, la antropología y la misma medicina reconocen al hombre en sus dimensiones biológica, psíquica y social.

En el caso específico de la Universidad de Caldas los propósitos de formación integral están plasmados en su misión¹⁶⁸, como un proyecto que entra en contraste con las manifestaciones de los participantes, observación que sugiere la necesidad de adelantar nuevas investigaciones para develar la existencia de puntos de ruptura entre esta misión y los alcances reales del proceso educativo.

Desde esta misma perspectiva del Desarrollo Humano podrían plantearse otras preguntas:

¿Las condiciones de los ambientes educativos, que se habitan a diario, favorecen el Desarrollo Humano de los sujetos en sus diferentes dimensiones?

¿Los sujetos que hacen parte de la institución educativa, como forjadores de su misión, tienen su proyecto educativo anclado en el desarrollo cognitivo como función primordial de la Universidad?

¹⁶⁸ PEI. Universidad de Caldas.

Por otra parte, se puede concluir que los hallazgos derivados de la investigación aportan alguna claridad en cuanto a las características de la interacción con los pacientes durante las prácticas académicas, las que ocupan una posición de privilegio frente al desarrollo de las competencias cognitivas, indispensables no sólo durante la etapa de formación en pregrado sino para el ejercicio profesional. Por ello, es pertinente aclarar que la crisis a la que se hace alusión en la hipótesis interpretativa no tiene representación desde la dimensión técnico científica.

Cuando se afirma que es importante buscar un mayor equilibrio entre el **SER** y el **HACER** del médico, no se pretende que ello se alcance a través de la disminución o satanización de la ciencia, pues tales aprendizajes son los que garantizan la pericia del médico y la mayor parte de los resultados positivos en la atención de los enfermos. De ser así, se caería en un sofisma de distracción frente a los objetivos de buscar la salud. Dicho de otra manera, a pesar de los reiterados comentarios acerca de la hegemonía de la dimensión técnico científica en el proceso de formación médica, es necesario mantener el reconocimiento de los beneficios derivados de la ciencia, por lo que la intención de alcanzar una mayor formación humanista y una mayor integralidad de los profesionales como personas no puede ser el argumento para sacrificar la idoneidad del médico. Si se tuviera la intención de negar la ciencia médica se dejaría de poner en su inventario la gran mayoría de resultados positivos en la solución de los problemas de salud del género humano y negar el espacio que, con justa razón, ha ganado la ciencia médica.

¿Cuál es entonces el interés de abordar este análisis a la luz del Desarrollo Humano?

Volviendo a los argumentos descriptivos e interpretativos, tiene sentido orientar la disertación en torno a la esfera afectiva, por cuanto en ella se pueden enmarcar los reclamos de los participantes que se presentaron en la categoría emergente "El

estudiante como persona". El derecho a sentir, a dolerse y condolerse con los pacientes, pero también la aceptación de la propia vulnerabilidad traduce, en parte, la dinámica social e individual que, en lo afectivo, se da en el ambiente hospitalario. Esta etapa de la vida estudiantil, a pesar de ser crítica, se percibe plena de situaciones favorables para el desarrollo afectivo. La actitud de acercamiento con los pacientes y el reconocimiento de éste como otro ser humano con necesidades son expresiones de humanidad, que deben ser vistas como factores positivos para el establecimiento de relaciones de calidad en el futuro y no como un obstáculo para la objetividad científica. Desde el punto de vista de la investigadora y de manera un poco intuitiva, puede decirse que la etapa de crisis que viven los estudiantes de medicina es el resultado de la movilización interior que se da en sus dimensiones ética y afectiva. Asumir que la crisis a la que se hace referencia es una etapa negativa dentro del crecimiento individual y social de los sujetos sería negar las bondades que se derivan de la "conciencia reflexiva" de los participantes.

Para efectos de la argumentación se mirará el concepto de crisis en el marco del Interaccionismo Simbólico de GEORGE MEAD y desde los planteamientos de BERGER Y LUCKMAN en su libro *La Construcción Social de la Realidad*. En la argumentación teórica de estos autores se destacan los siguientes conceptos:

- Las crisis se generan cuando se pasa de una realidad social a otra, en la que el sujeto se ve obligado a desplazar su atención desde lo rutinario a lo no rutinario.
- Lo no-rutinario, a diferencia de lo rutinario o cotidiano, es problemático e implica que el sujeto realice esfuerzos importantes para desenvolverse socialmente sin contratiempos (cómo una forma de adaptación al medio)

- La realidad objetiva está constituida por un orden social, establecido como herencia antes de que los actores sean puestos en escena.
- La realidad objetiva en la vida cotidiana se presenta como un mundo intersubjetivo, es decir, compartido con otros. No se puede existir en él sin interactuar con los otros. Los otros tienen una perspectiva del mundo diferente de la propia.
- Las situaciones problemáticas, es decir no-rutinarias, se resuelven en la interacción con los otros, pero desde el interior de cada sujeto.
- Los sentidos frente a lo individual y lo social, de cada uno de los sujetos que comparten un contexto social, son puestos en escena e interpretados y reconstruidos por los otros.
- Las situaciones de crisis que se producen por el cambio de realidad movilizan a los sujetos, en busca del ajuste o el equilibrio que les permita continuar en su cotidianidad. Este ajuste se da en la interacción con los otros y bajo la influencia de fuerzas positivas y negativas.

Con estos elementos puntuales sobre la dinámica de la construcción de significados y con el propósito de concretar los aportes de la investigación en cuanto al fenómeno de desestabilización que fue planteado en la hipótesis interpretativa, puede ahora mirarse el fenómeno particular de la crisis que viven los estudiantes de medicina de la Universidad de Caldas, al iniciar sus prácticas académicas. La tensión entre el SER y el DEBER SER, vivida por los estudiantes y develada desde las vivencias en el nuevo ambiente educativo (Hospital), se configura sobre diferentes situaciones que rompen la rutina de lo cotidiano.

- El acercamiento a la realidad de los pacientes, tanto en el suceso de su enfermedad como en su situación social.
- El trato "inhumano" que reciben los pacientes por parte del personal de salud, como contradicción entre la vivencia y el sentir.
- La reducción del paciente a lo orgánico, percibido como una contradicción frente a la estructura del hombre como ser bio-psico-social.
- La reducción afectiva a la que se someten tanto los pacientes como los estudiantes.
- La asunción de responsabilidades nuevas frente a un ser humano sobre el que no puede asumirse el verdadero rol del médico.
- Los sentimientos de impotencia frente a las necesidades específicas de los pacientes.
- Las limitaciones en competencias comunicativas en el trabajo con los pacientes. Además de las consideraciones anteriores, existe otra circunstancia que permite comparar el Desarrollo Humano con el proceso de formación médica. Al mirar las diferentes etapas evolutivas del desarrollo psíquico y afectivo del hombre muchos autores coinciden en identificar a la adolescencia como una etapa crítica, por cuanto representa la transición desde la dependencia absoluta de los padres a la constitución de la autonomía de los adultos. Este mismo concepto se propone como una forma de comprender la transformación que se da al interior del proceso de formación médica, no solo por el hecho de que muchos de los participantes en la investigación tienen

edades cronológicas que los ubican alrededor de la adolescencia, sino también porque permite establecer un paralelo con las etapas evolutivas del desarrollo humano.

Visto así, podría considerarse que en el proceso de formación médica los estudiantes atraviesan una primera etapa, similar al desarrollo de la infancia, que corresponde aproximadamente a los primeros dos años de carrera, tiempo en el cual los momentos educativos discurren en las aulas universitarias. Dedicados al aprendizaje de las ciencias básicas los estudiantes tienen responsabilidades bien definidas, claramente establecidas en el marco de los compromisos académicos que son reconocidas como el pasaporte para ingresar, más adelante, en el mundo de los médicos, con la autonomía que ello representa. Como algo similar a lo que sucede con los niños dentro del ambiente familiar, se está a la espera del momento en que se podrán asumir responsabilidades mayores, asignadas por los adultos. En esta etapa, no obstante que las responsabilidades con los pacientes hacen parte de las representaciones sociales del rol médico, estas aparecen como algo lejano, como una meta que marca el horizonte.

El ingreso a las áreas clínicas aparece como un suceso que tiene una importante connotación para el estudiante, pues representa no sólo el cambio del escenario físico de la universidad por el hospital, sino que trae consigo la asunción de responsabilidades más trascendentales. La responsabilidad por "mi paciente" es asumida de forma tajante, aunque no se posean aún las competencias técnico científicas adecuadas para ofrecer atención médica. Pero al igual que en la adolescencia, los estudiantes del primer año de prácticas se mueven entre "responsabilidades mayores" a las que se tenían en los niveles anteriores, pero muy lejos aún de las responsabilidades inherentes a la edad adulta. La asunción de responsabilidades con los pacientes se ve acompañada del reconocimiento de sus

limitaciones para la apropiación del verdadero rol del médico. En su trabajo con los pacientes los estudiantes son como el adolescente que empieza a moverse al interior de un mundo social y lingüístico ya establecido, que les permite, en su vivencia de la realidad, aprehender los significados construidos por otros.

Sobre los conceptos anteriores, es importante aclarar que, si bien es cierto que tanto el sentido de las palabras como el de las acciones surgen de la actividad con los otros en los escenarios de práctica, el lenguaje y la acción de los otros actores son puestos en discusión desde la "conciencia reflexiva" y repensados en la interioridad de cada uno de los participantes. Como ejemplo de ello pueden mirarse las representaciones sociales alrededor de la relación médico paciente: El carácter eminentemente pragmático que refleja el personal de salud en la atención de los pacientes hospitalizados, no domina aún la cotidianidad de los estudiantes, quienes, por el contrario, se muestran enfrentados ante las imposiciones de algunos esquemas tipificados. La impresión del "trato inhumano" y la "cosificación" de los pacientes en los escenarios académico y hospitalario, despiertan posiciones idealistas de reclamo por lo humano y favorecen, en las prácticas, el establecimiento de relaciones más cercanas, más auténticas y mucho más espontáneas.

Probablemente, en una fase más posterior del entrenamiento médico, cuando se haga visible y significativa la participación de los otros actores (profesionales y docentes) en el mundo de la vida cotidiana, la negociación de los límites en la relación con los pacientes se moverá en el marco de las reglas del gremio médico, ya legitimadas. Siendo así, la relación de los futuros médicos con los pacientes, al interior de las prácticas hospitalarias, podrá verse frustrada por la presión social y las acciones de los médicos formados.

Desde esta dinámica de interiorización del SER MÉDICO frente al DEBER SER DEL MÉDICO tiene sentido considerar que la Universidad, como institución educadora, puede causar impacto positivo en la calidad de la relación médico paciente, siempre y cuando intervenga en el proceso antes de que se fragüe el fenómeno de habituación y la asunción de roles bajo los esquemas tipificados. Tal apreciación se sustenta en los planteamientos de WINNICOTT¹⁶⁹, quien recomienda la participación de los adultos (docentes y médicos formados) en la superación individual de la crisis de la adolescencia. Desde este mismo autor, se presentan a continuación los principales tópicos, aplicados a la formación médica:

- La madurez en la formación del médico es un proceso gradual, alcanzado por el estudiante a partir de su identificación con los grupos sociales (estudiantes de medicina de niveles superiores, médicos institucionales, docentes y personal de apoyo en la atención de los pacientes), que debe darse sin que exista una pérdida importante de la espontaneidad personal.
- La escuela de Medicina, como institución formadora, debe proyectarse con un ambiente educativo facilitador para el desarrollo integral del individuo.
- Aunque no puede esperarse que un sujeto alcance la autonomía total, debe considerarse que los estudiantes de medicina, durante el proceso educativo, viven un proceso de transformación en el pasarán de la dependencia casi absoluta a una dependencia relativa y luego a una independencia mayor. Un proceso similar se espera en la atención de los pacientes durante los diferentes niveles de la carrera de medicina.

¹⁶⁹ WINNICOTT D. W. Realidad y Juego. Barcelona : Gedisa Editorial. 1990. ISBN 950-9113-665-4. Capítulo 11: Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente y las inferencias que de ellos se desprenden en lo que respecta a la educación superior.

Además de lo anterior, el autor hace referencia a la adolescencia (en el marco de la investigación léase como crisis) como una oportunidad inigualable para renovar las estructuras sociales, lo cual podría ser coherente con la participación de la Universidad en el proceso de resignificación de la profesión médica.

“La inmadurez es una parte preciosa de la escena adolescente... **Contiene los rasgos más estimulantes del pensamiento creador, sentimientos nuevos y frescos, ideas para una nueva vida.** La sociedad necesita ser sacudida por las aspiraciones de quienes no son responsables... **El concepto del adolescente acerca de una sociedad es incitante y estimulante”**... “Se puede decir que una de las cosas más estimulantes de los adolescentes es su idealismo. **Todavía no se han hundido en la desilusión,** y el corolario de ello consiste en que se encuentren en libertad para formular planes ideales”... **“Lo importante es que se salga al encuentro del reto planteado por los adolescentes”**.

La posibilidad de “ver el mundo en forma renovada”, por la “existencia del desafío de un joven en crecimiento”, es contemplada por el autor como una situación que requiere la presencia de “un adulto para encararlo”.

“¿Quiénes deben salir al encuentro?”

Ante esta pregunta, formulada por el mismo autor, debe surgir necesariamente la respuesta de la Universidad como institución a través de sus docentes, quienes están llamados a participar en el acompañamiento de los estudiantes, proporcionando ambientes educativos en los que se den “actos de confrontación...que no posean características de represalia...pero que tengan su propia fuerza”.

En la situación particular de la construcción de identidad individual y colectiva de los futuros médicos, la interacción docente alumno puede facilitar la deconstrucción y la reconstrucción de nuevos sentidos alrededor de la relación Médico Paciente. Tal como lo afirman BERGER Y LUCKMAN, el mundo interior y la realidad social se alimentan y conservan mediante la interacción, con los "otros significativos", y en cuanto más significativo sea nuestro interlocutor, mayor valor tienen sus afirmaciones para nuestra conciencia.

4. CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones del estudio, en relación con los hallazgos y las implicaciones desde lo educativo.

Los principales hallazgos de la investigación fueron:

- El contexto social y en particular el contexto laboral afectan de manera negativa las representaciones sociales y las expectativas de formación de los futuros médicos, a través de la percepción de que éste último está dominado por una racionalidad instrumental o lógica cuantitativa, que deshumaniza la labor del médico y entra en contradicción con el principio de beneficencia que debe orientar la atención de los pacientes.
- El contexto interno de las prácticas académicas se percibe impregnado de acciones “poco humanas” en la atención cotidiana de los pacientes, por parte del personal de salud. En este mismo ámbito se reconoce la fragmentación del paciente, evidenciada en la minimización de las dimensiones psíquica y social y en la intervención sobre la enfermedad en lugar del sujeto integral.
- La relación estudiante paciente, durante las prácticas académicas, se da sobre condiciones diferentes a las de los médicos en ejercicio, por cuanto las mediaciones que participan en la interacción se derivan de las necesidades (carencias) y las posibilidades (potencialidades) de los participantes.

- Las prácticas académicas con los pacientes son vividas por los estudiantes como un “compartir experiencias” plenas de aprendizajes significativos, no sólo en lo cognitivo sino también en lo social, lo comunicativo y lo afectivo.
- A pesar de la fuerza que tienen las prácticas hospitalarias y el reconocimiento que se hace a los pacientes como el mejor medio para **“hacer posible el sueño de ser médico”**, existe preocupación en los estudiantes por las condiciones de los pacientes y se reconocen las molestias a las que son sometidos durante las prácticas hospitalarias.
- En la relación dialógica que se establece con los pacientes, los estudiantes logran identificar necesidades, como carencias de atención, diferentes a las que se derivan directamente de su proceso de enfermedad.
- Las motivaciones frente al trabajo con los pacientes se relacionan no sólo con los logros académicos que permiten avanzar en el conocimiento de la enfermedad sino también con los acercamientos de carácter afectivo y el sentido de responsabilidad frente al paciente. Del reconocimiento a la participación de los pacientes en el proceso de formación se deriva un fuerte sentimiento de gratitud, que se expresa en la asunción de “deudas de aprendizaje” pendientes de saldar.
- La transición de básicas a clínicas representa la asunción de nuevas y mayores responsabilidades con los pacientes, que inscriben el desarrollo de los futuros médicos dentro de la dimensión ética del ejercicio médico.
- En la categoría emergente del estudiante se hace visible el reclamo por su integralidad, como persona expuesta a situaciones frustrantes y necesitada de estímulo.

Las principales implicaciones para la Educación Médica, que se desprenden de los hallazgos presentados son:

- El SER MÉDICO no puede estar por encima del SER HOMBRE. En este sentido, y desde la responsabilidad como educadores, es necesario que los docentes reconozcan las condiciones inherentes al desarrollo de los estudiantes como sujetos, es decir, aceptar que no son productos acabados sino sujetos en crecimiento constante, con necesidades iguales a las de los demás seres humanos.
- No se trata de buscar fórmulas para evitar la crisis. Cualquier proceso de desarrollo implica desajustes, que son necesarios para avanzar en los propósitos de formación. Asumiendo que cada crisis tiene su función en el desarrollo, el papel de los educadores podría orientarse hacia el acompañamiento en la superación de la crisis, adoptando por extensión las figuras paternas que apoyen el proceso interior de los sujetos.
- Los hallazgos dejan ver el gran potencial humano de médicos y pacientes. Siendo así, es posible prever que el proceso formativo durante el primer año de prácticas, en el que se ponen en escena los pacientes, los docentes y los estudiantes, es propicio para la conjugación del conocimiento técnico científico con las esferas comunicativa y afectiva y un buen camino para sustentar las bases de una buena calidad en los encuentros con los pacientes. La humanización del médico puede ser impulsada desde la construcción de ambientes educativos abiertos pero cercanos, desde el acompañamiento inicial hacia el progreso en autonomía, desde el acercamiento humano y afectivo en el trabajo con los pacientes hasta la asunción de responsabilidades paulatinamente mayores, desde el paciente como motivador para el aprendizaje y el crecimiento personal en lugar de generador de angustias inmovilizadoras.

- Dado que los hallazgos sobre las motivaciones originan más preguntas que certezas, es recomendable que los profesionales del área de salud mental promuevan investigaciones sobre estos aspectos, con mayor profundidad. Desde las perspectivas psicológicas podría lograrse un análisis más importante sobre el problema.
- Como estrategia de abordaje al problema de deshumanización en la atención de los pacientes hospitalizados pueden aprovecharse los cuestionamientos planteados desde el interior, por los futuros médicos. En los escenarios educativos deben abrirse espacios para compartir y confrontar las inquietudes de los estudiantes, en torno a las situaciones contradictorias leídas en el contexto.
- Las expectativas de formación frente a las exigencias del contexto laboral no pueden convertirse en el faro que guíe la estructuración del currículo. La formación de los médicos debe seguir anclada en los principios de beneficencia y no maleficencia, desde los cuales se garantiza la formación de médicos idóneos que puedan responder a las necesidades reales de los pacientes.
- Los procesos de formación encaminados al fortalecimiento de la relación médico paciente deben estructurarse desde una teoría del Desarrollo Humano, de tal modo que se propenda por un equilibrio en el despliegue de competencias comunicativas, afectivas y cognitivas.
- Para lograr impacto en la formación integral de los futuros médicos la relación estudiante docente debe superar el carácter instrumental frente a lo cognitivo. Es importante repensar la necesidad de estructurar programas de acompañamiento en la crisis, tales como programas tutoriales en los que se supere la relación docente alumno circunscrita al aprendizaje técnico científico.

En los que hace referencia al campo investigativo, el presente trabajo abre amplias posibilidades para estudiantes y profesionales de la salud y las ciencias sociales. Algunos tópicos sobre los que se podrían desarrollar nuevas investigaciones son:

- El proceso de enfermedad más allá de la dimensión orgánica y las maneras como el paciente interpreta y vive su propio proceso de enfermedad.
- Necesidad de los pacientes diferentes a la atención para la recuperación de la salud.
- Imaginarios de los pacientes frente a la relación con los médicos.
- Actitudes de los pacientes frente a la superación de la enfermedad como accidente vital.
- Imaginarios de los estudiantes frente a la recomendación de mantener distancia, no involucrarse con los pacientes.

Finalmente, se quiere recalcar que la realización del presente trabajo estuvo motivada por el deseo de comprender las primeras experiencias vividas con los pacientes, durante el proceso de formación de los futuros médicos. La difusión de estos hallazgos podría en algún momento favorecer los procesos académicos y la humanización de la medicina, lo cual beneficiaría no sólo a los médicos y a las escuelas de medicina sino también a la sociedad en general.

BIBLIOGRAFIA

BERGER, Peter y LUCKMAN, Thomas. La Construcción Social de la Realidad. Buenos Aires : Amorrortu. 1983. ISBN 950-018-009-x

CASTAÑO Y., Ramón Abel. Medicina, Ética y reformas a la Salud: hacia un nuevo contrato social con la profesión Médica. Bogotá : Ecoe Ediciones. 2000. ISBN 958-648-243-x-

CASTILLO VALERY, Alfredo. Los derechos de las personas enfermas. Caracas : Disinlimed. 1987. ISBN 980-6142-03-9.

CINDE. Educar el Desafío de Hoy. Santafé de Bogotá : Mesa Redonda Magisterio. 1999. ISBN 958-20-0464-9.

CINDE. Módulo Pedagogías Activas. Programa de Maestría en Pedagogías Activas y Desarrollo Humano. Manizales, Noviembre de 2000.

CINDE. Módulo Desarrollo Humano. Programa de Maestría en Pedagogías Activas y Desarrollo Humano. Manizales, Febrero de 2000.

COLOMBERO, Giuseppe. La enfermedad, tiempo para la valentía. Santafé de Bogotá : San Pablo. 1993. ISBN 958-607-723-3.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA, 1991.

DRANE F., James. Como ser un buen médico. Santafé de Bogotá : San Pablo. 1993. ISBN 958-607-687-3.

DUQUE Z., José Humberto. El Consentimiento Informado en la Práctica Médica. Fundación Hospitalaria San Vicente de Paul, Medellín. 2001. ISBN 958-96370-3-5.

ESCARDO, Florencio. El alma del médico. Argentina : Assindri. 1957.

FRANKL, Viktor E. El Hombre en Busca de Sentido. Barcelona : Herder. 1999. ISBN 84-254-2092-x.

GOIC G., Alejandro. El fin de la medicina. Santiago de Chile : Mediterráneo. 2000.

GONZALES M., Esperanza, FERNANDEZ M., Celia y PACIOS, Jesús de Dios. La relación medico paciente: una aproximación desde el modelo comunicacional.

HARRISON. Principios de Medicina Interna. México : McGraw Hill, Interamericana. 14ª. Ed. 1998. ISBN 84-486-0202-1.

JAMES, Drane F. Cómo Ser un Buen Médico. San Pabló : Santafé de Bogotá. 1993. ISBN 958-607-687-3.

LAIN ENTRALGO, Pedro. El diagnóstico médico: Historia y Teoría. Barcelona : Salvat Editores S.A. 1982.

LAIN ENTRALGO, Pedro. Historia de la medicina. Barcelona : Salvat Editores S.A. 1982.

LAIN ENTRALGO, Pedro. La medicina actual. Madrid : Dossat. 1981.

LAIN ENTRALGO, Pedro. La relación Médico Paciente. Madrid : Alianza. 1983.

LAVADOS, Manuel y SERANI, Alejandro. Ética clínica: Fundamentos y Aplicaciones. Universidad Católica de Chile.

MARTINEZ M., Miguel. La investigación cualitativa etnográfica en educación. Bogotá : Círculo de lectura alternativa Ltda. 1999.

NORMAS SOBRE ETICA MEDICA. Ley 23 de 1981. Decreto reglamentario 3380 de 1981.

OSLER, Sir William. Aequanimitas. The Blakiston Company, Filadelfia. 1932.

PLAZA & JANES Editores S.A. Crónica de la Medicina. 2ª. Ed., Barcelona. 1994. ISBN 84-01-61767-7.

PRIETO C., Daniel. Educar con sentido. Apuntes sobre el aprendizaje. Argentina : Universidad Nacional de Cuyo. 1993.

RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL, LEY 100 DE 1993. Congreso de la República de Colombia.

RESTREPO R., Luis Carlos y ESPINEL V., Manuel. Semiología de las prácticas de la salud. Bogotá : Ceja. 1996. ISBN 958-9502-11-3.

RESTREPO R., Luis Carlos. El Derecho a la Ternura. Santafé de Bogotá : Arango Editores. 1994. ISBN 958-27-0005-x.

REY, Germán. El desarrollo de la comunicación. Módulo Desarrollo Humano, CINDE. 1993.

RITZER, George. Teoría Sociológica Contemporánea. Madrid : McGrawHill. 1993.

RODRIGUEZ R., Luis. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. Madrid : Diaz de Santos. 1999. ISBN 84-7978-388-5.

SANCHEZ T., Fernando. Temas de Ética Médica. Santafé de Bogotá : Giro Editores. 1995. ISBN 958-9396-02x.

SAUSSURE, Ferdinand de. Curso de Lingüística General. Madrid : Planeta Agostini. 1984.

SILVERIO, Delmonte Regina. Humanización de los Servicios de Salud. Santo Domingo : Editora Universitaria UASD. 1999.

UNIVERSIDAD DE CALDAS. Proyecto Educativo Institucional. Manizales, 2000.

VELEZ C., Luis Alfonso. Ética Médica: Interrogantes acerca de la medicina, la vida y la muerte. Medellín : C.I.B.. 1996.

WATZLAWICK, Paul, y col. Teoría de la comunicación Humana. Barcelona : Herder. 1989.

WINNICOTT, D. W. Realidad y Juego. Barcelona : Gedisa Editorial. 1990. ISBN 950-9113-65-4.

WOODS, Peter. Investigar el arte de la enseñanza. Barcelona : Paidós. 1998.