

¿Es posible ejercer una buena medicina en la actualidad? ¹

Resumen

Este artículo, inicia analizando la esencia del ejercicio médico, quien lo ejecuta, a quién se le considera un buen médico y qué rige su actuar. Con el propósito de mostrar si es posible ejercer una buena medicina en el contexto actual, se examina cómo actualmente los factores del contexto lo determinan (económicos, políticos, administrativos) y plantea los fundamentos de una práctica médica adecuada (científico-técnico, humanitarista, inquisitivo, estratégico, ético). Muestra cómo los factores del contexto están moldeando y, con frecuencia, restringiendo la práctica médica. Los que determinan la salud, de facto y formalmente, la sociedad en general, y el médico en su práctica específica, debe considerar estas influencias para tener un ejercicio médico adecuado.

Palabras clave: práctica médica, contexto de la práctica médica, determinantes de la práctica médica, fundamentos de la práctica médica

Is it possible to practice good medicine today?

Summary

This article begins by analyzing the essence of medical practice, who performs it, who is considered a good doctor and what governs their actions. With the purpose of showing whether it is possible to practice good medicine in the current context, it is examined how currently the factors of the context determine it (economic, political,

¹ Escrito por: Diego A. Sarasti V., médico, magíster y PhD en Salud Pública. Profesor Asociado, Sección de Pediatría Social, Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín – Colombia. Correo electrónico: diego.sarasti@udea.edu.co

administrative) and raises the foundations of an adequate medical practice (scientific-technical, humanitarian, inquisitive, strategic, ethical). It shows how contextual factors are shaping and often restricting medical practice. Those who determine health, de facto and formally, society in general, and physician in her/ his specific practice, must consider these influences to have an adequate medical practice.

Keywords: medical practice, context of medical practice, determinants of medical practice, fundamentals of medical practice

É possível praticar uma boa medicina atualmente?

Resumo

Este artigo começa analisando a essência da prática médica, quem a exerce, quem é considerado um bom médico e o que rege sua atuação. Com o objetivo de mostrar se é possível praticar uma boa medicina no contexto atual, examina-se como atualmente os fatores do contexto a determinam (econômico, político, administrativo) e levantam os fundamentos de uma prática médica adequada (científico-técnico, humanitário, inquisitivo, estratégico, ético). Mostra como os fatores contextuais estão moldando e muitas vezes restringindo a prática médica. Aqueles que determinam a saúde, de fato e formalmente, a sociedade em geral, e o médico em sua prática específica, devem considerar essas influências para terem uma prática médica adequada.

Palavras-chave: prática médica, contexto da prática médica, determinantes da prática médica, fundamentos da prática médica

A. Esencia del ejercicio médico

a. ¿Qué es la esencia del ejercicio médico?

Hay dos preguntas básicas para ahondar en la esencia del ejercicio médico: Una es, ¿Qué es el ejercicio médico? Lo cual, podría responderse como que el ejercicio médico es la interacción de un humano, entrenado y certificado en este arte, con otro humano, quien padece una afectación de su estado de salud. La otra pregunta es, ¿Para qué es el ejercicio médico? Lo cual, podría decirse que es el que uno de los participantes en esta interacción intenta ayudar al otro para solucionar la situación que afecta negativamente la salud de este último. Así, el ejercicio de la medicina es básica y esencialmente el acompañamiento al otro en su proceso de salud y enfermedad; es esta la función central del médico.

Este acompañamiento implica el encuentro directo médico-paciente, así como, la actitud empática (MacLeod, 1994), humanitarista (Sokol, 2008) (Stewart, 2005), amable y de respecto (Chochinov, 2007) (Arango-Restrepo, 2013) del médico.

b. ¿Quién es el médico?

Se ha considerado médico a quien busca curar a un sujeto enfermo. Aquel humano con el aval social y, ya sea definido por su cultura como médico, sacerdote, chamán o yerbatero, utiliza diferentes clases de recursos para tratar de resolver el problema de salud de dicho sujeto enfermo, según su formación y el desarrollo sociohistórico del conocimiento curativo de su cultura. Así, en su sentido etimológico el médico es un “cuidador” y es la persona que, hace prácticas curativas basándose en develar, significar e intervenir las condiciones que afectan negativamente la salud del paciente.

c. ¿Quién es el buen médico?

Para definir cuál es el actuar de quien es un buen médico hay diferentes perspectivas. Una de ellas es la deontología médica, que es el conjunto de normas éticas relacionados con esta profesión y que se han consignado en una serie de códigos y juramentos (Karchmer-K., 2012), desde la antigüedad (entre los que están

el juramento de Hipócrates y, la Oración de Maimónides), hasta la modernidad (entre los que están la Declaración de Ginebra y, el Código Internacional de ética médica); así como, guías de buena práctica médica, algunas de las cuales son, la británica (Council, 2024) y la australiana (Australian Health Practitioner Regulation Agency, 2020).

Por su parte, desde la perspectiva de la práctica médica actual hay diversos criterios para considerar quién es un buen médico; entre estos están el que el médico tenga habilidades para curar y para relacionarse con el paciente y sus cuidadores, así como, la tenencia de valores éticos y morales (Ibanez et al., 2010) y, la capacidad de enseñar, investigar y de educación continua (Steiner-Hofbauer et al., 2018). Además, de tener un alto nivel de conocimientos aplicables según la situación, rápida capacidad resolutive, ser digno de confianza, con capacidad de actuar profesionalmente incluso en situaciones de estrés y bajo presión, alto grado de autocontrol y no asumir riesgos irreflexivamente (Hofhansl, 2015). Igualmente, mostrar humanidad, apoyo al paciente y respeto a la autonomía de este (Schattner et al., 2004).

Un estudio realizado en 1000 personas de la población de Austria (Grundnig et al., 2022) reportó, como la categoría de mayor importancia para definir al buen médico, sus habilidades sociales, considerándolas como el que el médico dedique el tiempo a la consulta y oiga atentamente al paciente, así como que, sea receptivo a las quejas, se preocupe, sea fiable, dedicado, comprensivo, servicial, tranquilizador y motivador. La competencia profesional fue la segunda categoría en importancia para esta definición y consistía en las habilidades de diagnóstico y terapia apropiados; unos diagnósticos correctos, precisos, rápidos y eficientes y; una precisa y minuciosa evaluación. Otras categorías fueron: la personalidad del médico, la comunicación; la organización práctica, en cuanto disponibilidad, accesibilidad y resolutive; así como, la conducta ética y moral.

B. ¿Qué rige el actuar del médico?

En general, cada país tiene su propia normatividad para reglamentar el ejercicio médico. Así, por ejemplo, cada país de la Unión Europea tiene diferentes requerimientos para conceder el derecho a que el médico ejerza (Panteli & Maier, 2021); aunque, ha habido esfuerzos para estandarizar la formación y certificación periódica de este personal para facilitar su movilidad entre los países de esta zona (Peeters et al., 2010).

Por su parte, en los Estados Unidos de América cada estado tiene su propia Junta Médica Estatal que adopta formalmente una “Medical Practice Act” que define los requisitos para la práctica médica en su jurisdicción. Así mismo, Igualmente, la práctica médica en China está regulada por la ley promulgada por la Orden nº 5 del presidente de la República Popular China, expedida el 26 de junio de 1998. Por su parte, en Colombia está la Ley 23 de 1981 (Ley de Ética Médica), y el Decreto 3380 de 1981, que reglamenta esta ley.

De otro lado, el actuar médico está regido por normas administrativas de diferentes niveles territoriales (nacional, estatal o departamental, municipal) y, de forma importante, por normas propias de las instituciones donde ejerce el médico.

C. Propósito del presente artículo

El presente artículo pretende aportar elementos conceptuales para entender los factores sustanciales que afectan al ejercicio médico en la actualidad. Para ello, el autor se propuso responder a las siguientes preguntas: ¿Cuál es el contexto actual en que se ejerce la medicina? ¿Qué es una buena medicina? ¿Es posible ejercer una buena medicina en el contexto actual?

D. Esencia del ejercicio médico y la práctica médica actual

Este apartado busca responder a la pregunta: ¿Cuál es el contexto actual en que se ejerce la medicina?

Actualmente en el mundo hay tendencias que afectan lo que es el ejercicio médico debido a la determinación que ejercen sobre ella ejercen factores que le son externos, como lo económico, lo político y lo administrativo. Así, con frecuencia, lo

que se instruye en las aulas es distinto a la que se aprende y practica en la cotidianidad; habiendo una divergencia de estas últimas con el ethos² del ejercicio médico adecuado. Algunos de los aspectos que influyen en el ejercicio médico actual son los siguientes:

a. Práctica médica y su sustrato biologista y clínico-asistencial

El ejercicio médico actual se centra casi que exclusivamente en los aspectos biológicos del paciente y en los clínico-asistenciales de su atención (Carmona-Moreno et al., 2005) (Longino, 1998) sin tener en cuenta los de los contextos (familiar, comunitario, escolar, laboral, barrial, sociohistórico) en que el sujeto se desenvuelve y a los cuales encarna (estructural o circunstancialmente) y que; también, pueden influir en el estado de salud del paciente y en enfermedad misma, en cuanto sus características y su forma de desenvolvimiento. Así como, tampoco se tiene en cuenta el grado de acceso y de calidad de los servicios de salud y de las redes de apoyo familiar y social que son influencias cruciales en estos aspectos mencionados.

Usualmente, bajo las perspectivas biologista y clínico-asistencial se consideran como aspectos sociales los datos demográficos del paciente y; no se aprehende, con sus categorías analíticas propias, el contexto social ni la relación entre lo biológico y lo social.

De forma correlacionada, en el ejercicio médico actual se busca “la enfermedad” como si esta existiese de por sí, soslayando que estas son entidades nosológicas (constructos o categorías analíticas) (Hucklenbroich, 2014) que hemos construidos los humanos para entender procesos fisiológicos que son considerados patológicos porque tienen implicaciones negativas para la condición de salud, física y mental, del paciente. Así, se llega a tener una visión instrumental del ejercicio médico, pues,

² “El carácter distintivo, sentimiento, naturaleza moral o creencias rectoras de una persona, grupo o institución” (Merriam-Webster, n.d.). “Del griego ἦθος êthos 'costumbre', 'carácter'. Conjunto de rasgos y modos de comportamiento que conforman el carácter o la identidad de una persona o una comunidad”. (Real Academia Española, 2001)

desde esta perspectiva, este consiste en tratar enfermedades y no a sujetos enfermos.

Asociado a lo anterior, hay varias situaciones que afectan la calidad del ejercicio médico como acompañamiento al otro en su proceso de salud enfermedad. Una de ellas es, con alguna frecuencia presente, la pretensión omnipotente de poder combatir completamente cualquier afectación en la salud basados en los adelantos científicos, técnicos y tecnológicos actuales (Longino, 1998) e; incluso, hemos creído que podemos vencer al envejecimiento y a la muerte. Toda vez que, en términos históricos solo es reciente que la medicina tiene armas terapéuticas realmente efectivas para la resolución de muchas patologías. Lo anterior, focaliza el ejercicio médico casi que exclusivamente en estos adelantos, lo que, se concreta en la mera aplicación de protocolos, tendiéndose a dejar de lado otros aspectos esenciales de dicho ejercicio, entre los cuales, está el acompañamiento al enfermo.

La anterior pretensión se desvanece cuando el médico se enfrenta al paciente terminal o, al que no ha respondido a ningún tratamiento médico o, al anciano extinguiéndose por su vejez; cuando ya ni la sapiencia ni la tecnología pueden ofrecer una solución a la demanda de curar; quedando si acaso, tal vez, la pretensión de aliviar. En estos casos es evidente como el ejercicio médico es un acto de acompañamiento al otro dándole soporte emocional (Koplinka-Loehr, 2017).

b. Práctica médica y pérdida de la importancia de la evaluación médica

Con todo y que las ayudas diagnósticas son un apoyo fundamental en el ejercicio médico, con cierta frecuencia, los médicos priorizan la tecnología y desprecian la clínica (Ruano-restrepo et al., 2021); sobreutilizando la primera y confiando ciegamente en ella (Mrazek et al., 2020); sin ser conscientes de las limitaciones (Viljoen & Twomey, 2007), errores y fallas que ella pueda tener (Litchfield et al., 2015) (N. C. Elder, 2015) (Sciacovelli et al., 2017) (Beasley et al., 2011) (Ismail et al., 2007).

Esta infravaloración del razonamiento médico y el examen físico conlleva a que el médico pierda su capacidad de análisis de la situación del paciente. Igualmente, fomenta la conducta de “enviar exámenes primero”, la cual, es un débil soporte para el ejercicio médico (Shum, 2006) y; se asocia a una pérdida del sentido humano y de la calidad del ejercicio médico. Además, la tendencia a enviar ayudas diagnósticas se ve favorecida cuando los médicos tienen muchos pacientes en espera, poco tiempo de atención y una alta carga de trabajo (Ergün-Şahin et al., 2022).

c. Práctica médica: encuentro de anónimos

Por su parte, actualmente la relación médico-paciente se da entre anónimos, vestidos de unas titularidades (“el médico”, “el paciente”) y tiene predominantemente un carácter puntual, fugaz y de no continuidad en el tiempo. Además, con frecuencia en este encuentro difieren las expectativas de qué es la confianza en la relación entre el médico y el paciente, ya que el primero la basa en su experticia técnica, conocimiento, competencia y rendimiento; mientras que, el segundo la basa en su confianza y su reciprocidad con el médico (Berger et al., 2020).

Al contrario, en realidad la relación médico-paciente es un proceso que se va construyendo paulatinamente, tanto durante un encuentro, pero principalmente a través de los diferentes encuentros, en donde las habilidades científicas, técnicas e interpersonales del médico interactúan con las características y condiciones del paciente para darle unas características únicas y personalizadas a este encuentro.

d. Práctica médica y formación tecnologizada

Actualmente la educación médica se debate entre crear médicos o tecnólogos médicos (Berkow, 2002); lo cual, se da en el contexto de los grandes avances científicos y técnicos de la medicina en la última centuria que han posibilitado diagnósticos más precisos y tratamientos más efectivos. Lo que, también, ha implicado a los médicos períodos de entrenamiento más largos y complejos, así como, una mayor dependencia de la tecnología.

Estos cambios han favorecido el efecto negativo de que muchos médicos estén orientados principalmente por la tecnología e, incluso sólo por ella; lo que los lleva a que tengan menos capacidad para evaluar clínicamente a sus pacientes, comunicarse con ellos, tratarlos de una manera humanística y de cuidado personalizado; así como, ha favorecido que los médicos tengan una confianza ciega en la ciencia y la tecnología sin comprender al paciente que tiene la enfermedad. Lo anterior, favorece diagnósticos incorrectos e incompletos, fallas en el tratamiento, costos excesivos, procedimientos peligrosos y mala voluntad de los pacientes.

Así mismo, en las circunstancias actuales, asociado al desarrollo del conocimiento médico y los avances tecnológicos, se tiene la percepción implícita que el problema en la relación médico-paciente es meramente técnico-instrumental (Emanuel & Emanuel, 1992); sólo consistiría en usar el conocimiento, la técnica y la tecnología médica para lograr la curación. Así, se concibe el encuentro médico-paciente como si tuviera solo una naturaleza de “reparación técnica”, pues, la solución de los problemas de salud sería mera cuestión del uso de la tecnología adecuada, lo que llevaría a que el médico fuese solamente un tecnólogo sofisticado.

Por el contrario, es bien cierto el aforismo (en forma ampliada de su versión original) de que: “el médico raramente salva, cura algunas veces, aliviar con frecuencia, acompaña siempre”. Normalmente es el organismo el que se cura; sus fuerzas vitales tienen una capacidad reparativa, que es el objetivo que, en mayor o menor medida, buscan potencian las herramientas que utiliza quien intenta curar. Pero, es el acompañamiento la esencia misma del ejercicio médico.

Por su parte, a nivel mundial existe en la educación universitaria una tensión entre la formación científico-técnica y la formación humanística. Así mismo, en la educación médica existe una tensión entre la formación científico-técnica, en este caso, clínico-asistencial, y la formación humanística; concebida esta última como el desarrollo de las habilidades del estudiante de medicina para aprehender integralmente al paciente. En la actualidad el proceso de educación del médico se centra en la formación científica y técnica y, así, se le moldea la forma de ver el mundo y su accionar desde un enfoque utilitarista y pragmático.

e. Práctica médica y tecnologías de la información

La introducción de las tecnologías de la información en el cuidado de la salud (telemedicina, telemonitoreo, realidad virtual, sistemas de diagnóstico basados en inteligencia artificial) tienen el riesgo de disminuir la humanidad del contacto médico-paciente, a la vez que, reducir las fuentes de conocimiento para el diagnóstico y la terapia (Botrugno, 2021).

Esta disminución de las fuentes de conocimiento sobre el paciente que en la vía de la virtualidad puede ocurrir se da de dos formas. Una, es porque a través de esta vía el lenguaje verbal se convierte en la única base del diagnóstico (endeble, de por sí), así como, porque el lenguaje no verbal es menos percibido, no se aprecian los factores del contexto y las fuentes aportadas por el examen físico desaparecen. La otra vía, ocurre porque, en algunas de las formas de telemedicina, el paciente se convierte en una miríada de datos cuantitativos, no necesariamente asimilables todos dentro de un marco interpretativo y analítico; además, de que se limita el marco de análisis del paciente a estos datos.

Así, esta disminución de las fuentes de conocimiento puede afectar negativamente el proceso metacognitivo de análisis de la situación del paciente que el médico debe hacer para un diagnóstico y el tratamiento adecuados.

f. Práctica médica en los sistemas de salud

Actualmente, el ejercicio médico se da principalmente dentro del sistema de atención en salud que, realmente, es un sistema de atención de enfermedades; el cual, tiene una organización del proceso de atención que es focalizada, fragmentada (World Health Organization, 2016) (Stange, 2009) (Guevara et al., 2005) y altamente normalizada (estandarizada). Todo lo cual, influye decisivamente en el cómo se ejerce la medicina y moldea la esencia de su ejercicio.

Dicha organización del proceso de atención conlleva un alto ritmo de trabajo, ya que, tiene como uno de sus principales objetivos la máxima utilización de los recursos involucrados (humanos, técnicos, financieros, insumos) debido a los

determinantes económicos y políticos y; la alta demanda de atención en salud. Todo lo cual, con frecuencia, tiene impactos negativos como la sobrecarga laboral y el síndrome de Burn-out en el personal de la salud (Cărăuș, 2022) y, entre estos, los médicos (Patel et al., 2019) (West et al., 2018).

La organización actual del proceso de atención en salud enfatiza el máximo aprovechamiento en las tareas para el aumento en la eficiencia de la producción y el mínimo desperdicio, mediante la estandarización de los ciclos de producción y la especialización del trabajador. Esta es una forma de administración del proceso productivo que se origina en la corriente de “Administración científica” del proceso productivo industrial, que inició con el modelo fordista-taylorista (Chiavenato, 2019).

g. Práctica médica y sobrecarga laboral

La sobrecarga laboral se manifiesta en los médicos como estrés e insatisfacción laboral e impactan en el rendimiento individual, el ausentismo, el deseo de cambiar de empleo, el rendimiento organizacional y la calidad del cuidado que brindan (Williams et al., 2007). En este último aspecto, el estrés y la insatisfacción laboral del médico afectan negativamente la calidad del encuentro médico-paciente, pues, este se relaciona de forma diferente con el paciente, ya que, adopta conductas que generan distancia y, a la larga, pueden generarle más estrés (Bakker et al., 2000). Incluso un aspecto como es el cumplimiento de las normas de higiene de manos se ve negativamente afectado (Garus-Pakowska, 2011).

Otros aspectos que se han encontrado relacionados con la alta sobrecarga laboral son la pérdida de la autonomía en el proceso de toma de decisiones en el trabajo y del control sobre el ambiente de trabajo, la ausencia de soporte organizacional, así como, el desbalance entre las esferas trabajo-familia y trabajo-vida (Tanios et al., 2022).

La fuerte influencia de los aspectos organizacionales en el síndrome de Burn-out en los médicos se evidencia en que, para reducirlo, las estrategias con enfoque organizacional son más efectivas que estrategias con enfoque individual (Panagioti

et al., 2017). Un hallazgo similar es reportado por un metaanálisis (De Simone et al., 2021) que señala las primeras se enfocan al ambiente de trabajo y la cultura organizacional y se relacionan con cambios en la programación, reducción de la carga laboral, cambios en la operación de las actividades y del conjunto de las organizaciones de atención en salud; mientras que, las estrategias con enfoque individual se refieren a técnicas conductuales cognitivas para aumentar la competencia laboral, mejorar las habilidades comunicativas y las estrategias de afrontamiento.

h. Práctica médica y tiempo de consulta

Por su parte, la alta estandarización de la organización del proceso de atención en salud lleva a que realmente sea un proceso de atención de enfermedades más que de personas enfermas. Esta alta estandarización lleva a normalizar el tiempo de la consulta médica que, por su esencia, depende de muchos factores, que son variados en cada consulta (Šter et al., 2008) e impredecibles con anticipación a ella.

La dificultad para estandarizar la consulta médica se da porque a ella puede llegar tanto un paciente con una patología sencilla, que sería posible evacuarlo en el tiempo asignado; como también, lo que frecuentemente pasa, llegar un paciente con una patología compleja o, al que hay que hacerle múltiples atenciones o, un paciente con múltiples patologías (Reis Tadeu et al., 2020); todos los cuales son difíciles de evacuar en el tiempo asignado. De esta forma, el tiempo asignado a una consulta médica se convierte en un factor crucial para la calidad de la atención y la satisfacción del paciente y el médico (Dugdale et al., 1999) (Wilson & Childs, 2002) (Lawson, 2019).

En el mundo existe una gran variabilidad en el tiempo asignado a la consulta médica en la atención primaria. Un estudio (Irving et al., 2017) que lo evaluó en 67 países lo reportó entre 48 segundos, en Bangladesh, y 22,5 minutos en Suecia y; halló que en 18 países, que representaban aproximadamente el 50% de la población mundial, era de 5 minutos o menos. Así mismo, encontró una asociación significativa entre el tiempo de la consulta y el gasto per cápita en atención en salud y las admisiones

al hospital por motivos tales como diabetes; así como, también, encontró una asociación significativa con la densidad de médicos de atención primaria y, la eficiencia y satisfacción médica.

Además, este proceso de atención tiene el agravante de que el tiempo de consulta incluye el tiempo dedicado a la parte informática (Sinsky et al., 2016), por lo que no se le presta la suficiente atención al enfermo (Sobral et al., 2015); sin mencionar que, muchas veces, estos sistemas son dispendiosos, por lo lentos y meticulosos, y presentan interrupciones; por lo que se convierten con frecuencia en un factor importante de sobrecarga laboral en el médico y aumentan su riesgo de presentar el síndrome de burnout (Melnick et al., 2020). Así, en la práctica médica actual es muy común que el médico esté absorbido en el computador, peleando con las exigencias y deficiencias del sistema informático.

Igualmente, este tiempo incluye la ejecución de multiplicidad de tareas administrativas y, muchas veces, la resolución de dificultades administrativas que eventualmente se generen; lo que lleva a insatisfacción del médico, mayor riesgo de burnout en este personal (Shanafelt et al., 2016) (Patel et al., 2018) y que este no preste una atención adecuada al paciente, ya que aumenta la probabilidad de que lo atienda rápidamente con una atención superficial, sin empatizar ni conocer nada del paciente; con lo que poco puede realmente resolverle su situación de salud.

Igualmente, la disminución del tiempo dedicado a los pacientes favorece el incremento en la prescripción de antibióticos y analgésicos y, de la remisión de pacientes nuevos a especialistas, así como, una menor tendencia a cambiar el curso existente del tratamiento de los pacientes que ya tienen una prescripción preexistente de medicamentos (Neprash, 2016). A la vez que, reduce la posibilidad de que las fuentes para hacer un diagnóstico adecuado sean suficientes (Shurtz et al., 2022).

Todo lo anterior favorece que el médico se retrase en su agenda asignada y que, con frecuencia, debido a la presión del tiempo, atienda someramente al paciente,

recorte su estudio o haga una nota en la historia clínica de calidad deficiente; todo lo cual, es debido a la inflexibilidad del flujo de la atención de los enfermos, que depende de la forma de organización de este proceso. También, de una forma peor aún, todo lo anterior favorece que el médico juzgue someramente para saber qué tiene el paciente, más como un ejercicio de adivinación que de razonamiento, acompañamiento y apoyo.

De esta manera, este tiempo asignado es expresión de una forma específica de organización del proceso de atención de enfermedades; que en su momento de configuración respondió (y, en sus momentos de desarrollo, responde) a las directrices políticas, económicas y administrativas de los actores sociales predominantes que configuraron (y, configuran) la estructura presente del sistema de salud y la provisión de los servicios de salud (Shurtz et al., 2022).

i. El hábitus en la práctica médica

El apartado anterior muestra cómo el tiempo asignado a la consulta médica (Pisharody Vijayan, 2015) (Cayirli & Veral, 2003) moldea el cómo el médico aborda al paciente (Konrad et al., 2010) (Kolla et al., 2022) (Yarnall et al., 2003), le crea el hábito de cómo hacerlo y le configura su visión y manera del ejercicio médico.

Por su parte, hay otro factor que moldea la práctica médica y contribuye a crear su hábitus específico presente. En la actualidad hay nuevas formas de percibirse el trabajador en su rol en el trabajo debido a las variaciones en sus condiciones laborales propiciadas por los cambios en el tipo de contratación, el nivel de ingresos salariales y la movilidad en las labores a ejecutar, que se han dado por la desregularización del mercado laboral (Ibarra-Cisneros & González-Torres, 2010); mal llamada, flexibilización laboral, que ha afectado a los trabajadores en general y, en específico, a los trabajadores de la salud y, entre estos, a los médicos.

Así, la flexibilización del vínculo laboral ha creado nuevas identidades o subjetividades del trabajador, en su rol, al transformar la relación sujeto-sociedad, la cual, se da principalmente mediante el trabajo y; ha fomentado que este se

perciba a sí mismo más como un emprendedor, libre elector, autor de su propia trayectoria dentro de un orden social contingente (Sisto & Fardella, 2008), es decir, incierto, eventual y circunstancial.

Igualmente, estas nuevas identidades del trabajador han sido favorecidas por su precarización laboral, expresada en mayor inestabilidad laboral, menor control sobre el proceso productivo, menor cobertura en protección social, menores ingresos y beneficios, disminución del estatus del puesto de trabajo y del apoyo social en el trabajo, aumento de la exposición a riesgos físicos, disminución en las oportunidades de capacitación y ascenso en el trabajo (Tompa et al., 2007); al igual que, por un mayor sentido de marginalización y de pérdida de oportunidades para desarrollarse, así como, para avanzar en su carrera y para identificarse con la empresa (Guest, 2004).

Otros factores importantes que influyen en este moldeamiento del ejercicio médico (hábitus médico) son la evaluación de la gestión del médico y la auditoría de procesos médicos; por su efecto de control y aleccionamiento del cómo realizarla. Igualmente, otro factor contribuyente son los ejemplos que recibe el médico durante su aprendizaje y práctica.

Así, se crea un hábitus (Bourdieu, 2007), que son las estructuras sociales internalizadas, a lo largo de la historia de vida, en forma de esquemas de percepción, pensamiento y acción (Martín-Criado, 2009) y que el médico, también, en su ejercicio expresa.

Actualmente, todos estos factores configuran el comportamiento de los médicos más que los principios deontológicos. Así, de los principales efectos que la formación actual y los determinantes económicos, políticos y administrativos existentes han tenido en el ejercicio médico es que ahora es más común que el médico se perciba como un empleado estandarizado que aplica técnicas terapéuticas y realiza procedimientos administrativos y; no como un profesional que ejerce el arte de cuidar y curar. De esta forma, en la actualidad el médico se tiende

a concebir a sí mismo más como un asalariado que como un cuidador que vela por la salud de otro humano.

j. Práctica médica y contratación de los médicos

En las últimas décadas, en muchos países del mundo ha habido cambios en las formas predominantes de contratación de los trabajadores; con un aumento de las formas flexibles de contratación (Broughton et al., 2016) (Katz & Krueger, 2016). Este fenómeno, también, ha afectado al personal de la salud y, entre estos, al personal médico, con aumento de la inestabilidad laboral por la flexibilización del mercado laboral del recurso humano en salud (Brito-Quintana, 2000) (Núria Homedes & Ugalde, 2005) (Brito et al., 2001) (Molina-Marín et al., 2010);.

Estos cambios responden a la dinámica de aumento del uso de los recursos (humano, insumos, financieros, técnicos) para aumentar la rentabilidad en el nicho del mercado de la salud (Salisbury, 2008); lo que es uno de los objetivos de la globalización y el neoliberalismo. Estas últimas han impulsado el patrón actual de acumulación del capital y han determinado en la mayoría de los países los procesos de reforma de los estados y sus políticas sociales (Laurell, 2000), entre las cuales están las del sector salud (Armada et al., 2001) (Laurell, 2000) (Nuria Homedes & Ugalde, 2005).

Así mismo, en la generalidad de los trabajadores, incluido el personal de salud, estas formas flexibles de contratación están asociadas con precariedad laboral (Pereira-Fernandes, 2023), mayor sobrecarga laboral (Minaya-Boada & Morales-Pulido, n.d.), falta de seguridad social (Spasova et al., 2017) (Pietras, 2020), estrés laboral (Bhattacharya & Ray, 2021), insatisfacción laboral (Wilczyńska et al., 2016), menor disponibilidad de tiempo libre y de tiempo para la vida social (Campos-Ugaz, 2022), prolongación de la vida laboral de los adultos mayores (Wrocławska, 2020) e, incluso, deterioro de las condiciones de salud, física y mental (Benach et al., 2014) (Bender. & Theodossiou, 2017) (Ferrie et al., 2008) (Pirani, 2017) (Baquero & Pérez, 2021).

k. Práctica médica y sus determinantes

Según lo previamente expuesto, el ejercicio médico actual expresa sus determinantes económicos, políticos y administrativos.

En el contexto actual de los países, en donde la salud se presta mediante el mecanismo de mercado (Schwenk, 2020), los determinantes económicos expresan la búsqueda de la maximización de la rentabilidad económica y del uso intensivo de los recursos involucrados (humanos, insumos, tecnológicos, financieros). Mientras que, los determinantes políticos se refieren a la configuración del sistema de salud; la cual, es en gran parte la consolidación de determinada forma de interacción entre los actores involucrados en los procesos decisorios de este sistema. Por su parte, la gestión administrativa gestiona las mencionadas prioridades económicas y son expresión del contexto dado por el modelo neoliberal predominante en la actualidad. Todo lo anterior, muestra la subsunción de lo político a lo económico.

Lo previamente expuesto, favorece que el ejercicio médico actual es altamente especializado y fragmentado en su atención (Watson, 2019) y; se da bajo la comercialización del cuidado de la salud, todo lo cual, aumenta su riesgo de deshumanización (Beaulieu, 2013).

E. ¿Qué es una buena medicina?: Fundamentos del Pensar y Actuar Médico

En el presente apartado el autor pretende responder a la pregunta: ¿Qué es una buena medicina?

Ante el estado de cosas del ejercicio médico actual, descrito en el apartado anterior, es esencial plantear los pilares para un ejercicio integral por parte del médico a nivel de cada consulta que permitan ejercerlo en dicho contexto; que a juicio del autor son los siguientes (Sarasti-Vanegas, 2012):

a. Formación científico-técnica

Un primer fundamento es la **formación científico-técnica**, que se aprende en la universidad. La importancia de este aprendizaje es el que da elementos para saber el por qué y el qué hacer ante diferentes situaciones que afectan la salud.

La formación científica no es solo el aprendizaje de este tipo de conceptos, sino, principalmente el aprendizaje del razonamiento médico (Kassirer, 2010) (Walters, 2012) (Harasym et al., 2008); el cual, se enseña utilizando diferentes métodos (Xu et al., 2021). Pero, el ejercicio de la medicina no es solo la aplicación de lo científico y lo técnico.

b. El quehacer humanitarista del médico

Primero que todo, hay que aclarar que el humanitarismo es distinto al humanismo; mientras que el primero se refiere al sentido de “humanidad, compasión de las desgracias de otras personas” (Real Academia Española, 2001); el segundo se refiere, en términos generales, al conocimiento de lo que el ser humano ha producido en los campos del saber y las artes.

El **humanitarismo** está fundamentado en la empatía (Larson & Yao, 2005) (Kim et al., 2004) (Mercer & Reynolds, 2002) y podría sintetizarse en “ponerse en los zapatos del otro”; es uno de los fundamentos del quehacer del médico. El humanitarismo es básica y esencialmente un acompañamiento al "otro" en el proceso interactivo entre médico y paciente de develar las situaciones de salud del paciente. Además, esto le permite al médico conocer los contextos del paciente, desde la lógica misma de este, y analizar qué aspectos de estos podrían estar influyendo en su estado de salud. Así, en la consulta médica el médico no sólo debe abordar los aspectos biológicos que se dan en ella, sino también, los aspectos psicológicos y sociales del paciente (Levinson et al., 2000).

En esencia el ejercicio médico, entendido como interacción entre dos humanos para buscar aliviar a uno, es un acto de acompañamiento a ese otro enfermo y de ponerse en su posición, co-ejecutar, como diría Laín Entralgo (Laín-Entralgo, 1964);

algo mucho más evidente antes, cuando no se disponían de los recursos actuales. Para el médico acompañar al paciente es situarse a igual nivel de ese otro, dándole acogida para comunicarse; entender su mundo, sus significados, su contexto, su enfermedad y los factores favorecedores de esta.

Así, el principal sentido del médico es la audición, el oír, para poder situarse en el otro, mediante el diálogo activo, abierto y; desde ahí, ver su mundo, sus dinámicas, sus percepciones, etc. Es el interrogatorio médico (anamnesis) el principal momento de escucha al paciente y es un medio para que el paciente hable y se establezca una comunicación bidireccional.

Hay que recordar lo dicho por Ernst Von Leyden (Laín-Entralgo, 1964):” el primer acto del tratamiento es el acto de estrechar la mano al enfermo”. Así mismo, es muy importante admitir la activa participación del paciente y estimularla, así como el acercamiento entre médico y paciente. También, el médico debe saber ajustarse a la diversidad con que cada paciente viene y no ser rígido en su actuar.

Este pilar del ejercicio médico da los elementos para que el médico se relacione con el paciente asumiéndolo como una persona y no reduciéndolo a una enfermedad, que “anda suelta y se encarnó en alguien”; lo cual, es una creencia implícita predominante en la práctica médica actual. Cada médico debe desarrollar su propia actitud humanitarista, según sus características propias y condiciones particulares.

La actitud humanitarista del médico le permite entender que, puesto que la enfermedad implica un sufrimiento que involucra a todo el sujeto (Gaibor-Vinueza, 2007), no podemos equiparar sujeto enfermo con sujeto sano más una enfermedad; ya que, el mismo sujeto en un estado de enfermedad se siente y comporta distinto a como lo haría si estuviese sano (Toombs, 1992) (Flensner & Rudolfsson, 2016). Igualmente, esta actitud le permite al médico entender que no hay enfermedades sino enfermos y, que no existen dos pacientes iguales dada la singularidad de cada sujeto. Adicionalmente, esta actitud le permite al médico: “captar bien la situación del instante y de entender al hombre con el cual uno está frente a frente en ese instante y de responderle como corresponde” (Gadamer, 1996).

Igualmente, el problema de salvar, curar o, más frecuente, aliviar al otro no es tan sencillo, va más allá del mero problema técnico-instrumental, debe tener de base una concepción humanitarista. Esta concepción considera fundamental la solidaridad, la comprensión y la proximidad con el que necesita ayuda (Gaibor-Vinueza, 2007). Reducirlo al aspecto técnico-instrumental, que es la premisa implícita en la concepción actual, es dejar de utilizar el aspecto humanístico como un elemento fundamental para salvar, curar o aliviar.

Esta actitud humanista le permite entender al médico que la salud no es un fin en su misma, pues “el fin es la reincorporación del paciente a su primitivo lugar dentro de la vida cotidiana. Esta es la recuperación completa y suele ir mucho más allá de la competencia del médico” (Gadamer, 1996).

Aunque, la actitud humanitarista del médico debe permear toda la consulta médica, hay dos momentos críticos en la relación médico-paciente en los cuales es fundamental que el médico haga contacto persona-persona con el paciente basándose en esta actitud. Estas situaciones pueden considerarse momentos de verdad (Ramírez, 2010). Uno, es el primer momento del contacto, en el cual, el médico debe mostrar receptividad y disposición para la atención del paciente. El segundo es el momento final de la interacción, en el cual, el médico le debe explicar al paciente su diagnóstico y plan de manejo, contruidos de forma participativa con este (DiMatteo, 1998) y no autoritariamente. Así, en esencia, la clave de la actitud humanitarista del médico en la consulta es que el paciente pueda constatar que se le está prestando realmente atención.

c. El pensamiento inquisitivo del médico

El médico debe tener una actitud permanente para inquirir, con un pensamiento crítico (Harasym et al., 2008) y; desarrollar una gran capacidad de observación y análisis, tanto durante el interrogatorio como en el examen físico.

Así, otro fundamento del quehacer médico es la **actitud inquisitiva** del médico, pues, este es como un detective (Bain, 2011) (Grais, 2014) (A. Elder et al., 2013)

que, durante la conversación, mediante el interrogatorio, con “mirada aguda”, va escudriñando y “dibujando” al paciente, basado en lo este último va contando, desde su lógica, sobre su situación de salud y su mundo. Así, debe estar atento a todo indicio, a cada sospecha, para establecer probables correlaciones.

El paciente en el interrogatorio, mediante las preguntas y la retroalimentación que le da el médico, habla sobre sí y se va construyendo paso a paso, para sí y el médico, al narrar sus síntomas, las causas que atribuye a estos, sus circunstancias actuales y previas, sus características psicológicas, así como, elementos de sus contextos afectivos, familiar, laboral, social, cultural, económico, etc. que relaciona con su situación de salud. De esta forma, el médico va construyendo gradualmente la imagen del paciente de forma interactiva durante la entrevista.

La actitud inquisitiva del médico es muy importante porque es el motor para aplicar el proceso de análisis del paciente en la consulta, el cual, es clave para aproximarse a su situación e implica un proceso metacognitivo que va más allá de conocer las diferentes manifestaciones posibles de una enfermedad, así como, de conocer desarticuladamente al paciente y sus contextos.

En la consulta médica el proceso de análisis del paciente para hacer el(los) diagnóstico(s) se puede dar de dos formas, que usualmente se desarrollan de forma secuencial: una, rápida e intuitiva (pero, más falible), para formarse una primera impresión de lo que tiene el paciente, llamada heurística (o, Sistema 1), basada en reconocimiento de patrones, de “lo más probable” (regla general) y/o en atajos mentales (por la experiencia acumulada del médico) y; otra, más analítica, que se usa para confirmar o descartar la impresión inicial, sobre todo en situaciones donde es difícil el diagnóstico, en decisiones difíciles o con evidencia contradictorias (llamado Sistema 2) (Royce et al., 2019).

Esta última forma del proceso de análisis del paciente en la consulta se basa en el conocimiento elaborado (Bordage, 1994), estructurado, discriminativo de los trazos esenciales y específicos de las diferentes patologías; que se logra desarrollar a través del estudio y la práctica médica. A partir de ahí, el médico durante el

interrogatorio se focaliza en detectar o descartar la existencia de estos trazos; por lo que, arma unas hipótesis diagnósticas que somete a escrutinio mediante el contrainterrogatorio y el examen físico para ver si ella(s) se sostienen o no; hasta llegar a consolidar una (o unas) que sean consistentes con lo que el paciente presenta (Charlin et al., 2007). Así, esta forma del proceso de análisis del paciente en la consulta médica utiliza las estrategias del pensamiento hipotético-deductivo, el esquema inductivo y el reconocimiento de patrones (Harasym et al., 2008).

En general, el razonamiento clínico se debe basar en el análisis de los datos aportados por la historia clínica, el interrogatorio médico, el examen físico y las ayudas diagnósticas. En el interrogatorio, además de hacerse la anamnesis, debe buscarse elementos de los contextos del paciente (familiar, comunitario, escolar, laboral, barrial, sociohistórico) que se relacionen con su(s) patología(s).

El razonamiento clínico implica la justipreciación que hace el médico de estos datos, provenientes de diversas fuentes, basado en sus conocimientos clínico y de la relación entre lo biológico (las(s) patología(s) del paciente) y lo social (los factores de los contextos que la(s) influencia(n)). Igualmente, le es útil basarse en otros tipos de conocimientos (Medicina Basada en la Evidencia, epidemiología clínica, razonamiento bayesiano); todo lo cual, debe estar enmarcado dentro del proceso metacognitivo de reflexionar sobre cómo ella/él está razonando (Royce et al., 2019).

Así, en esencia, el acto de diagnosticar un paciente es el proceso de “engendrarlo”, “pintarlo” o “construirlo”, a través, del interrogatorio y el examen físico; en forma parecida al método socrático (Platón, 2019), para formarse una imagen real del paciente y las situaciones que afectan su salud.

Esta construcción del paciente implica no solamente el descubrimiento y, simultáneamente construcción, de la patología del paciente, mediante la detección de los signos y síntomas de esta, sino también, como ya se mencionó, darse cuenta de las características y contextos del paciente. Esto permite construir un todo articulado: el paciente mismo. Por tanto, como lo plantea Laín Entralgo (Laín-Entralgo, 1964): “el diagnóstico médico no es nunca el conocimiento de un objeto

pasivo por una mente activa y cognoscente, sino el resultado de una conjunción entre la mente del médico y la realidad del enfermo” y el cómo se de esta relación determina, en parte, lo que se diagnostique.

Una vez hecha esta construcción, que idealmente debe ir más allá de la definición de la entidad mórbida que aqueja al paciente, el médico ya está en condiciones de entender al paciente, sus contextos, sus patologías y los factores determinantes y condicionantes de estas. Ya con esto, es posible definir el tratamiento, hacer sugerencias y recomendaciones.

En las condiciones actuales del ejercicio médico el razonamiento médico en la atención médica corre el riesgo de no ejercerse o plantearse mínimo para el análisis que se requeriría, debido a la presión del tiempo y a los determinantes económicos; que favorecen el que predominen los métodos de razonamiento rápidos y sencillos, así como, una mayor productividad de pacientes atendidos con una menor calidad en su atención (Elstein, 2009).

d. El pensamiento estratégico del Médico

Otro fundamento es el **pensamiento estratégico** del médico; lo cual, le permite actuar de forma integral según las circunstancias. Así, el médico evalúa las condiciones del paciente (“el terreno”); la enfermedad y el estadio en que está (“el contrincante”) y; reconoce los recursos terapéuticos de que dispone (“evalúa sus recursos”). De esta forma el médico, cual estratega, observa continuamente, mira el terreno, al contrincante y a los recursos propios disponibles. Esto le permite definir un plan de acción (es decir, de manejo); lo cual, se concreta en la receta o las órdenes médicas en urgencias o en hospitalización; lo cual, también incluye las recomendaciones que se dan. De esta forma, el plan de manejo es el producto del análisis que el médico hace de la situación del paciente.

La definición de las estrategias de intervención y, la posterior evaluación de los resultados de estas, están basados en la evaluación por parte del médico de las circunstancias y las patologías del paciente.

El médico en su actuar debe tener un pensamiento estratégico, es decir, definir con la mayor precisión posible cuál es la entidad o entidades a las cuales se enfrenta, en cuál estadio o etapa de su historia natural está(n), determinar los recursos con que cuenta, determinar las condiciones (fuerzas vitales) del paciente para afrontarlas y definir la forma de enfrentarla y las pautas para evaluar la evolución del tratamiento (Sarasti-Vanegas, 2012).

Además, dentro del pensamiento estratégico está el que el médico en los diferentes escenarios de su quehacer (consulta externa, consulta prioritaria, urgencias, hospitalización), define un plan de acción, lo ejecuta, evalúa su impacto y, según esto, reajusta su actuar; es decir, aplica el Ciclo de Mejoramiento Continuo PHVA (Planear, hacer, verificar y actuar) de la administración.

e. El comportamiento ético del médico

Otro fundamento es el **comportamiento ético** del médico, que incluye tres principios fundamentales que este debe tener presente en cada consulta. El primero es no hacer daño ("*primum non nocere*"); el segundo es buscar hacer el bien (principio de beneficencia) y; el tercero, es que el único interés del médico es la salud del paciente y no anteponer a esta el defender los intereses económicos de sus empleadores; teniendo presente el juramento hipocrático que dice: «La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones».

En la práctica médica actual al médico lo miden, controlan y presionan por el gasto, asumiendo como si este dependiera solo de él y no del paciente; convirtiéndolo en un controlador del gasto y poniendo en riesgo su papel de médico. De esta forma, no importa qué tan bueno o malo sea al diagnosticar o al tratar.

F. ¿Es posible ejercer una buena medicina en el contexto actual?

La respuesta a esto no puede ser taxativa ni generalizable, sino que debe tener en cuenta el contexto particular en que se pretende hacer este análisis en cuanto los condicionantes que tenga sobre la práctica médica, que son de los siguientes tipos:

- 1) Aspectos regulatorios: a) forma específica de organización del proceso productivo de atención de los pacientes; así como, de los procesos de auditoría y evaluación del ejercicio médico; b) enfoque predominante de la práctica médica (usualmente el biólogo y centrado en la atención clínico-asistencial, sin considerar los factores sociales influyentes); c) normatividad que la reglamenta.
- 2) El hábitus: que comprende la forma habitual de percibirse el médico a sí mismo; la forma usual de conducirse la consulta y; la importancia relativa que se le da al interrogatorio, el examen físico y a las tecnologías dentro de esta.
- 3) Condiciones laborales del médico como la sobrecarga, el tiempo de consulta y la forma de contratación.

Todo lo cual, influye en la posibilidad o no de un ejercicio médico adecuado. Este último implica una sólida formación científico-técnica, un decidido quehacer humanitarista, un claro ejercicio de los pensamientos inquisitivos y estratégico del médico, así como, de su comportamiento ético.

Así, hay contextos demasiado restrictivos, que ahogan la posibilidad de un ejercicio médico adecuado; hay otros que posibilitan un ejercicio médico restringido y; hay otros contextos que posibilitan un ejercicio adecuado. ¿Cuál contexto es? este análisis debe basarse en los términos específicos de restricción en que se da la relación entre estructura y sujeto. Los apartados anteriores del presente artículo analizaron el marco de posibilidades de acción que da el contexto (la estructura) para el ejercicio médico (capacidad de agencia del médico). El estado actual del ejercicio médico evidencia cómo la estructura lo influye.

El presente artículo muestra cómo los determinantes económicos, políticos y administrativos actualmente moldean al ejercicio médico y cómo, por su configuración presente, tienden a restringir su ejercicio adecuado.

Por su parte, la transformación de la influencia de estos determinantes no implica la desaparición de esta, sino que, idealmente ella debería posibilitar un ejercicio adecuado de la medicina. En todo caso, hay que tener presente que esta tarea de

transformación se inicia con la ubicación de los efectos de esta influencia como un aspecto de interés público y que algunos actores sociales impulsen esta tarea. Ella se daría en un campo de interacciones entre actores sociales y de procesos decisorios que tiene una configuración específica según cada sociedad; así como, se daría entre actores sociales, con intereses distintos, que tienen una capacidad diferencial para influir en los procesos decisorios.

En esta interacción entre actores, un elemento de capital importancia es cuál postura se opte frente a considerar la salud como un derecho o como una mercancía; lo que en la atención en salud se refleja, respectivamente, en tener la racionalidad económica como un factor a considerar o, tener la rentabilidad económica como prioridad. Igualmente, le competiría a los actores involucrados y a las fuerzas sociales interesadas en influir en estos procesos, así como en la configuración misma de este campo, la estructuración de uno que posibilite una adecuada atención en salud, uno de cuyos pilares es el ejercicio médico.

Por su parte, el médico desde el nivel individual y, dentro de este contexto actual, debería mantener como norte de su actuar los principios axiológicos de su profesión moviéndose para este propósito dentro del marco de posibilidades que le ofrece la estructura y buscar ubicarse en un entorno laboral que le posibilite un ejercicio adecuado de la medicina.

Referencias bibliográficas

- Arango-Restrepo, P. (2013). ¿Ha cambiado la esencia de la medicina con los adelantos modernos? *Rev.Latinoam.Bioet.*, 13(2(25)), 60–69.
- Armada, F., Muntaner, C., & Navarro, V. (2001). Neoliberalism and Health and Social Policy. Health and Social Security Reforms in Latin America: the convergence of The World Health Organization, The World Bank, and Transnational Corporations. *International Journal of Health Services*, 31(4), 729–768. <https://doi.org/10.2190/70BE-TJ0Q-P7WJ-2EL>
- Australian Health Practitioner Regulation Agency. (2020). *Good medical practice: a code of conduct for doctors in Australia*. <https://www.medicalboard.gov.au/Codes-Guidelines-Policies.aspx>
- Bain, B. J. (2011). The hematopathologist as detective. *J Hematopathol*, 4, 49–52. <https://doi.org/10.1007/s12308-011-0098-4>
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: a five-year longitudinal study among general practitioners. *J. Organiz. Beh.*, 21, 425–441. https://www.academia.edu/13372469/Patient_demands_lack_of_reciprocity_and_burnout_a_five_year_longitudinal_study_among_general_practitioners
- Baquero, S., & Pérez, L. (2021). Implications of the Reform to the Colombian Health System in Employment Conditions, Working Conditions and Mental Health Status of the Health Workers: A Systematic Literature Review. In N. L. Black, W. P. Neumann, & I. Noy (Eds.), *Proceedings of the 21st Congress of the International Ergonomics Association (IEA 2021). Volume IV: Healthcare and Healthy Work* (pp. 13–20). y Springer Nature Switzerland AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-74611-7>
- Beasley, J. W., Wetterneck, T. B., Temte, J., Lapin, J. A., Smith, P., Rivera-Rodriguez, J., & Karsh, B.-T. (2011). Information Chaos in Primary Care: Implications for Physician Performance and Patient Safety. *J Am Board Fam Med*, 24, 745–751. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.06.100255>

- Beaulieu, M.-D. (2013). Teaching the essence of family medicine. *Canadian Family Physician (College of Family Physicians of Canada)*, 59(9), 1017–1017.
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G., & Muntaner, C. (2014). Precarious Employment: Understanding an Emerging Social Determinant of Health. *Annu. Rev. Public Health*, 35, 229–53.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500>
- Bender., K. A., & Theodossiou, I. (2017). The Unintended Consequences of Flexicurity: The Health Consequences of Flexible Employment. *Review of Income and Wealth*, 64(4), 777–799. <https://doi.org/10.1111/roiw.12316>
- Berger, R., Bulmash, B., Drori, N., Ben-Assuli, O., & Herstein, R. (2020). The patient-physician relationship: an account of the physician’s perspective. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(33), 1–16.
<https://doi.org/10.1186/s13584-020-00375-4>
- Berkow, R. (2002). Medical Education: Creating Physicians or Medical Technicians? *Croat Med J*, 43(45–49).
<https://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2002/43/1/11828559.pdf>
- Bhattacharya, A., & Ray, T. (2021). Precarious work, job stress, and health-related quality of life. *Am J Ind Med.*, 64(4), 310–319.
<https://doi.org/10.1002/ajim.23223>
- Bordage, G. (1994). Elaborated knowledge: a key to successful diagnostic thinking. *Academic Medicine*, 69(11), 883–885.
https://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/1994/11000/elaborated_knowledge__a_key_to_successful.4.aspx
- Botrugno, C. (2021). Information technologies in healthcare: Enhancing or dehumanising doctor–patient interaction? *Health*, 25(4), 475– 493.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1363459319891213?journalCode=heaa>
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico* (1a ed.). Siglo XXI editores.
<https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/bourdieu-el-sentido-prc3a1ctico.pdf>
- Brito-Quintana, P. E. (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre

los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 8(1–2), 43–54.

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/8797/3003.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Brito, P., Galin, P., & Novick, M. (2001). *Relaciones laborales, condiciones de trabajo y participación en el sector salud*.

https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24838w/Relaciones_laborales_salud.pdf

Broughton, A., Green, M., Rickard, C., Swift, S., Eichhorst, W., Tobsch, V., Magda, I., Lewandowski, P., Keister, R., Jonaviciene, D., Ramos Martín, N. E., Valsamis, D., & Tros, F. (2016). *Precarious Employment in Europe: Patterns, Trends and Policy Strategies*.

[https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/587285/IPOL_STU\(2016\)587285_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2016/587285/IPOL_STU(2016)587285_EN.pdf)

Campos-Ugaz, D. (2022). Time precarity at work: nonstandard forms of employment and everyday life. *Social Indicators Research*, 164, 969–999.

<https://doi.org/10.1007/s11205-022-02954-1>

Cărăuș, A. L. (2022). The concept of burnout in the medical field: a literature review. *Bulletin of the Transilvania University of Brașov. Series V*, 15((64) 2), 69–82. <https://doi.org/10.31926/but.es.2022.15.64.2.8>

Carmona-Moreno, L. D., Rozo-Reyes, C. M., & Susana, M.-P. A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista Ciencias de La Salud*, 3(1), 62–77.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56230108>

Cayirli, T., & Veral, E. A. (2003). Outpatient scheduling in health care: A review of literature. *Production and Operations Management*, 12(4), 519–549.

<https://doi.org/10.1111/j.1937-5956.2003.tb00218.x>

Charlin, B., Paboshuizen, H., Custers, E. J., & Feltovich, P. J. (2007). Scripts and clinical reasoning. *Medical Education*, 41, 1178–1184.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02924.x>

Chiavenato, I. (2019). *Introducción a la teoría general de la administración. Una*

- visión integral de la moderna administración de las organizaciones* (Décima edi). McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
- Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the a b c and d of dignity conserving care. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 335(7612), 184–187. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1934489/pdf/bmj-335-7612-ac-00184.pdf>
- Council, G. M. (2024). *Good Medical Practice*. https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/gmp-2024-final---english_pdf-102607294.pdf
- De Simone, S., Vargas, M., & Servillo, G. (2021). Organizational strategies to reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33, 883–894. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01368-3>
- DiMatteo, M. R. (1998). The role of the physician in the emerging health care environment. *The Western Journal of Medicine*, 168(5), 328–333. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1304975/pdf/westjmed00332-0038.pdf>
- Dugdale, D. C., Epstein, R., & Pantilat, S. Z. (1999). Time and the Patient-Physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, S34–S40. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1999.00263.x>
- Elder, A., Chi, J., Ozdalga, E., Kugler, J., & Verghese, A. (2013). A piece of my mind. The road back to the bedside. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 310(8), 799–800. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.227195>
- Elder, N. C. (2015). Laboratory testing in general practice: a patient safety blind spot. *BMJ Quality & Safety*, 24, 667–670. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004644>
- Elstein, A. S. (2009). Thinking about diagnostic thinking: a 30-year perspective. *Adv in Health Sci Educ*, 14, 7–18. <https://doi.org/10.1007/s10459-009-9184-0>
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Jama: The Journal of the American Medical Association*, 267(16), 2221–2226.

[https://www.unlv.edu/sites/default/files/story_attachments/1111/11.08.18 SOM Journal Club Article.pdf](https://www.unlv.edu/sites/default/files/story_attachments/1111/11.08.18_SOM_Journal_Club_Article.pdf)

- Ergün-Şahin, B., Güneş, E. D., Kocabıyıköğlü, A., & Keskin, A. (2022). How Does Workload Affect Test Ordering Behavior of Physicians? An Empirical Investigation. *Production and Operations Management*, 31(6), 2664–2680. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3388958
- Ferrie, J. E., Westerlund, H., Virtanen, M., Vahtera, J., & Kivimäk, M. (2008). Flexible labor markets and employee health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, Supplement*, 98–110. <https://www.sjweh.fi/article/1257>
- Flensner, G., & Rudolfsson, G. (2016). Learning to fly with broken wings – forcing a reappraisal of time and space. *Scand J Caring Sci*, 30, 403–410. <https://doi.org/10.1111/scs.12262>
- Gadamer, H. G. (1996). *El estado oculto de la salud. El tratamiento y la conversación (capítulo 10)*. Editorial Gedisa.
- Gaibor-Vinueza, X. (2007). Relación médico-paciente. In *Correo Poblacional, salud reproductiva y de Gerencia en Salud*.
- Garus-Pakowska, A. (2011). Workload impact on compliance with hygiene procedures in medical personnel. *Medycyna Pracy*, 62(4), 369–376. https://www.researchgate.net/publication/51716922_Workload_impact_on_compliance_with_hygiene_procedures_in_medical_personnel/link/555b6dfd08ae91e75e7661dc/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1Ym xpY2F0aW9uliwicGFnZSI6InB1Ym xpY2F0aW9uln19
- Grais, I. M. (2014). Born to Observe. *Texas Heart Institute Journal*, 41(3), 250–251. <https://doi.org/10.14503/THIJ-14-4149>
- Grundnig, J. S., Steiner-Hofbauer, V., Katz, H., & Holzinger, A. (2022). ‘Good’ and ‘bad’ doctors - a qualitative study of the Austrian public on the elements of professional medical identity. *Medical Education Online*, 27(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/10872981.2022.2114133>
- Guest, D. (2004). Flexible employment contracts, the psychological contract and employee outcomes: an analysis and review of the evidence. *International Journal of Management Reviews*, 5/6(1), 1–19.

https://www.uv.es/psycon/documentacion/IJMR_002.pdf

Guevara, J. P., Feudtner, C., Romer, D., Power, T., Eiraldi, R., Nihtianova, S., Rosales, A., Ohene-Frempong, J., & Schwarz, D. F. (2005). Fragmented care for inner-city minority children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 116(4 (200510)), E512-e517. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0243>

Harasym, P. H., Tsai, T.-C., & Hemmati, P. (2008). CURRENT TRENDS IN DEVELOPING MEDICAL STUDENTS' CRITICAL THINKING ABILITIES. *Kaohsiung J Med Sci*, 24(7), 341–355. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.1016/S1607-551X%2808%2970131-1>

Hofhansl, A. · W. H. · F. K. · G. Z. · A. R. (2015). "To be a good doctor“: Wie werden Medizinstudierende auf die Zukunft vorbereitet? *Wien Med Wochenschr*, 165, 83–85. <https://doi.org/10.1007/s10354-015-0349-6>

Homedes, Nuria, & Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 17(3), 210–220. <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2005.v17n3/210-220>

Homedes, Núria, & Ugalde, A. (2005). Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America. *Human Resources for Health*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-3-1>

Hucklenbroich, P. (2014). “Disease Entity” as the Key Theoretical Concept of Medicine. *Journal of Medicine and Philosophy*, 39, 609–633. https://watermark.silverchair.com/jhu040.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kKhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAA0swggNHBgkqhkiG9w0BBwagggM4MIIDNAIBADCCAy0GCSqGSIb3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQM EHi6jYbkLWSSphqXAgEQgIIC_I72t1Lx6ELss6EedrbKuHWS2-k0nvwH1vv_gFf7LHfX-3mW

Ibanez, G., Cornet, P., & Minguet, C. (2010). Qu'est-ce qu'un bon médecin ? *Pédagogie Médicale*, 11(3), 151–165. <https://doi.org/10.1051/pmed/2011002>

Ibarra-Cisneros, M. A., & González-Torres, L. A. (2010). La flexibilidad laboral

- como estrategia de competitividad y sus efectos sobre la economía, la empresa y el mercado de trabajo. *Contad. Adm*, 231, 33–52.
<https://www.scielo.org.mx/pdf/cya/n231/n231a3.pdf>
- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7, e017902.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>
- Ismail, Y., Ismail, A. A., & Ismailand, A. A. (2007). Erroneous laboratory results: what clinicians need to know. *Clinical Medicine*, 7(4), 357–361.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4952897/pdf/357.pdf>
- Karchmer-K., S. (2012). Códigos y juramentos en medicina. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 10(4), 224–234. <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am124k.pdf>
- Kassirer, J. P. (2010). Teaching clinical reasoning: case-based and coached. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(7), 1118–1124. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3181d5dd0d>.
- Katz, L. F., & Krueger, A. B. (2016). *The rise and nature of alternative work arrangements in the United States, 1995-2015. NBER Working Paper Series. Working Paper 22667.* <https://typeset.io/pdf/the-rise-and-nature-of-alternative-work-arrangements-in-the-1h76whhri.pdf>
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions*, 27(3), 237–251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
- Kolla, L., Chen, J., & Parikh, R. B. (2022). Time of clinic appointment and advance care planning discussions in oncology. *Journal Of Clinical Oncology*, 40(28), 185–185.
https://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/JCO.2022.40.28_suppl.185
- Konrad, T. R., Link, C. L., Shackelton, R. J., Marceau, L. D., Von dem Knesebeck, O., Siegrist, J., Arber, S., Adams, A., & McKinlay, J. B. (2010). It's about time: Physicians' perceptions of time constraints in primary care medical practice in three national healthcare systems. *Med Care*, 48(2), 95–100.

- <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181c12e6a>
- Koplinka-Loehr, I. (2017). Hatpins. *Annals of Family Medicine*, 15(6), 581–582.
<https://doi.org/10.1370/afm.2135>
- Laín-Entralgo, P. (1964). *La relación médico-paciente*. Revista de Occidente S.A.
<https://www.cervantesvirtual.com/obra/la-relacion-medico-enfermo-historia-y-teoria/>
- Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *Jama: The Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100–1106.
https://watermark.silverchair.com/jrp50000.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAyAwggMcBgkqhkiG9w0BBwaggMNMII DCQIBADCCAawIGCSqGSib3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQM8D1hkjrym70fYn1jAgEQgIIC00UIH3BIjM21ejmtUlcLscetHt-IP_la4vBHu6beUjwq0q
- Laurell, A. C. (2000). Structural Adjustment and the globalization of Social Policy in Latin America. *International Sociology*, 15(2), 306–325.
<https://doi.org/10.1177/026858090001500201>
- Lawson, E. (2019). Consultation length matters. *British Journal of General Practice*, 69(682), 241. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702473>
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, & Lamb, J. (2000). A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings. *Jama: The Journal of the American Medical Association*, 284, 1021–1027.
https://watermark-silverchair-com.udea.lookproxy.com/jrp00006.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAyAwggMcBgkqhkiG9w0BBwagggMNMII DCQIBADCCAawIGCSqGSib3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQM7PFg0hs_ri5H7DYfAgEQgIIC0_d0Mngv4-43Mbr98_2p4fdkfXG
- Litchfield, I., Bentham, L., Hil, A., McManus, R. J., Lilford, R., & Greenfield, S. (2015). Routine failures in the process for blood testing and the communication of results to patients in primary care in the UK: a qualitative exploration of patient and provider perspectives. *BMJ Qual Saf*, 24, 681–690.

- <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003690>
- Longino, C. F. J. (1998). The Limits of Scientific Medicine Paradigm Strain and Social Policy. *Journal of Health & Social Policy*, 9(4), 101–116.
https://doi.org/10.1300/J045v09n04_08
- MacLeod, G. K. (1994). Empathy and the practice of medicine: beyond pills and the scalpel. *Jama: The Journal of the American Medical Association*, 271(13), 1042–1043. <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03510370096044>
- Martín-Criado, E. (2009). Habitus. In R. Reyes (Ed.), *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales, volumen 2* (pp. 1427–1439). Plaza y Valdés.
<https://entramadossociales.org/produccion-cientifica/concepto-de-habitus/>
- Melnick, E. R., Harry, E., Sinsky, C. A., Dyrbye, L. N., Wang, H., Trockel, M. T., West, C. P., & Shanafelt, T. (2020). Perceived Electronic Health Record Usability as a Predictor of Task Load and Burnout Among US Physicians: Mediation Analysis. *J Med Internet Res*, 22(12), e23382.
<https://doi.org/10.2196/23382>
- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(200210), S9-12.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1316134/pdf/12389763.pdf>
- Merriam-Webster. (n.d.). *Ethos*. In Merriam-Webster.Com Dictionary. Retrieved March 26, 2024, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/ethos>
- Minaya-Boada, J. G., & Morales-Pulido, Á. A. (n.d.). *Flexibilización laboral: un estudio comparativo de sus aspectos sociales para los países de América Latina* [Universidad de La Salle, Ciencia Unisalle].
<https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1384&context=economia>
- Molina-Marín, G., Vargas-Jaramillo, J., Muñoz-Echeverri, I. F., Acosta-Gómez, J. J., Sarasti-Vanegas, D. A., Higueta-Higueta, Y., Berrío-Castaño, A., Arcieri-Saldarriaga, F., Carvajal-Mejía, B. N., Ramírez-Gómez, A., Cáceres-Manrique, F. de M., Pulgarín-Cardona, J. A., Quiroz-Arango, M., & Londoño, B. E. (2010). Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de

- salud colombiano. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, 9(18), 103–117. <https://paperity.org/p/207844743/decision-related-conflicts-in-health-care-ethics-constitutional-rights-and>
- Mrazek, C., Lippi, G., Keppel, M. H., Felder, T. K., Oberkofler, H., Haschke-Becher, E., & Cadamuro, J. (2020). Errors within the total laboratory testing process, from test selection to medical decision-making – A review of causes, consequences, surveillance and solutions. *Biochem Med*, 30(2), 020502. <https://doi.org/10.11613/BM.2020.020502>
- Neprash, H. T. (2016). *Better Late than Never? Physician Response to Schedule Disruptions* [Harvard University, Cambridge]. https://scholar.harvard.edu/files/hannahneprash/files/neprash_jmp_november2016.pdf
- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K., & Esmail, A. (2017). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med.*, 177(2), 195–205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>
- Panteli, D., & Maier, C. B. (2021). Regulating the health workforce in Europe: implications of the COVID-19 pandemic. *Hum Resour Health*, 19(80). <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00624-w>
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav. Sci.*, 8(98). <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Patel, R. S., Sekhri, S., Bhimanadham, N. N., Imran, S., & Hossain, S. (2019). A Review on Strategies to Manage Physician Burnout. *Cureus*, 11(6), e4805. <https://doi.org/10.7759/cureus.4805>
- Peeters, M., McKeeand, M., & Merkur, S. (2010). EU law and health professionals. In E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, T. K. Hervey, & (Editors) (Eds.), *Health systems governance in Europe : the role of EU law and policy* (pp. 589–634). <https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies--->

external/health-governance-web2.pdf

- Pereira-Fernandes, R. de C. (2023). The multidimensional construct of precarious work, the future of work, and workers' health. *Cad. Saúde Pública*, 39(4), e00100522. <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN100522>
- Pietras, A. (2020). Flexibility in Employment. Chances and Threats from the Perspective of the Work-Life Balance Concept. In J. Wratny & A. (eds. . Ludera-Ruszel (Eds.), *New Forms of Employment Studien, Prekarisierung und soziale Entkopplung – transdisziplinäre* (1st editio, pp. 79–91). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, part of Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-658-28511-1_5
- Pirani, E. (2017). On the Relationship Between Atypical Work(s) and Mental Health: New Insights from the Italian Case. *Soc Indic Res*, 130, 233–252. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-1173-5>
- Pisharody Vijayan, A. (2015). *Effect of Appointment Schedules on the Operational Performance of a University Medical Clinic* [Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College]. https://doi.org/10.31390/gradschool_theses.1871
- Platón. (2019). *Teeteto*. EDITORI LATERZA.
- Ramírez, R. (2010). Moments of Truth: an unexplored dimension to communicate effectiveness. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 23(2), 117–138. <https://www.utpjournals.press/doi/pdf/10.3138/cjpe.23.008>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Real Academia Española.
- Reis Tadeu, A. C., Rosendo Carvalho e Silva Caetano, I., Jorge de Figueiredo, I., & Santiago, L. M. (2020). Multimorbidity and consultation time: a systematic review. *BMC Family Practice*, 21, 152. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01219-5>
- Royce, C. S., Hayes, M. M., & Schwartzstein, R. M. (2019). Teaching Critical Thinking: A Case for Instruction in Cognitive Biases to Reduce Diagnostic Errors and Improve Patient Safety. *Academic Medicine*, 94(2), 187–194. https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2019/02000/teaching_critic

al_thinking__a_case_for_instruction.20.aspx

- Ruano-restrepo, M. Iván, Ramírez-zuLuaga, L. P., Osorio-Bermúdez, J. D., Díaz-Vallejo, J. A., & Bastidas-Achicanoy, A. (2021). El ejercicio médico en el siglo XXI: Retos y rescate del método clínico. *Acta Médica Colombiana*, 46(3), 1–7. <https://doi.org/10.36104/amc>.
- Salisbury, C. (2008). The involvement of private companies in NHS general practice. *BMJ*, 336, 400–401. <https://doi.org/10.1136/bmj.39490.412755.80>
- Sarasti-Vanegas, D. A. (2012). *Medical Thinking and Action, and the Physician-Patient Relationship: Their structures, functioning and contexts*. LAP LAMBERT Academic Publishing. <http://www.amazon.com/Medical-Thinking-Action-Physician-Patient-Relationship/dp/3659271896>
- Schattner, A., Rudin, D., & Jellin, N. (2004). Good physicians from the perspective of their patients. *BMC Health Services Research*, 4(26). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-4-26>
- Schwenk, T. L. (2020). What Does It Mean to Be a Physician? *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 323(11), 1037–1038. https://watermark-silverchair-com.udea.lookproxy.com/jama_schwenk_2020_vp_200003.pdf?token=AQEC-AHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAAzUwggMxBgkqhkiG9w0BBwagggMiMIIDHglBADCCAXcGCSqGSib3DQEHATAeBgIghkgBZQMEAS4wEQQM1M6W3alb9PUswxWAAgEQgIIC6PT9Y4FA
- Sciacovelli, L., Panteghini, M., Lippi, G., Sumarac, Z., Cadamuro, J., De Oliveira-Galoro, C. A., García del Pino-Castro, I., Shcolnik, W., & Plebani, M. (2017). Defining a roadmap for harmonizing quality indicators in laboratory medicine: a consensus statement on behalf of the ifcc working group “laboratory error and patient safety” and eflm task and finish group “performance specifications for the extra-analytic. *Clin Chem Lab Med*, 55(10), 1478–1488. <https://doi.org/10.1515/cclm-2017-0412>
- Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Hasan, O., Satele, D., Sloan, J., & West, C. P. (2016). Relationship Between Clerical Burden and Characteristics of the Electronic Environment With Physician Burnout and Professional

- Satisfaction. *Mayo Clin Proc.*, 91(7), 836–848.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.05.007>
- Shum, N. (2006). The essence of the art of medicine. *The Medical Journal of Australia*, 185(11–12), 672–672. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00752.x>. PMID: 17211932.
- Shurtz, I., Eizenberg, A., Alkalay, A., & Lahad, A. (2022). Physician workload and treatment choice: the case of primary care. *RAND Journal of Economics*, 53(4), 763–791. <https://doi.org/10.1111/1756-2171.12425>
- Sinsky, C., Colligan, L., Li, L., Prgomet, M., Reynolds, S., Goeders, L., Westbrook, J., Tutty, M., & Blike, G. (2016). Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. *Annals of Internal Medicine*, 165(11), 753–760. <https://doi.org/10.7326/M16-0961>
- Sisto, V., & Fardella, C. (2008). Narrándose en la flexibilidad. Un análisis narrativo discursivo de la identidad en tiempos de flexibilidad laboral. *Revista de Psicología*, 17(2), 59–80. <https://www.redalyc.org/pdf/264/26415217003.pdf>
- Sobral, D., Rosenbaum, M., & Figueiredo-Braga, M. (2015). Computer use in primary care and patient-physician communication. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 1568–1576. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.002>
- Sokol, D. (2008). The essence of medicine. *BMJ*, 336(7654), 1163.
- Spasova, S., Bouget, D., Ghailani, D., & Vanhercke, B. (2017). *Access to social protection Policies for people working on non-standard contracts and as self-employed in Europe*. <https://doi.org/10.2767/700791>
- Stange, K. C. (2009). The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. *Annals of Family Medicine*, 7(2), 100–103.
<https://www.annfammed.org/content/annalsfm/7/2/100.full.pdf>
- Steiner-Hofbauer, V., Schrank, B., & Holzinger, A. (2018). What is a good doctor? *Wien Med Wochenschr*, 16, 398–405. <https://doi.org/10.1007/s10354-017-0597-8>
- Šter, M. P., Švab, I., & Živčec Kalan, G. (2008). Factors related to consultation time: Experience in Slovenia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 26, 29–34. <https://doi.org/10.1080/02813430701760789>

- Stewart, M. (2005). Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(519), 793–801.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1562329/pdf/bjpg55-793.pdf>
- Tanios, M., Haberman, D., Bouchard, J., Motherwell, M., & Patel, J. (2022). Analyses of burn-out among medical professionals and suggested solutions—a narrative review. *J Hosp Manag Health Policy*, 6(7).
<https://doi.org/10.21037/jhmhp-20-153>
- Tompa, E., Scott-Marshall, H., Dolinschi, R., Trevithick, S., & Bhattacharyya, S. (2007). Precarious employment experiences and their health consequences: Towards a theoretical framework. *Work*, 28, 209–224.
<https://content.iospress.com/download/work/wor00611?id=work%2Fwor00611>
- Toombs, S. K. (1992). The body in multiple sclerosis: A patient's perspective. In *The body in medical thought and practice* (pp. 127–137). Springer Netherlands.
- Viljoen, A., & Twomey, P. J. (2007). True or not: uncertainty of laboratory results. *Journal of Clinical Pathology*, 60, 587–588.
<https://doi.org/10.1136/jcp.2006.042333>
- Walters, G. (2012). Teaching and learning clinical decision-making for personcentered medicine: recommendations from a systematic review of the literature. *European Journal for Person Centered Healthcare*, 1(1), 112–123.
<https://doi.org/DOI: 10.5750/ejpch.v1i1.641>
- Watson, P. (2019). What Is a Physician? *Ulster Med J*, 88(2), 83–84.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6500411/pdf/umj-88-02-83.pdf>
- West, C., Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*, 283, 516– 529.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/joim.12752>
- Wilczyńska, A., Batorski, D., & Torrent Sellens, J. (2016). Employment Flexibility and Job Security as Determinants of Job Satisfaction: The Case of Polish Knowledge Workers. *Soc Indic Res*, 126, 633–656.
<https://doi.org/10.1007/s11205-015-0909-6>

- Williams, E. S., Rondeau, K. V, Xiao, Q., & Francescutti, L. H. (2007). Heavy physician workloads: impact on physician attitudes and outcomes. *Health Services Management Research*, 20, 261–269.
https://www.researchgate.net/publication/5886767_Heavy_Physician_Workloads_Impact_on_Physician_Attitudes_and_Outcomes/link/5c84b739299bf1268d4c86cb/download?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19
- Wilson, A., & Childs, S. (2002). The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 52(485), 1012–1020.
<https://bjgp.org/content/bjgp/52/485/1012.full.pdf>
- World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. *SIXTY-NINTH WORLD HEALTH ASSEMBLY*, 1–12.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1
- Wrocławska, T. (2020). General Remarks on Flexibility in Employment as the Determinant for Prolonging Working Life of Older People. In J. Wratny & A. (eds. . Ludera-Ruszel (Eds.), *New Forms of Employment Studien, Prekarisierung und soziale Entkopplung – transdisziplinäre* (1st editio, pp. 33–52). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, part of Springer Nature.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-28511-1_3
- Xu, H., Ang, B. W. G., Soh, J. Y., & Ponnampereuma, G. G. (2021). Methods to Improve Diagnostic Reasoning in Undergraduate Medical Education in the Clinical Setting: a Systematic Review. *J Gen Intern Med*, 36(9), 2745–54.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8390726/pdf/11606_2021_Article_6916.pdf
- Yarnall, K. S. H., Pollak, K. I., Østbye, T., Krause, K. M., & Michener, J. L. (2003). Primary Care: Is There Enough Time for Prevention? *Am J Public Health*, 93, 635–641.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447803/pdf/0930635.pdf>

