

**LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN LA UNIDAD HOSPITALARIA JAIME
TOBÓN ARBELÁEZ: UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA**

JHONNY ALEJANDRO AGUDELO CALLE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

MEDELLÍN

2009

**LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN LA UNIDAD HOSPITALARIA JAIME
TOBÓN ARBELÁEZ: UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA**

JHONNY ALEJANDRO AGUDELO CALLE

3.563.747

INFORME FINAL DE MAESTRÍA

Presentado para optar al título de magíster en antropología

DIRECTORA DE INVESTIGACIÓN

Claudia Puerta Silva

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

MEDELLÍN

2009

AGRADECIMIENTOS

Al proyecto CODI *Fortalecimiento de la participación en el régimen subsidiado de salud mediante TICs y otras estrategias educativas* por la financiación de la presente investigación.

A Claudia Puerta Silva por su acompañamiento y asesoría permanentes.

A la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez, y en especial a los médicos y pacientes que brindaron valiosa información y a su director, Fanor Mejía, por brindar el espacio y la colaboración para el desarrollo de este proyecto.

A Robert Dover, Aída Gálvez y a Sandra Turbay por su disposición, conocimientos y tiempo brindados.

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	3
TABLA DE CONTENIDO	4
INTRODUCCIÓN	7
1. LO ESTRUCTURAL Y LO RELACIONAL: HACIA LA COMPRENSIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN LA ACTUALIDAD	24
1.1 DESDE LO ESTRUCTURAL	26
1.1.1 El Sistema de Salud colombiano: antecedentes	27
1.1.2 Beneficencia y caridad: construcción de una estructura	30
1.1.3 La reforma al Sistema de Salud Colombiano: hacia un modelo de mercado	32
1.1.4 La Ley 100 de 1993: la materialización del modelo de mercado	36
1.1.5 Acerca de la noción de salud	38
1.2 DESDE LO RELACIONAL	40
1.2.1 El médico y su quehacer: construcción y deconstrucción de un estereotipo	41
1.2.2 El paciente: roles dinámicos, posicionamientos estáticos	46
1.2.3 La RMP: modelos relacionales en discordancia	47
1.2.4 A modo de conclusión	50
2. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA UNIDAD HOSPITALARIA	52
2.1 SOBRE LOS CONCEPTOS DE MÉDICO Y DE PACIENTE	52
2.2 LA RMP EN EL ÁREA DE URGENCIAS	54

2.2.1 “¡Casi que no!”: la sala de espera como campo de disposiciones y predisposiciones	54
2.2.2 Urgencias: diagnóstico de un estado especial	57
2.2.3 El consultorio: encuentro entre dos conocidos y dos extraños	60
2.2.4 “Romper el hielo”: el inicio de la relación	60
2.2.5 La tensión, la armonía y la estabilidad: el desarrollo de la relación	62
2.2.5.1 Sobre la tensión	62
2.2.5.2 Sobre la armonía	66
2.2.5.3 Sobre la estabilidad	70
2.2.6 Éxito y fracaso, bien y mal: el final de la relación	71
2.2.7 Caracterización del médico y del paciente: área de urgencias	74
2.2.7.1 Tipos de pacientes y sus características	74
2.2.7.2 Tipos de médicos y sus características	76
2.3 LA RMP EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN	77
2.3.1 El paso por hospitalización	77
2.3.2 “Hoy te doy de alta”: la salida del área de hospitalización	82
2.3.3 “Vamos a visitar unos pacienticos”: la ronda médica	83
2.3.4 Caracterización del médico y del paciente: área de hospitalización	88
2.3.4.1 Tipos de pacientes y sus características	88
2.3.4.2 Tipos de médicos y sus características	90

2.3.5 A modo de conclusión	91
3. EL SISTEMA DE SALUD COMO ESCENARIO DE RELACIONAMIENTO	93
3.1 REGLAS DE INTERACCIÓN	93
3.1.1 La ‘papelización’ del paciente	93
3.1.2 Lógicas del sistema de salud	97
3.2 RELACIONES DE PODER	102
3.2.1 ‘¡Se nos voló ese muchacho!’: el paciente y su capital.	103
3.2.2 ¡Esos médicos de ahora no saben nada!: el médico y su capital	105
3.3 LÓGICAS Y PRÁCTICAS DE NEGOCIACIÓN E INTERACCIÓN	107
3.3.1 Sobre las lógicas de interacción	108
3.3.2 Sobre las prácticas de negociación	110
4. CONCLUSIONES	113
5. BIBLIOGRAFÍA GENERAL	120

INTRODUCCIÓN

Cuando tenía seis años, Olga comenzó a percibir que algo ‘extraño’ le pasaba a su cuerpo. Sus articulaciones se inflamaron, su piel se llenó de enconos y su temperatura corporal permanecía siempre alta. Desde entonces –los años 50’s- ha conocido más médicos que amigos. *“El doctor Molina fue el primero que me cogió (...) Me acuerdo mucho de él porque me decía ‘Reina Mora’ y me cantaba”,* menciona Olga. Médicos generales, especialista en pediatría, ortopedia y microbiología hacen parte de la red de profesionales de la salud occidental que la atendieron, sin mencionar los expertos en otras áreas del conocimiento como homeópatas y curanderos. *“Tengo muy buenos recuerdos de la mayoría de doctores (...) aunque hubo otros con los que no me entendía”,* agrega.

Su primer ‘clanicazo’, como le dice ella al paso por el área de hospitalización, fue a los siete años. Le extrajeron las amígdalas. Lo que más conmemora de aquel suceso fue el acompañamiento constante y trato ‘dulce’ y ‘delicado’ del doctor Moreno, su cirujano. A partir de ese momento ha estado internada en ocho ocasiones más en diferentes hospitales de Medellín, ahora IPS. *“Yo adoro la clínica Soma y al San Vicente de Paúl. Allí me han curado y siempre me trataron bien (...) fueron muy especiales”,* afirma.

Precisamente, a causa de la extracción de sus amígdalas su malestar aumentó. Durante ocho años fue diagnosticada de manera errática por varios profesionales quienes ‘no daban’ con las verdaderas razones de su estado. Hasta que conoció a los catorce años al ‘médico de su vida’: el doctor Hernando Uribe Marulanda. *“Una vecina me lo recomendó, me dijo que era el mejor médico de Medellín (...) y no se equivocó (...) él comenzó hacerme todo tipo de exámenes y me dijo lo que realmente tenía: Artritis Reumatoide”,* alude.

La relación entre Olga y Marulanda, como prefiere llamarlo ella, se fortaleció con los años, 10 años exactamente. Tratamientos, medicinas y dietas comenzaron a

modelar su rutina diaria. *“Le empecé a tener mucha fe (...) él siempre trataba a sus pacientes con mucha humildad, no solamente a mí (...) nunca fue prepotente”*, lo define Olga.

Durante todo el tiempo que duró el tratamiento conoció gran cantidad de colegas de Marulanda, entre esos al doctor Navarro. Ortopedista de profesión, Navarro inició una relación de amistad muy fuerte con Olga y le propuso realizarse un tratamiento con un ‘aparato especial’ el cual le permitiría recuperar su movilidad y tamaño normal en su pierna izquierda. *“La artritis me encogió una pierna y ese aparato, que era el único en Colombia en ese tiempo, me iba ayudar a estirarlo”*, explica.

Cada día y medio llegaba el doctor Navarro a la casa de Olga para ‘apretar tuercas’ y hacerle la visita. *“Era muy coqueto y enamorado”*, recuerda ella. Sin embargo la amistad no duró mucho. Pocos meses después de haber terminado el tratamiento, Olga lo visitó a su consultorio particular para una revisión de rutina. En el instante que Navarro la vio entrar por la puerta le dijo: *“¿Usted por qué está caminando así?”* Olga, sorprendida por el tono ‘chocante’ en que se lo había dicho le respondió: *“¡Porque usted me dejó así!”*. Fue la última vez que se volvieron a ver.

Aunque se recuperó de la Artritis Reumatoide a sus 25 años, en adelante continuó visitando médicos y hospitales a causa de bacterias, infecciones, dolores en los huesos, entre otros ‘males’. Dice memorizar la mayoría de profesionales de la salud con quien ha tenido interacción y caracteriza sus personalidades a través de epítetos como: *“tiernos, sensibles, coquetos, enamorados, malgeniados, prepotentes, certeros, sabios, extrovertidos, ortodoxos, flexibles, sometidos, con y sin voluntad de ayuda, interesantes, bruscos, considerados, modernos, desmoralizantes, ignorantes, miedosos, arriesgados, chistosos, familiares, amistosos, tímidos, dulces, delicados, humildes, contemplativos”*, y un largo etcétera.

Todos los procedimientos clínicos realizados a Olga hasta la década de los 80’s fueron asumidos por su familia, en especial por su papá. Cuando éste murió, Olga

inició su vida laboral en una tienda de ropa y fue afiliada al Seguro Social. Señala que siempre la atendieron como a una 'reina', sobre todo, un médico de apellido Gil. En 1999 su situación económica tuvo un revés, lo que la llevó a solicitar un subsidio de salud al Estado. Desde esa fecha, Olga pertenece al Régimen Subsidiado pero no lo sabe.

Ha escuchado sobre IPS, EPS, Secretarías de Salud y algunas otras instituciones que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano pero no reconoce sus funciones y, mucho menos, su dinámica. Sólo sabe que le dieron un carné con su nombre y el lugar donde la atienden.

Con respecto a la relación con los médicos de ahora, ella manifiesta que se siente 'muy cómoda', con unos más que otros, pero 'muy cómoda'. Lo que no comprende es por qué 'no los dejan ser ellos': *"A mí me gustan también los doctores de ahora porque son más flexibles, le muestran a uno más opciones (...) antes eso no pasaba (...) Lo que si me da brega entender es por qué no los dejan trabajar, no los dejan ser ellos (...) son como sometidos"*. Al indagársele el por qué cree que sucede eso, Olga menciona al gobierno como un mediador que obstaculiza, y a Álvaro Uribe, actual Presidente de Colombia, como 'responsable' de las 'cosas malas' que suceden hoy referente al tema de la salud.

Por último, y continuando con las preguntas que muestran las percepciones de un antes y un después de la Ley 100 de 1993, referente al acceso a los servicios de salud y, claro, a los profesionales, el entrevistador le pregunta: *"¿Cómo cree usted que le hubiera ido si la Artritis Reumatoide y aquellos otros 'males', como usted los llama, los padeciera hoy y no cuanto tenía seis años?"*. Responde Olga: *"Estaría tullida (...) me hubieran dejado morir"*.

La anterior narración es una muestra de lo que se aborda en el presente trabajo, esto es, la relación médico-paciente. De la forma como ambos interaccionan en la actualidad y en el contexto local. Teniendo presente que tal relación se puede observar desde diferentes perspectivas, en realidad, tantas como la cantidad de encuentros posibles entre dos o más personas, en un contexto particular inserto en

una sociedad determinada, se resaltarán algunas características generales que marquen tendencias en cuanto a expectativas, pensamientos, posicionamientos y comportamientos que permitan comprender, a partir una mirada subjetiva y antropológica¹, qué sucede durante el encuentro médico.

Como bien lo ha percibido Olga, ha habido múltiples cambios en las últimas décadas concernientes al acceso a los servicios de salud y al personal que allí labora, en especial el médico. Éste ya no la visita en su residencia, su autonomía se ha visto disminuida, no tiene acceso con la misma facilidad de antes a especialistas ni a medicamentos y ya no tiene médico de cabecera. Los hospitales ahora se llaman IPS y debe dialogar con recepcionistas, taquilleras, vigilantes, entre otras personas, antes de llegar al que le interesa: el 'doctor'.

Dichas percepciones, además de ser acertadas, visibilizan cómo la relación entre el médico y el paciente no puede analizarse hoy como una relación meramente dual y privada, como alguna vez lo fue, sino que debe comprenderse en el marco de contextos políticos, económicos y sociales que intervienen ya sea de manera directa o indirecta. Tal es el caso de la ley 100 de 1993, la cual dio como resultado el Sistema General de Seguridad Social en Salud, además de la instauración de algunas ideologías hegemónicas como lo es el neoliberalismo.

Y son precisamente los intereses, producto de las dinámicas nacionales y globales, que comienzan a mediar y, en ciertas circunstancias, a superponerse a las lógicas, prácticas e intereses del médico y del paciente. Una forma de ilustrar tal afirmación es a través de noticias sobre el paseo de la muerte² y el cierre de varias IPS públicas anunciadas por los medios de comunicación nacionales y locales. Ambas informaciones exponían cómo el tema de la salud, a partir de la materialización de la ley 100 de 1993, iba tomando otros rumbos a los anteriormente definidos.

¹ Es preciso decir que la formación básica del etnógrafo es: Comunicación Social, así que esta mirada también se notará en el desarrollo de la presente investigación.

² El paseo de la muerte es el nombre que le han dado algunos medios de comunicación al fallecimiento de personas gravemente enfermas o lesionadas después de pasar por una serie de inconvenientes administrativos que han obstaculizado completamente el acceso a los servicios de salud.

Tales rumbos, como lo describió Olga, se caracterizaban, entre otras cosas, por contener una moral humana, estos es, lo que se conoce como el humanismo médico basado en el modelo hipocrático. De acuerdo con Hipócrates, considerado el padre de la medicina moderna occidental, la interacción médica debe estar compuesta por una serie de valores ‘humanos’ como la sensibilidad por el estado de salud del afectado, el amor, el compromiso, la dignidad, el honor y, en general, el respeto por la vida humana. Así mismo está expresado en el juramento que realizan los estudiantes de medicina cuando terminan su proceso académico: El Juramente Hipocrático:

En el momento de ser admitido entre los miembros de la profesión médica me comprometo solemnemente a consagrar mi vida al servicio de la humanidad.

Conservaré a mis maestros el respeto y el reconocimiento a que son acreedores.

Desempeñaré mi arte con conciencia y dignidad. La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones.

Respetaré el secreto de quien haya confiado en mí.

Mantendré, en todas las medidas de mi medio, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica. Mis colegas serán mis hermanos.

No permitiré que entre mi deber y mi enfermo vengan a interponerse consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, partido o clase.

Tendré absoluto respeto por la vida humana, desde su concepción.

Aún bajo amenazas no admitiré utilizar mis conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad.

Hago estas promesas solemnemente, libremente, por mi honor.³

³ Juramento de Hipócrates. Fórmula de Ginebra. Asociación Médica Mundial: Asamblea 8/11 - IX – 1948.

En Colombia, el modelo Hipocrático sumado con los conceptos de caridad y beneficencia desarrollados a finales del siglo XIX y comienzos del XX, como una estrategia gubernamental para asistir sanitariamente a los más pobres de la época (los conceptos se ampliarán en el primer capítulo), y al modelo de seguridad social instaurado a partir de la década de 1940 (también tratado ampliamente en el mismo aparte), permitieron configurar unos modelos relacionales entre médicos y pacientes similares al experimentado por la protagonista de la anterior narración.

Ahora bien, a diferencia de aquella moral humana, que concretiza todo un proceso histórico hasta las últimas dos décadas del siglo XX, empieza a aparecer en escena otra moral: la moral del mercado. Ésta se caracteriza, principalmente, por ir en contravía de los valores humanos asistenciales ya señalados. Así, pues, se comienza hablar de economía de la salud, intereses mercantiles, usuarios, clientes, costo-beneficio, productividad, rentabilidad, ESP, IPS, entre otros términos que se mencionaran a lo largo del presente trabajo.

Una forma de constatar dicho cambio de moral es a través de la incursión de nuevas especializaciones académicas en el terreno de la salud, en donde los nuevos profesionales del ámbito asistencial se preparan para asumir los retos venideros:

Cuando se busca el tema salud en las bibliotecas, aparece cada día más asociado a la palabra economía. Ya abundan los textos de economía de la salud y se han sumado, a la clásica lista de especialidades médicas, la gerencia en salud, la administración hospitalaria, los círculos de calidad y un largo etcétera.⁴

Al lado de ello, Manifiesta Rico que la permanencia de las hoy llamadas IPS se mide por su capacidad de funcionar como una empresa más del mercado en la que el acceso a los servicios de salud se define como una 'mercancía': *"La presencia del*

⁴ CURREA-LUGO, Víctor. El derecho a la salud en Colombia. Diez años de frustraciones. Ediciones Antropos. Bogotá. 2003. P 15.

dinero y del interés empiezan a regular la oferta y la demanda de los servicios de salud y la ganancia define la permanencia de las empresas en el mercado”⁵.

Es en este proceso de transición de una estructura a otra, en el que surgen nuevos roles y funciones que deben ser asumidos por el médico y el paciente. El primero, como se observará luego, debe pensar no sólo en satisfacer las necesidades propias y de su interlocutor, sino también la de la institución donde labora, las aseguradoras y la de otros intermediarios. El segundo, igualmente, debe percibirse, además de un individuo con alguna afectación, como un ser autónomo con derechos y deberes.

Como se indicó, la materialización de todos aquellos cambios se reglamentaron en la Ley 100 de 1993, cuyo propósito, además de garantizar el acceso a la atención en salud a toda la población colombiana, fue diseñar y aplicar otras lógicas en donde la noción de salud (también desarrollada aquí posteriormente) tuvo un impacto contundente en la manera como se han venido relacionando el médico y el paciente, pues se pasó, se podría decir, de una relación vertical en la que el primero decidía por el segundo (buscando siempre lo ‘mejor’ para su recuperación) a una de tipo más horizontal, en la cual el paciente debe tener una participación más activa en su proceso curativo.

Conviene subrayar en este punto que la relación de tipo horizontal entre el médico y el paciente se puede interpretar como un efecto de la Ley 100, pues los roles asignados por ésta intentan disminuir la brecha en acciones, comunicación y toma de decisiones entre ambos. Así, al paciente, dentro de este marco, se le dice que debe ser más activo, conciente de sus derechos y sus deberes y que se debe cuidar para cumplir con el principio de corresponsabilidad, esto es, la responsabilidad compartida entre el Estado y el ciudadano con el fin de mantener o recuperar la salud del último. De igual manera, al médico, a pesar de que no se le dice de manera directa, se le condiciona su práctica médica enmarcándola en unos planes

⁵ VELASCO Rico Jesús, Profesor Titular y Director Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud. Universidad del Valle, Cali. [En línea] www.colombiamedica.univalle.edu.co/VOL28NO1/neoliberalismo.html [Consultado el 24 de enero de 2009].

de beneficios los cuales son basados en criterios de eficiencia y calidad y que tienen efectos perversos en cuanto a la autonomía médica⁶.

Pues bien, Justo en este proceso de 'horizontalización', y aquí es donde se ubica la hipótesis central de la investigación, se comienzan a cruzar, generando un contexto de tensión, unas y otras estructuras, unas y otras morales. Los modelos de caridad, beneficencia y paternalismo se mezclan y coexisten con los modelos de mercado, de derecho y de autonomía produciendo choques y sensaciones de crisis. Muestra de ello son los debates que se han venido presentando en el transcurso del siglo XX, e intensificados en lo corrido del XXI⁷, sobre los procesos de deshumanización en el campo de la medicina.

Grosso modo, la deshumanización en este campo es una contraposición por parte de un sector de la medicina a las maneras como se ha venido abordando el tema de la salud en la actualidad. Se dice que ésta ha sido convertida en una costosa mercancía cuya finalidad es lucrar económicamente a otros agentes que hacen parte del sistema de salud, dejando en un segundo plano el acto médico tradicional. Entre las causas del vuelco se encuentra: la saturación del mercado médico, debido al exceso cuantitativo de profesionales de la medicina; la explotación al médico en cuanto a sueldos y exigencia en la producción cuantitativa; paradigmas de 'éxito' enfocados en el dinero y no en el cuidado y respeto por la vida del paciente⁸; etc. En conclusión, la suma de éstas y otras causas conllevan, según dicha posición, al deterioro de la relación médico-paciente⁹.

⁶ Entiéndase en el presente contexto la autonomía médica, además de la libertad personal que tiene el médico para decidir lo más conveniente para su interlocutor, como el respeto a la capacidad de decisión de los pacientes, y el derecho a que se le respete su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellos mismos.

⁷ OVEJERO, Magdalena. El proceso de deshumanización en la atención de la salud. Revista de Enfermería del Hospital Italiano (Buenos Aires). Vol. 04, No, 10, Agosto, 2000.

⁸ INFANTE Castañeda, Claudia. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención. México. Editores de Textos Mexicanos. 2006.

⁹ CORDOBA Palacio. Deterioro de la relación médico-paciente y sus consecuencias en el ejercicio médico. Anales de la Academia de Medicina (Medellín) Vol. 12. Nos. 01, 02, 03, 04, 1999.

Antecedentes

La relación médico-paciente ha sido objeto de innumerables estudios por parte de las diferentes disciplinas de las Ciencias Sociales y ha sido observada desde diversos frentes y contextos en el transcurso de la historia. La antropología, por ejemplo, ha reflexionado sobre dicha relación desde la antropología sociocultural, la cual se ha encargado de poner la mirada en las percepciones y práctica en la relación entre sociedades y comunidades y la enfermedad, la muerte, la salud, la dolencia, la cura, el sufrimiento.

En esta misma dirección, Flores manifiesta que la antropología sociocultural ha demostrado, por medio de numerosas investigaciones en diversos pueblos y comunidades del planeta, que las percepciones de 'buena' y 'mala' salud, junto con las amenazas correspondientes, se encuentran culturalmente construidas¹⁰.

Y es precisamente aquella construcción social de la 'salud' la que ha abierto un campo reflexivo bastante amplio dentro de la antropología sociocultural, dirigido a indagar sobre el ser humano y su relación con la salud y la enfermedad, dando como resultado subcampos tales como: "antropología médica o de la medicina", "antropología de la salud", "antropología de la enfermedad", "antropología del sufrimiento" y "antropología del dolor".

En Colombia, por ejemplo, las investigaciones y reflexiones en torno a dicha relación se dividen en dos momentos que se podrían definir como un antes y un después de la Constituyente de 1991 y de la Ley 100 de 1993. La nueva Constitución y reforma en el sector de la salud trajo consigo cambios profundos que impactaron en las estructuras relacionales entre el médico y el paciente, dando como resultado otras maneras de interacción.

A continuación haré referencia a tres investigaciones cuyo objetivo fue reflexionar sobre dicha relación desde diferentes intereses académicos. La primera es una

¹⁰ FLORES-GUERRERO, Rodrigo. Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. Revista Mad. N 10. Mayo de 2004. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. <http://revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf>

monografía titulada: “Algunas características en la relación médico-paciente durante la ronda médica en los servicios de medicina interna, ginecología y obstetricia y quirúrgica de la clínica León XIII-ISS seccional Antioquia.”¹¹ La segunda, es un trabajo de grado llamado: “Características de la actitud del médico en la relación médico-paciente en cuatro instituciones de salud de Medellín.”¹² Y la última, es otro trabajo de grado el cual lleva como título: “La relación médico-paciente en el entorno de la Ley 100.”¹³ Los dos primeros trabajos se realizaron antes de la reforma constitucional de 1993 señalada arriba y la tercera es concluida en 2007, o sea, catorce años después del inicio de dicha reforma.

El primero de los trabajos se realizó en 1983 –en Bogotá– por Amanda Matallana de Herrera, como requisito para optar por el título de “Especialista en Administración en salud con énfasis en seguridad social” en la Pontificia Universidad Javeriana (Facultad de estudios interdisciplinarios). La autora se centra, básicamente, en medir en términos de buena, regular y mala, y positiva y negativa, la relación médica bajo criterios como: grado de satisfacción por parte del paciente, actitud del paciente ante el acto médico, grado de predisposición de los pacientes, grado de comunicación entre el médico y el paciente, entre otros.

El segundo, fue un trabajo de grado realizado por María Cristina Franco, Salvador Antonio Marengo y Jaime Rojas como requisito para optar al título de “Magíster en Salud pública” de la Universidad de Antioquia. El estudio, que fue realizado en 1987, se enfoca en identificar características de la actitud del médico en la relación médico-paciente en el marco de epítetos como *positiva o favorable, negativa o desfavorable; y discriminantes o discriminatorias*. El trabajo pretende brindar, entre

¹¹ MATALLANA, Amanda. Algunas características en la relación médico-paciente durante la ronda médica en los servicios de medicina interna, ginecología y obstetricia y quirúrgica de la clínica León XIII-ISS seccional Antioquia. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Estudios Interdisciplinarios. Bogotá, 1983.

¹² FRANCO V. María, MARENCO A. Salvador. Características de la actitud del médico en la relación médico-paciente en cuatro instituciones de salud de Medellín. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, 1987.

¹³ CARDOSO O. Alejandro. La relación médico-paciente en el entorno de la Ley 100. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Antropología. Medellín, 2007.

otras cosas, algunos elementos que le permitan al médico en su quehacer profesional ‘mejorar’ su comportamiento así como su disposición y actitud en relación con el paciente.

Por último, se encuentra el trabajo realizado por Alejandro Cardoso como requisito para optar al título de Antropólogo, de la Universidad de Antioquia. Aquí el autor realiza una breve descripción sobre lo que ha sido los fundamentos de la relación médico paciente a través de la historia, ello para tratar de comprender los cambios que ésta ha tenido en el marco de la Ley 100 de 1993. Al final, Cardoso aplica una encuesta la cual busca hacer una comparación en cuanto a las percepciones de los médicos, y de estos con los pacientes, entre dos sistemas de salud: el establecido a través de la ley 100 y el anterior a este.

Como puede observarse, los anteriores estudios apuntan, fundamentalmente, a mostrar una tendencia valorativa sobre cómo se perciben médico y paciente durante la interacción. Los calificativos bueno y malo, favorable y desfavorable, además de otros, ponen de manifiesto sus intencionalidades de indagar sobre la ‘calidad’ de los servicios de salud, sobre todo en los dos primeros trabajos.

Con respecto a la exploración de Cardoso, éste se detiene en un paneo histórico que no trasciende en aspectos que permitan comprender las complejidades de la relación médico-paciente en el marco de dinámicas globales y nacionales desde lo político, económico y social. Así como tampoco se detiene a reflexionar sobre las estructuras que identifican aquellos dos actores en la actualidad. Sin embargo, hay que destacar la encuesta realizada como una información que permite entender algunas de las tensiones que existen hoy día bajo el reciente modelo de sistema de salud.

Con base en lo señalado hasta el momento este trabajo se propone, entonces, comprender la relación médico-paciente en el sistema de salud colombiano, a través de un acercamiento etnográfico a dicha relación en el contexto de la Unidad Hospitalaria de Castilla Jaime Tobón Arbeláez, ubicada en el noroccidente de la ciudad de Medellín. De esta manera, se tendrá en cuenta, tanto el nivel experiencial

como el contextual, la incidencia de las lógicas, las prácticas y las capacidades de relacionamiento de los actores, y los factores políticos, económicos y socioculturales que inciden en mencionada relación.

Así mismo, se busca identificar las influencias de la reforma de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993 en el contexto capitalista-neoliberal e indagar el carácter situacional —los comportamientos, posicionamientos y expectativas particulares que se ponen en juego—; y por otro lado, el carácter histórico, ligado a los antecedentes vividos o narrados entre el médico y el paciente y que entran a disponer o predisponer la interacción, realizando para ello un análisis comparativo en el área de urgencias y en el área de hospitalización de la Unidad Hospitalaria.

Finalmente, se pretende identificar y caracterizar los roles del médico y del paciente como agentes sociales, asumiendo el sistema de salud como un espacio de relacionamiento que posibilita la interacción, teniendo en cuenta, también, los discursos y las prácticas que se producen, reproducen, entran en tensión y se negocian, así como poner en evidencia el impacto que genera lo que se dice —en especial en el ámbito jurídico y simbólico— con lo que se hace —la relación como tal—.

Sobre la IPS y su población

La investigación se llevó a cabo en la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez de Castilla, al noroccidente de Medellín, y se seleccionó con base en criterios como: Tamaño, población atendida, regímenes de aseguramiento servidos, ubicación en la ciudad y favorabilidad al desarrollo de la investigación. Esta IPS hace parte de la red hospitalaria de la Empresa Social del Estado Metrosalud¹⁴, la cual es la encargada de atender a la población denominada pobre y vulnerable de la ciudad. Reinaugurada el 18 de octubre de 2007, la Unidad Hospitalaria de Castilla tiene una capacidad

¹⁴ Metrosalud nació el 23 de 1994, y desde entonces ha sido la única institución prestadora de servicios de salud encargada de atender a quienes pertenecen al Régimen Subsidiado y a los Pobres No Asegurados de Medellín. Metrosalud opera bajo el concepto de red hospitalaria y presta servicios en 52 puntos de atención en toda la ciudad que están distribuidas en 10 unidades Hospitalarias y 42 Centros de salud.

para atender, aproximadamente, a 109 mil personas pertenecientes a la comuna cinco¹⁵.

Por prestar hasta el segundo nivel de atención en salud¹⁶, la IPS cuenta con las áreas de Obstetricia, hospitalización, recuperación, esterilización, ayudas diagnósticas, imaginología, laboratorio, urgencias, sala de reanimación y procedimientos, odontología. La población sobre la cual se enfocó el presente trabajo fue, de un lado, los pacientes, personas que pertenecen al Régimen subsidiado de salud¹⁷, es decir, la población más pobre, sin capacidad de pago, de aquella zona y, de otro lado, los médicos quienes han trabajado en otros centros de Metrosalud y unos han ejercido antes de la instauración de la ley 100.

De acuerdo con el Anuario Estadístico de Medellín de 2005, Castilla cuenta con una población de 140.418 habitantes, de los cuales 66.001 son hombres y 74.417 son mujeres. El 84 % de las viviendas se encuentran en el estrato 3, esto es, tienen un estrato socioeconómico medio-bajo. El 10.9% son estrato 2 y el 3.9% son estrato 1, lo que significa que tiene un estrato socioeconómico bajo.

Acerca de la metodología

La presente investigación se encuentra en el marco de otro proyecto investigativo titulado: “Fortalecimiento de la participación social en el Régimen Subsidiado de salud mediante TIC y otras estrategias educativas”¹⁸, proyecto financiado por la

¹⁵ La comuna cinco está conformada por 13 barrios y cuatro áreas institucionales. Castilla se desarrolla en una extensión de 609.69 hectáreas, con una densidad de 230 habitantes por hectárea.

¹⁶ Según la Resolución número 5261 de 1994, los servicios de salud en Colombia tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. Los niveles de responsabilidad son: Nivel I, médico general y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud; Nivel II, médico general con interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados; Nivel III y IV, médico especialista con la participación del médico general. La complejidad de la atención o de las actividades, procedimientos e intervenciones, se pueden consultar en la página web: <http://imagen.enlaluca.org/130208/12.pdf>

¹⁷ El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. Tienen derecho al Régimen Subsidiado las personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del SISBEN, quienes podrán acceder a través de un subsidio total y las personas del área urbana pertenecientes a los niveles 2 y 3 del SISBEN, quienes podrán acceder a través de un subsidio parcial.

¹⁸ Proyecto adscrito al grupo de investigación del INER, dirigido por Claudia Puerta y Robert Dover, con la participación de Viviana Garcés de la Facultad de Comunicaciones y dos estudiantes del

convocatoria de mediana cuantía del CODI de la Universidad de Antioquia y que tiene por finalidad favorecer la formación en investigación de los estudiantes de maestría. Al igual que el macro proyecto, este trabajo tiene como foco poblacional los usuarios del Régimen Subsidia de Salud.

Las categorías centrales que transversalizan la presente investigación son: relación médico-paciente, Ley 100 de 1993 y Sistema de Seguridad Social en Salud, modelo relacional, modelo estructural, reglas y prácticas de interacción, lógicas negociación y campos de representación. Aunque dichas categorías se desarrollarán en los siguientes capítulos, conviene precisar, en este momento, los últimos conceptos.

Las reglas y prácticas de interacción deben verse, primero, desde la perspectiva del sistema de salud nacional, y hacen referencia, por un lado, al conjunto de criterios normativos establecidos por el Sistema, ejecutadas a través de las IPS y las EPS-S, para regular lo que desde aquel se considera 'apropiado' en la relación médica, y, por el otro, tiene que ver con las acciones, fruto de las interpretaciones subjetivas dadas a tales normas, por parte del médico y del paciente en el desarrollo de la interacción. Cabe señalar que dichas acciones o prácticas no corresponden estrictamente con lo escrito, es decir, con la norma.

Por lógicas de negociación se entienden, por un lado, las modalidades de negociación espontáneas, es decir, más intuitivas y situacionales, y por otro, las modalidades protocolizadas (o incluso institucionalizadas), construidas y recurrentemente utilizadas a partir de la experiencia de los actores al ver que funcionan. Es a través de estas lógicas de negociación que el paciente y el médico intentan llegar a acuerdos en los procesos curativos. Para ello, ambos cuentan con unos 'capitales' jurídicos y de otros órdenes más del ámbito personal, los cuales conciertan -negocian- para sacar de la interacción el mayor beneficio. Aquí, el concepto de 'capital' desarrollado por Pierre Bourdieu es vital, pues permite

pregrado de Antropología. El proyecto tiene una duración de 18 meses y termina en diciembre de 2009.

comprender como operan los procesos de transacción de acuerdo a la valoración dada al capital propio y a la del interlocutor.

Y, finalmente, los campos de representación se refiere, como lo indica Araya siguiendo el trabajo sobre representaciones sociales de Serge Moscovici, “(...) al conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social (...)”¹⁹. Hace referencia, pues, a los espacios intangibles donde cohabitan los anteriores elementos los cuales son ordenados y jerarquizados durante la interacción entre el médico y el paciente.

Es de mencionar, también, que otra de las intencionalidades de este trabajo será atender el problema de la articulación de estas categorías para comprender no sólo la interacción del médico y del paciente como tal, sino el contexto externo que la circunda.

Ahora bien: como ya se mencionó, el trabajo se concentró en dos áreas de atención que inicialmente fueron urgencias y consulta externa. Sin embargo, debido a que, desde lo metodológico era complejo el hecho de ingresar a un consultorio donde el paciente podría sentirse incómodo con la presencia de otra persona diferente a la del médico, se decidió seleccionar otra área, esta es, Hospitalización. Los motivos por los cuales se optó por aquellos dos espacios están relacionados con el grado de tensión que se desenvuelven allí, pues, mientras que por Urgencias tanto el médico como el paciente tienen una actitud cargada de tensión por la inmediatez y la premura de la situación, en Hospitalización, por el contrario, la tensión disminuye debido a que el encuentro entre ambos está mediado por un periodo, largo o corto, de acompañamiento del médico hacia el paciente. Ambos contextos producen relaciones diferenciadas que permiten observar el desenvolvimiento, también diferenciado, de los actores en acción.

¹⁹ ARAYA Umaña, Sandra. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuadernos de Ciencias Sociales (Costa Rica), 127, octubre, 2002. P 41.

La investigación tiene dos momentos que se desplegaron de manera simultánea: el primero hace referencia al contexto externo, es decir, al relacionado con las estructuras sobre las cuales se presenta la relación: el Sistema de Seguridad en Salud, la Ley 100 de 1993, el modelo Neoliberal. Para ello, el acceso a fuentes jurídicas y literarias fue la prioridad. El segundo fue el trabajo de campo – etnografía-. Las técnicas utilizadas fueron: la observación directa, las conversaciones y entrevistas abiertas y dirigidas realizadas a pacientes, médicos y otros trabajadores de la salud; estas, permitieron indagar por el nivel experiencial de la interacción y por el nivel de las representaciones.

Es menester aclarar que en el área de urgencias no fue posible ingresar a los consultorios, razón por la cual se realizaron entrevistas a los pacientes al momento de su salida. A los médicos de ésta área, mientras tanto, se le programaron unos espacios avalados por la administración de la IPS –y con el consentimiento de ellos- para que expusieran sus apreciaciones. El lugar del encuentro se efectuó en una de las oficinas del personal de administración. Por otro lado, en el área de hospitalización, fue posible realizar un acompañamiento permanente a ambos durante la ronda médica y en los horarios destinados para las visitas.

De este modo, la consignación de datos obtenidos a partir del proceso etnográfico es una tarea que proporciona un conocimiento valioso sobre cómo se produce la relación médico-paciente en el contexto de un centro hospitalario de la ciudad de Medellín. La sistematización de la información, y su análisis, vertida aquí servirá como instrumento reflexivo que apunta a comprender una relación que ha pasado por diversos procesos en la historia.

Por último, para cumplir con las anteriores pretensiones se desarrollarán tres momentos o capítulos de la siguiente forma:

Capítulo I: Allí se propone comprender la relación médico-paciente desde dos perspectivas que se exponen separadas pero operan simultáneamente. Se trata de lo estructural y lo relacional. La primera trata sobre los antecedentes del actual sistema de salud, así como los efectos que causó la ley 100 de 1993 en la práctica

médica y de los roles que debieron asumir, de manera asimétrica, el médico y el paciente. Igualmente se reflexiona sobre los conceptos de beneficencia y caridad y sobre la noción que ha tenido la salud en las últimas décadas. La segunda tiene que ver con las formas como se ha visto al médico, desde la representación, en ocasiones estereotipada, y al paciente, desde sus posicionamientos, y la manera como ambos se han venido relacionando.

Capítulo II: En este se vierte la información etnográfica acumulada durante el segundo semestre del 2008 y parte del primero del 2009. Este material se enfoca en la manera cómo se relacionan médico y el paciente en las áreas de hospitalización y de urgencias. Para cumplir con tal finalidad, se narran algunas experiencias particulares que intentan mostrar tendencias relacionales de aquellas áreas. Se realiza, también, una caracterización del médico de acuerdo a las impresiones de los pacientes, y del paciente, de acuerdo con las percepciones del médico. (Descripción y análisis).

Capítulo III: Este capítulo da cuenta sobre cómo el sistema de salud colombiano, visto como escenario de relacionamiento, impacta en la interacción entre el médico y el paciente. Teniendo presente que tal escenario genera unas dinámicas donde participan diversos agentes sociales (Estado, EPS, IPS, pacientes, médicos, otros profesionales de la salud y el personal administrativo) cada uno con funciones e intereses específicos, se vislumbran tres planos (reglas de interacción, relaciones de poder y lógicas y prácticas de negociación e interacción) en los que los directamente implicados configuran un orden, su propio orden. Allí, igualmente, se exponen historias que representan situaciones en las que confluyen dichos agentes bajo el direccionamiento de un gran sistema: el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

1. LO ESTRUCTURAL Y LO RELACIONAL: HACIA LA COMPRENSIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA ACTUALIDAD

En Colombia, la relación médico-paciente ha tenido cambios sustanciales desde principio de los años noventa. El impacto que ha causado la Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993 en las estructuras estatales, institucionales y políticas relativas al campo de la salud, y la velocidad con la que éstas se han incorporado, han generado transformaciones en el médico y en el paciente –vistos como actores-, en el quehacer médico y en la manera como ambos se relacionan. Como consecuencia de este proceso, la díada médico-paciente se podría comprender actualmente como una relación en crisis.

Así las cosas, para entender la relación médico-paciente (en adelante RMP) es preciso indagar sobre ella desde dos perspectivas: la primera, de carácter estructural, que se refiere a las dinámicas externas y/o abstractas que afectan a ambos actores. Se trata, además, de las normativas tanto del orden jurídico como del orden ético que funcionan como escenario entre los directamente implicados. Son todas aquellas fuerzas que definen derroteros, rutas, protocolos y procesos que impactan, de alguna manera, la interacción médica.

Y, la segunda, de carácter relacional, que hace hincapié en el contacto netamente interpersonal entre el médico y el paciente. Tiene que ver con las situaciones de tipo emocional e intelectual o racional que se den, por parte y parte, durante el tiempo que dure la consulta o la interacción. Cabe señalar que dichas perspectivas no actúan separadas, sino que dependen la una de la otra.

Ahora bien, los planteamientos de tipo estructural establecidos durante la década de 1990, traen consigo la implementación de nuevas dinámicas, ideologías y percepciones, así como la participación de otros agentes en el ámbito institucional y social que se materializaron con la puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. Este Sistema, a través de un conjunto de normas

administrativas, financieras, científicas y de control, contenidas en la Ley 100 de 1993, determinó la dirección, organización y funcionamiento del sector salud en Colombia.

Así mismo, como producto del tránsito de una lógica -el sistema de salud anterior a la décadas de los 90- a otra -la establecida a través de la ley 100- se definieron y redefinieron categorías que entrarían a complementar el ciclo de transformación con respecto al tema de la salud de los colombianos llamados pobres y vulnerables, hoy pertenecientes al Régimen Subsidiado. Tal es el caso de la noción 'salud' que, de acuerdo a diversos momentos de la historia nacional en el siglo veinte, fue y es percibida y significada desde varios frentes, los cuales serán desarrollados más adelante.

Por otra parte, desde lo relacional, el hecho de que agentes externos sean quienes delimitan los parámetros que influyen en la RMP y los roles que cada uno debe asumir, ha llevado a que se hable ahora de la crisis del médico y su profesión²⁰, la 'crisis' del paciente (como actor) y la crisis relacional²¹ entre ambos. Con respecto a la primera, numerosos analistas catalogan tal ejercicio en la actualidad como la peor de su historia. Estudios nacionales, como el realizado por la Defensoría del Pueblo en el 2007²², y encuestas como las realizadas por Alejandro Cardoso²³, también del mismo año, develan los sentimientos de insatisfacción, frustración y desencanto por parte de los médicos entrevistados en relación a la disminuida autonomía de su quehacer. De igual modo, se expresa el descontento de éstos con factores como las condiciones laborales y los nuevos roles que deben asumir médico y paciente en el modelo de salud colombiano.

²⁰ VUKUSICH C., Antonio; OLIVARI P., Francisco. Causas de la crisis de la profesión médica. Revista médica de Chile. 2004, vol 132, n 11, noviembre, pp 1425-1430.

²¹ GONZÁLEZ Menéndez, Ricardo. La etapa contemporánea de la relación médico paciente. Revista Cubana de Salud Pública, 2004 Vol 4, septiembre, p-p 123-132.

²² GUALTERO Reyes, Martha; BETANCOURT M. Jairo; y otros. Autonomía médica y su relación con la prestación de servicios de salud Defensoría del Pueblo de Colombia. Bogotá. 2007

²³ Médico y Antropólogo de la Universidad de Antioquia.

De manera paralela, el paciente entra en crisis al momento de pasar a ser un individuo pasivo, que acataba las decisiones del médico sin negociación alguna, a ser un actor con derechos bien definidos y amplia capacidad de decisión autónoma. Los nuevos posicionamientos y roles del paciente, y la premura con que deben ser asumidos, hacen que a éste, sobre todo en estado de vulnerabilidad económica, se le dificulte comprender la lógica del sistema de salud y, claro, las nuevas formas de relacionarse con el médico.

Precisamente, referente a la crisis de la relación entre el médico y el paciente, ésta se podría explicar desde el impacto estructural producto de la transición de políticas, ideologías e intereses a otras. Si bien esta clase de transiciones no son propias de ahora, la contundencia de los cambios sí. La imposición actual de órdenes diferentes a los cimentados en épocas anteriores, ha desbordado no sólo el carácter diádico y privado que ha distinguido al acto curativo sino que ha provocado nuevas tensiones en el ámbito relacional.

1.1 DESDE LO ESTRUCTURAL

Retoman J. Lázaro y D. Gracia la siguiente frase del médico decimonónico Schweningen, quien es citado a su vez por Pedro Laín Entralgo: *“Cuando yo veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta”*²⁴. La reflexión de ambos autores se dirige a que semejante metáfora no se le ocurriría hoy a nadie, pues la isla desierta se encuentra ahora habitada por una relación más amplia, es decir, la relación entre el enfermo sus familiares y amigos, y el médico, otros especialistas, personal de enfermería, auxiliares, asistentes sociales, administrativos, etc., quienes hacen parte del ‘centro sanitario’.

Desde luego, la intencionalidad de ellos era mostrar cómo un espacio para dos se fue transformando en un espacio para todo un ‘equipo sanitario’. La cuestión es que se quedaron cortos en los alcances reflexivos, puesto que a dicha isla continúan arribando hoy en día nuevos integrantes, además del personal sanitario. Se trata,

²⁴ LÁZARO J. y GRACIA D. La relación médico enfermo a través de la historia. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29. Suplemento 3. Pp. 7-17.

pues, de una serie de agentes conformados por individuos y entidades que hacen parte de un sistema complejo denominado sistema de salud. Es de resaltar que la mediación o la incorporación de actores diferentes a los directamente implicados traen consigo otras dinámicas que determinarán, en poca o gran medida, el cómo es la RMP.

En Colombia, siguiendo con la metáfora, el proceso de poblamiento de la isla se presenta en el transcurso del siglo veinte y se intensifica a partir de la ley 100 de 1993 con la puesta en marcha del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este Sistema participan no solamente los centros sanitarios, sino, además, otras instituciones públicas y privadas que intervienen, ya sea de manera directa o indirecta, la RMP. A continuación, el proceso.

1.1.1 El Sistema de Salud colombiano: antecedentes

En Colombia, como en los demás países donde predomina la medicina occidental, el tema de la salud se entiende, básicamente, dentro de los límites del Sistema de Salud y de las políticas de seguridad social. En el caso nacional, la fundación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales ICSS y la Caja Nacional de Previsión entre 1945 y 1946, dio inicio al conjunto de acciones y servicios que proporcionarían la protección a los ciudadanos en el campo de la salud²⁵. La Ley 90 de 1946, sancionada por el entonces Presidente de la República Mariano Ospina Pérez, se materializó en abril de 1947 cuando fueron inscritos el primer grupo de asegurados:

(...) fueron 31 mil 500 trabajadores (21 mil hombres y 10 mil 500 mujeres). Tres meses después de la primera afiliación, las empresas inscritas sumaban 6 mil 181 y las personas vinculadas eran 46 mil 627.

La clase trabajadora colombiana logró ser protegida por el naciente ICSS frente a los riesgos de enfermedad común y maternidad a partir

²⁵ JARAMILLO Pérez, Iván. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. FESCOL, Bogotá, 1999.

*de 1950, accidentes de trabajo y enfermedad profesional desde 1965, e invalidez, vejez y muerte a partir de 1967*²⁶.

Nótese que estas primeras medidas gubernamentales iban dirigidas, con naturaleza jurídica obligatoria, sólo al ciudadano con empleo formal. Podría decirse, entonces, que hubo desde siempre una relación directa entre productividad y la instauración de sistemas de servicios médicos: así fue en Alemania y Rusia, cunas de los primeros sistemas, y así fue en Colombia.

Dicha tendencia de fraccionamiento de la población continuó, con cierta ambigüedad y desorden, hasta finales de la década de los 60. Durante este periodo, como lo señala Mario Hernández, funcionaban paralelamente cinco sistemas, así:

Los servicios sanitarios privados para los sectores ‘pudientes’ de la población en consultas o clínicas independientes; una multiplicidad de ‘seguros obligatorios de salud’ que atendían a los trabajadores formales o asalariados de los sectores público y privado; una red de centros de atención a los pobres mediante dos estrategias basadas en la caridad: la red pública bajo el nombre de ‘asistencia pública’ y la privada bajo la denominación de ‘beneficencia’; un sistema público de atención y control de epidemias y enfermedades de alto impacto colectivo denominados ‘salud pública’; y el conjunto de todas las prácticas médicas ‘populares’ no científicas producto del sincretismo cultural acumulado (...)’²⁷.

Los intentos por parte del Estado colombiano por implementar un sistema sanitario único que cobijara a todos sus ciudadanos, sólo vino arrojar resultados en 1963 por medio de la expedición de la Ley 12. Allí se ordenaba el desarrollo de tal sistema

²⁶ RUIZ Marín, Luz Adriana. Seguro Social, ¿para siempre? U-235 In Memoriam. Consultorio de Seguridad Social Integral. Universidad de Antioquia. Medellín No 2, junio de 2008.

²⁷ HERNÁNDEZ Álvarez, Mario. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: la salud está grave, una versión desde los derechos humanos. AAVV, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y desarrollo – Provea, Bogotá 2000. Páginas 137-138.

que, debido a varios inconvenientes, sólo pudo tener los efectos deseados en 1969 con la creación del Plan Nacional Hospitalario. Ya para mediados de los años 70 se diseñó el Sistema Nacional de Salud como resultado de las negociaciones realizadas por los actores políticos de la época. La creación del Decreto extraordinario 056 de 1975, puso de manifiesto la consumación de un sistema compuesto por instituciones que procuraría la salud de los colombianos en los niveles de promoción, protección, recuperación y rehabilitación²⁸.

Conviene subrayar que las políticas en salud pública expedidas por el Estado colombiano hasta finales de la década del 70 y principio de los 80, están enmarcadas en lo que se conoce como Estado interventor, planificador y centralista. Esta forma de organización política define el papel del Estado como proveedor, lo que implica la asunción de responsabilidades para garantizar a los ciudadanos la protección de las necesidades o derechos sociales. En el cumplimiento de tal finalidad, los Servicios Seccionales de Salud realizaban todas las funciones que desarrollan hoy día los actores administrativos y de prestación del servicio de salud del Sistema, esto es, diagnosticaban el estado de salud de la sociedad, planificaban los servicios, administraban recursos, nombraban el recurso humano, vigilaban, controlaban e inspeccionaban los recursos físicos y financieros de modo general, en suma, representaban los roles de juez y de parte.

Durante el tiempo que duró este modelo de seguridad sanitaria en Colombia, la mayor crítica fue en el terreno del acceso, pues sólo se le prestaba asistencia médica, como ya se anotó, al trabajador formal. Quienes no tenían dinero para costear los servicios médicos eran asistidos por entidades de beneficencia como la iglesia y los asilos de caridad. Precisamente, fue el concepto de caridad, entendida desde las bases católicas nacionales, lo que transversalizó el tema de la salud. Incluso ahora, como se verá más adelante, la caridad continua definiendo las relaciones sociales al interior del Sistema de Salud.

²⁸ PALACIO, Luis Carlos. El papel de la salud y la enfermedad en la conquista del territorio colombiano: 1850-2000. En: PALACIO, Germán. Naturaleza en disputa: Ensayo de historia ambiental en Colombia 1850-1995. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Instituto colombiano de Antropología e Historia, 2001. Páginas 275 y 276.

Es oportuno ahora preguntarse por el papel de los directamente implicados, o sea, el médico y el paciente, en el proceso de conformación del primer sistema de salud nacional. Afirma Mario Hernández, con respecto al gremio médico, que en Colombia, a diferencia de otros países como Estados Unidos, no tuvieron gran injerencia en la conformación del Seguro Social a pesar de que su opinión relativa a esta forma de ampliación de servicios sanitarios fue de oposición radical:

“Su lucha gremial estaba contra la socialización de la medicina, la estatización y la burocratización del médico, el libre ejercicio de la medicina y de la iniciativa privada, porque esto era connatural al ejercicio de una profesión tan libre como la medicina”²⁹.

Así las cosas, aún teniendo en cuenta el estatus social del médico en aquella época, fueron otras fuerzas las encargadas de direccionar el proceso hacia la consolidación del Seguro Social. Participaron, entonces, industriales, comerciantes, líderes de los partidos políticos liberal y conservador, el movimiento obrero y campesino, entre otros grupos provenientes del sector medio³⁰. Como se aprecia, tampoco aparecen organizaciones o grupos que representen los intereses de los hoy llamados pobres y vulnerables. Quienes intercedían por este sector de la población fue la iglesia, la cual tenían intereses muy claros en la ‘ayuda’ brindada, es decir, la adhesión al orden católico.

1.1.2 Beneficencia y caridad: construcción de una estructura

Para comprender la lógica asistencial de beneficencia y caridad en torno a los servicios de salud para los pobres en Colombia, es preciso retroceder en el tiempo hasta llegar a mediados del siglo diecinueve, en el contexto del Estado liberal radical. Durante este periodo, narra Hernández, se crearon varias juntas de Beneficencia en los Estados Soberanos para atender a los pobres por medio de la

²⁹ HERNÁNDEZ, Mario. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. En: Cartilla de Seguridad Social. Organización panamericana de la salud. Memorias Seminario Taller Nacional Salud para todos, resultados y retos para el siglo XXI: Balance de la Reforma Sectorial, 1998. Pp. 21-43.

³⁰ *Ibíd.*

caridad privada, esto es, donaciones resultado de loterías, rentas a licores y aportes de personas adineradas.

Más adelante, con la alianza entre el Estado y la Iglesia en 1887, el Concordato, la atención a esta población pasó a asumirse por los organismos religiosos los cuales, al comenzar el siguiente siglo, ya administraban, además de los ya mencionados recursos económicos, los aportes de líderes regionales y locales, dueños de tierras y comerciantes.

Los aportes de privados a la iglesia tenían una intencionalidad clara: visibilización social para alcanzar el cumplimiento de intereses políticos, económicos y sociales. La generosidad de las contribuciones era directamente proporcional a la buena reputación social. Los curas, desde púlpito, mencionaban los nombres de los 'benefactores'. De este modo, las donaciones realizadas a instituciones de beneficencia como "hospitales, asilos para indigentes y locos, orfanatos, ancianatos y todo tipo de casas y comedores comunales" se convertían en una efectiva estrategia para quienes tuvieran aspiraciones políticas.

Es de aclarar que la 'asistencia caritativa' no iba dirigida a todos los pobres, sino a quienes fueran 'merecedores'. En la lista no aparecían ni delincuentes ni vagabundos ni desconocidos por la parroquia de la región, y sí los pobres 'buenos' y obedientes de los mandatos de la iglesia.

Por otra parte, a principios del siglo veinte, el Estado colombiano aprobó una serie de leyes dirigidas a desembolsar auxilios permanentes para algunas instituciones de caridad. En vista de que nunca fueron suficientes, pues eran más los pobres enfermos, el porcentaje presupuestal fue aumentando significativamente durante las tres primeras décadas hasta alcanzar cifras importantes. Destaca en el presente punto el autor que, *"(...) este crecimiento presupuestal nuestra una relación cada vez mayor entre la caridad privada y el papel del Estado. Pero este último se*

concebía como el ‘estímulo y apoyo’ a la iniciativa privada, no como una responsabilidad directa”³¹.

Al anterior panorama se le suma la forma de producción agrícola que caracterizaba a la sociedad colombiana de finales del siglo diecinueve y comienzos del veinte. En el contexto de beneficencia, las implicaciones de este modelo de trabajo trajo consecuencias trascendentales, puesto que se comenzó a asociar las relaciones hacendarias, o sea, entre patrón y campesino, con las relaciones de beneficencia. Dicho de otro modo, la beneficencia exigía obediencia de la misma forma que el campesino obedecía al patrón.

En suma, la estructura de la caridad y la beneficencia pública se fue tejiendo con la unión de los intereses religioso, estatal y privado. Cada uno le dio un matiz diferente al tiempo que apuntaban a un mismo lugar: hacer de la asistencia pública un mecanismo para el control de los pobres. Así concluye el autor cuando afirma: *“la misericordia fundamentaba la caridad, y ésta exigía obediencia”³².*

1.1.3 La reforma al Sistema de Salud Colombiano: hacia un modelo de mercado

Las causas que generaron la reforma al Sistema de Salud colombiano no procedieron de los intereses propiamente nacionales. Así como los ideales políticos y económicos internacionales se fueron ajustando a los contextos sociales a lo largo de la historia nacional, así mismo se fueron incorporando políticas sanitarias provenientes del mundo occidental a partir de la década de 1980. Por aquellos tiempos, un nuevo modelo de corte económico comenzó a generar cambios sustanciales en las estructuras sociales de la mayoría de los países basados en el orden capitalista. Se trata del Neoliberalismo.

Brevemente, el modelo Neoliberal surgió como respuesta a la crisis del petróleo que afectó el sistema capitalista en 1973. A partir de este suceso se comenzó una escalada de críticas contra al papel del Estado en asuntos propiamente económicos.

³¹ HERNÁNDEZ, Mario. Salud fragmentada en Colombia, 1910-1946. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. 2002. P 42.

³² *Ibíd.* P 44.

Se decía que el Estado, denominado entre los años de 1930 y 1970 en algunos países de Europa como Estado de Bienestar, era el responsable de la crisis, puesto que afectaba, debido al elevado presupuesto producto de la inversión social, las ganancias de las grandes empresas. El triunfo de las posturas neoliberales a partir de 1980 se materializaron en los países afectados por la crisis a través de una serie de planes de ajuste y recortes en el presupuesto en los campos que atañen a la seguridad social, entre esos el campo de la salud.

Paralelamente, en los países de América Latina, los Estados con sistemas de protección social se fueron desmontando a raíz de la acumulación de la deuda pública sufrida también en la década de los 80, producto del endeudamiento generado por las políticas sociales de dichos Estados en materia de salud pública. Las causas de la deuda se debieron a que, después de la segunda guerra mundial, se comenzó a generar un significativo crecimiento en las economías latinoamericanas, lo que implicó también un incremento desmedido por parte de los gobiernos en la financiación y cobertura de la atención médica. Ello hizo que dichos Estados tuvieran que apelar a créditos internacionales a través del Banco Mundial BM y el Fondo Monetario Internacional FMI, los cuales establecieron las condiciones de los pagos.

...como condición para extraer créditos a corto plazo para pagar o refinanciar la deuda pública, el BM y el FMI exigieron la reducción de la participación del sector público en la gestión de actividades comerciales, de servicios públicos y la reducción de los servicios sociales. Siguiendo esta lógica, el BM promovió y empezó a financiar de reformas de los servicios de salud, uno de cuyos pilares fue la privatización de los mismos³³.

Este mismo proceso de direccionamiento hacia el modelo Neoliberal fue implementado por Colombia a través del Decreto 77 de 1987 y Ley 10 de 1990, y se

³³ HOMEDES N., Y UGALDE A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. En: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv16n1/original6.pdf> Consultado el 5 de Marzo de 2009.

acentuó con la Ley 60 de 1993, cuya ejecución estuvo sustentada con recursos financieros de Banco Mundial por medio del proyecto llamado ‘Consolidación del Sistema Nacional de Salud’. El resultado de tal proyecto, que comenzó realmente en 1993, desembocó en la descentralización de la administración pública nacional, así mismo se constata en la Constitución Política de 1991 en su primer artículo³⁴. De igual forma, se consagran los servicios de salud y la seguridad social como servicios públicos a través de los Artículos 48 y 49, así:

Artículo 48. *La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.*

Artículo 49. *La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.*

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Como se ve, la carta constitucional de 1991 redefine la relación entre Estado y sociedad, en el que el papel del primero pasa a ser de proveedor a regulador. Con

³⁴ **Artículo 1.** Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

este giro estatal se pretendía, básicamente, cumplir tres grandes objetivos: globalizar la economía, modernizar el Estado y descentralizar la administración. De igual forma, el nuevo papel le permitiría al Estado, por una parte, darle solución a los requerimientos externos, es decir, a las entidades financieras internacionales (BM y FMI) y, por otra parte, liberarse de las cargas económicas provenientes de la seguridad social. Aunque 1991 fue el año de profundas transformaciones en materia de salud, sólo fue hasta 1993 a través de la Ley 100 que se inicia, o mejor, se crea el Sistema de Seguridad Social en Salud.

Por otra parte, también en este nuevo proceso de creación del Sistema General de Seguridad Social, tanto los médicos como la población pobre y vulnerable no tuvieron incidencia. Dice Hernández, que el gremio médico entró al debate sobre seguridad social y salud con grandes divisiones entre los tres subsectores del sistema de salud. Uno de ellos, la Academia, se enfocó en el problema de la dignidad del acto médico frente a la mercantilización de la medicina. Otro, la Federación Médica, *“(...) se dedicó a buscarle una salida a la medicina prepagada que había manejado desde 1959 como ‘Seguros Médicos Voluntarios’. La idea de abrir el mercado sonaba bien y trató de adaptarse rápidamente al nuevo sistema que se veía venir sin obstáculos.”*³⁵ Y la última, la Asociación de Facultades de Medicina, se dirigió a la formación profesional de los médicos.

La pregunta que surge aquí es: ¿Si el sector médico, con todo el prestigio y organización que los caracteriza, no pudo incidir en los procesos de reforma, qué puede esperarse de la población subsidiada? Este tipo de ausencias por parte de los ‘pobres’ se podría explicar desde el concepto de caridad utilizado como una forma de acceso a los servicios de salud. En la lógica relacional de caridad no existe horizontalidad, pues quien recibe la atención es situado en un nivel inferior que no tiene participación, o tiene muy poca, en el desarrollo de la interacción médica. Este punto se retomará más adelante.

³⁵ HERNÁNDEZ, Mario. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. En: Cartilla de Seguridad Social. Organización panamericana de la salud. Memorias Seminario Taller Nacional “Salud para todos, resultados y retos para el siglo XXI: Balance de la Reforma Sectorial, 1998. Pp. 21-43.

1.1.4 La Ley 100 de 1993: la materialización del modelo de mercado

Una de las reformas más importantes en la historia de Colombia por su impacto social fue la Ley 100 de 1993. Allí se vertieron un conjunto de normas administrativas, financieras, científicas y de control que modificó completamente en funcionamiento de la seguridad social del país. Una de las aristas neurálgicas fue justamente el Sistema de Seguridad Social en Salud, cuya finalidad se orientaba “(...) a regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención (...)”³⁶, bajo la regulación del Gobierno Nacional.

Grosso modo, el modelo de salud pública colombiana planteado por la Ley 100 puede verse como un sistema de mercado regulado de aseguramiento en salud, en el que concurren agentes de propiedad privada, con y sin ánimo de lucro, y agentes de propiedad estatal³⁷. A diferencia del sistema anterior que privilegiaba el financiamiento a la ‘oferta’, es decir, el Estado subsidiaba a una red pública de centros asistenciales en salud para aquellos que presten a quien necesite una asistencia gratuita o a muy bajo costo, el modelo de financiamiento del actual sistema de salud es a la ‘demanda’ el cual supone el pago de un subsidio sanitario por cada uno de los usuarios del sistema de salud que carece de fondos para cotizar a la seguridad social en salud. El subsidio no se les paga a las personas, sino que consiste en una ‘prima’ de aseguramiento por las contingencias en salud de estos ciudadanos las cuales se cancelan directamente al Sistema de Seguridad Social en Salud en calidad de cotización por la afiliación de las personas sin recursos al Sistema³⁸.

El sistema reconoce dos tipos de regímenes de aseguramiento: el Contributivo y el Subsidiado. Las personas con capacidad de pago hacen parte del primero: Régimen

³⁶ Ley 100, Artículo 152, inciso 2.

³⁷ HERNÁNDEZ Álvarez, Mario. Neoliberalismo en salud: desarrollos supuestos y alternativas En: La falacia neoliberal. Críticas y alternativas. Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Ediciones Antropos Ltda. Bogotá 2002. Páginas 353-354.

³⁸ ARBELÁEZ Rudas, Mónica. Derecho a la salud en Colombia. El acceso a los servicios del Sistema General de seguridad Social en Salud. Ediciones Antropos Ltda. Bogotá 2006. P 171

Contributivo RC, y los individuos que demuestren ser pobres pertenecen al segundo: Régimen Subsidiado RS. Dado que desde el principio se tenía presente que, por razones presupuestales, iban a quedar personas por fuera de ambos regímenes, se estableció un tercero llamado Régimen Vinculado o Régimen para Pobres no Asegurados³⁹. Éste se entendió como un Régimen de transición mientras se cumplía el mandato Constitucional de cobertura total.

Pues bien, para prestar los servicios, administrar los recursos y afiliar a los usuarios se crearon las Empresas Promotoras de Salud EPS, las cuales, a su vez, contratan a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS, antes llamadas hospitales o clínicas, que son las que finalmente atienden a las personas. La Ley 100 distingue dos clases de aseguradoras: Las EPS encargadas de la población afiliadas al Régimen Contributivo y las EPS-S (antes llamadas ARS) encargadas de la población perteneciente al Régimen Subsidiado. Los del Régimen No Asegurado son financiados por las Entidades Territoriales a través de la red hospitalaria estatal.

Una de las características del escenario del mercado regulado sobre el que se sustenta el Sistema de Salud nacional, tiene que ver con sus límites financieros. Para no sobrepasarse en costos, el sistema ofrece un paquete de servicios, intervenciones y procedimientos a todos los afiliados, estos son, las Acciones Colectivas del Plan Territorial de Salud (antes de la ley 1122 de 2007 –reforma de la Ley 100- Plan de Atención Básica) y el Plan Obligatorio de Salud. El primero va dirigido de manera gratuita a toda la población; y, el segundo, se centra en las personas que tienen alguna clase de aseguramiento, es decir, los afiliados ya sea al Régimen Contributivo o Subsidiado. Es de aclarar que existen dos clases de POS: uno para quienes pertenecen al RC llamado POS Contributivo (POS-C) y otro para quienes pertenecen al RS denominado POS Subsidiado (POS-S). La diferencia entre uno y otro es simple: quien paga más, recibe más.

³⁹ De acuerdo con algunas modificaciones realizadas al Sistema de Salud a través de la Ley 1122 de 2007, decidió llamarse al tercer Régimen ‘Pobres No Asegurados’, pues el término ‘Vinculado’ no definía exactamente la situación de las personas que se encontraban por fuera de los dos Regímenes establecidos.

Sobre la forma en la que opera y se relacionan los anteriores agentes en el mercado de atención, Mario Hernández explica:

Una vez regulada la competencia entre aseguradores, se supone que el juego de las expectativas racionales, las elecciones individuales y el equilibrio general del mercado debe funcionar bien en las relaciones económicas entre el usuario, el asegurador o Empresa Promotora de Salud (EPS) y el prestador o Institución Prestadora de Servicios (IPS), en virtud de la libre elección del usuario y la competencia regulada de los oferentes. Se espera que cada uno de ellos se comporte como un agente racional del mercado, con los incentivos y obstáculos que el sistema define. De allí debe resultar la eficiencia y la eficacia en la distribución de los bienes privados que son los servicios de atención médica⁴⁰.

Cabe anotar que el Sistema de Salud nacional funciona a través de combustible económico, es decir, sin recursos, sin dinero, no hay Sistema. Por este motivo existe gran dependencia del Sistema con otros campos sociales como el laboral. Incluso, una de las condiciones ya previstas para poner en marcha la maquinaria sanitaria a principios de los años 90 debía de ser que al menos el 70% de la población estuviera laborando para subsidiar al otro 30%.

En suma, las estrategias, las dinámicas, las funciones y el sentido del Sistema General de Seguridad Social en Salud fueron cimentadas bajo los estándares del capitalismo neoliberal, lo que produjo los mayores cambios en las formas de percibir la salud y de sus actores directos: el médico y el paciente.

1.1.5 Acerca de la noción de salud

La noción y significación de salud en Colombia ha tenido constantes modificaciones a lo largo del siglo veinte. Se trata, pues, de un concepto dinámico que ha trascendido de acuerdo a la conceptualización realizada en diferentes momentos históricos los cuales son resumidos por Víctor de Currea-Lugo, así:

⁴⁰ HERNÁNDEZ, 2002, Op. Cit., Página 357.

...hasta 1936, la salud se abordó prioritariamente desde la caridad y la beneficencia; desde 1936 hasta 1946, la salud se trató como un deber subsidiado del Estado y como un derecho para exigir a terceros. Desde 1946 hasta 1990, la salud se entendió como un derecho de los trabajadores; finalmente, desde 1990 hasta 1991, se miró el derecho a la salud como un derecho al servicio (...) en 1991 [,] con la nueva constitución [se entiende] la salud como un derecho constitucional⁴¹.

Mirándolo de este modo, pueden interpretarse varias cosas. Una, la RMP hasta 1936 estuvo mediada por la verticalidad que lleva implícita el acto caritativo, es decir, la autonomía, en este escenario, se ve reducida ante la lógica de caridad y de beneficencia, pues el paciente no posee mecanismos ni morales ni legales para exigir o participar, al mismo nivel de médico, de su propio proceso de sanación en el marco del sistema de salud.

Dos, se puede decir que la estrategia de prestación pública asistencial establecida desde 1936 hasta 1946 es retomada por ley 100 de 1993 en cuanto a su noción de subsidio. Ello porque el subsidio de la década comprendida entre el treinta y el cuarenta estuvo relacionado con aquella caridad y beneficencia, mientras el subsidio al que se refiere la ley 100 se relaciona con el derecho. La diferencia, básicamente, radica en los mecanismos legales que trae consigo dicha norma para reposicionar el papel del paciente quien no sería tratado o percibido por el médico con ‘compasión’, sino, por un lado, como un ciudadano con la facultad de exigir todo aquello que la ley o la autoridad establece en su favor y, por el otro, como un consumidor y un cliente que puede exigir calidad no solamente a su interlocutor –el médico- sino también a los demás actores que hacen parte del sistema de salud.

Tres, a pesar de la incursión del concepto de ‘derecho’ en el ámbito de la salud a partir de 1946, éste sólo estuvo asociado con quienes pertenecieran al sector laboral formal, dejando por fuera al resto de la población. Por lo tanto, este tipo de

⁴¹ CURREA-LUGO, Víctor. El derecho a la salud en Colombia diez años de frustraciones. Bogotá. Ediciones Antropos. 2003. P 82.

exclusiones pudieron haber creado ambigüedades e incoherencias en aquellos ciudadanos, puesto que el derecho se ve asociado con lo laboral, es decir, con la producción y el dinero.

Y cuatro, teniendo presente el anterior panorama, se puede entender la dificultad que han tenido los pacientes-usuarios del Régimen Subsidiado y los médicos en cuanto a la asimilación e incorporación de las nuevas dinámicas determinadas a partir de la ley 100. Se podría suponer que la noción de salud basada en la caridad, la beneficencia y el asistencialismo continúa operando en la RMP de hoy, mezclándose, además, con la noción de salud como derecho Constitucional la cual se encuentra enmarcada en una relación comercial. Dicha relación se da por dos razones: una, porque se delega en terceros (EPS-S) los servicios, y dos, porque se trata de una oferta de servicios de los cuales el ciudadano es consumidor y tiene la posibilidad de exigir calidad, como se mencionó arriba, e incluso elegir y cambiar de servidor con base en aquella evaluación de calidad.

1.2. DESDE LO RELACIONAL

¿Qué es lo propio de la relación médico-paciente?

Es importante recalcar que esta relación se inicia desde un sujeto que busca ayuda y comprensión para aliviar el sufrimiento y restablecer su salud. El sujeto lleva su 'pathos' o afectación –de allí la denominación de paciente- al médico en cuyo saber para significar y resolver su malestar confía. La relación se inicia con el relato del paciente y la manifiesta voluntad de escucha del médico, quien no actúa de codificador de información sino como un atento escucha de lo que el otro como otro expresa⁴².

Al igual que la respuesta de Kottow Bustos, cuando se busca una definición de relación médico-paciente se desemboca, fácilmente, en una lista de características, valores y modelos que muestran, como una imagen fotográfica, el 'cómo debería ser' o el 'cómo debería darse' la interacción entre ambos. Así, entonces, podría

⁴² BUSTOS, Kottow. Antropología médica, editorial: Mediterráneo .Barcelona. 2005. p. 119.

decirse que existe una tendencia a evaluar, a calificar, a través de la comparación, los procesos, los resultados y la misma interacción del acto médico.

Justamente, producto de la comparación entre el 'cómo debería ser' o el 'cómo debería darse' la RMP y el cómo se presenta esta en la realidad, es que surgen sensaciones y aseveraciones de crisis como la vivida en la actualidad. El paciente, al ingresar al consultorio, busca en el médico no aquel sujeto detrás de la bata blanca, sino al individuo cargado de valores y significaciones construidos a partir de relatos sociales o experiencias propias o de otros. A su vez, el médico hace lo mismo con el paciente. Cuando alguno de los dos, o los dos al tiempo, sienten que el otro no encaja en las representaciones que tiene, e incluso en los estereotipos⁴³ compartidos con otros pacientes, pueden aparecer tensiones e insatisfacciones de tipo relacional. Así las cosas, se podría decir que la discordancia entre las representaciones del otro –incluyendo los estereotipos personales– y modelos relacionales, de uno y otro lado, es lo que produce la tensión y, posteriormente, la percepción de crisis.

1.2.1 El médico y su quehacer: construcción y deconstrucción de un estereotipo

Retomando lo mencionado por Bustos, sobre lo propio de la RMP, pueden observarse algunas de las características básicas que han definido al médico, como estereotipo, desde antaño. Se hace referencia, pues, al conocimiento, a la voluntad de escucha y a la confianza. La primera se centra en toda la información relativa a la fisiología humana que posee el médico. La manipulación de esta clase de datos se ha concebido como una herramienta de poder que ha posicionado a su obtentor en un ser privilegiado socialmente.

⁴³ El término estereotipo puede entenderse como aquella imagen o idea abreviada, colmada de valoraciones construidas desde la experiencia colectiva e individual, que se repite y se reproduce con pocas variaciones. Puede, como lo advierte Cremades (1991), representar una opinión generalizada que se fundamenta en una idea preconcebida y que se impone como molde o cliché a los miembros del grupo que se refiere. Si bien el estereotipo se vincula normalmente con unas características negativas, pues se relaciona con acciones discriminatorias y prejuicios sociales, aquí se tendrá en cuenta, además de ello, las características positivas.

Así mismo, la segunda se refiere a la disposición constante del médico para conocer la afectación del paciente. La palabra voluntad está relacionada con otras como cariño, afición o afecto, según la Real Academia de la Lengua Española. Por último, se encuentra la confianza, soporte esencial en toda relación humana. Esta se relaciona además con términos como la esperanza, la seguridad, la familiaridad, entre otros, de acuerdo con la misma fuente.

Similarmente, el filósofo David Ross propuso tres principios –aquí características- sustanciales en el perfil médico. Ellos son: autonomía, beneficencia –no maleficencia y justicia-. En este mismo sentido, Pedro Laín Entralgo, apoyándose en las reflexiones de Hipócrates sobre el médico y su profesión, señala otros valores propios de aquel ‘debería ser’. Se trata de la amistad, el amor y la compasión.

El hilo conductor que atraviesa las características señaladas por Bustos, Ross y Entralgo, en relación con la construcción idealizada del médico, se resume en una sola palabra: lo humano. El médico ‘humano’ se entiende como aquel que reúne los valores más trascendentales que brotan en relación con el paciente, como los mencionados arriba. Lo paradójico es que se mencione tal cualidad teniendo presente que lo realizado por el médico es un acto humano destinado para humanos. Sin embargo, se entiende el significado de dicha palabra en cuanto ésta se refiere a la acción de resaltar atributos humanos como la dignidad, el respeto por la vida y el sufrimiento del otro.

Como se ve, el médico ha sido asociado con una serie de cualidades y valores que lo han hecho comparable, incluso, con dioses y semidioses o, en su defecto, padres sacerdotales en diferentes lugares y épocas. Después, cuando éste comenzó a devengar un salario por su labor sanadora, la diferencia con otro tipo de profesiones se hizo notar, llevándolo a ocupar los lugares más destacados de la escala socioeconómica. Así lo demuestra el estudio realizado en 2007 por la Defensoría del Pueblo⁴⁴ en todo el país, el cual resalta, a pesar de la Ley 50 de

⁴⁴ Óp. Cit. Pag.47.

1990⁴⁵, que la distribución de acuerdo al estrato socioeconómico de los médicos, mantiene una tendencia alta, es decir, se ubican en los estratos 4, 5 y 6⁴⁶.

Ahora bien: la anterior imagen también tiene otro lado: la de su deconstrucción. Con la puesta en marcha de la Ley 100 de 1993 y, con ella, del actual Sistema de Seguridad Social en Salud, el médico se ha visto afectado, desde diversas perspectivas, por la incorporación de intereses diferentes a los definidos antaño.

Una de esas perspectivas tiene que ver con los roles o posturas que el médico tiene que asumir, diferentes a su profesión, dentro del marco del sistema de salud. Por ejemplo la de administrador, en la medida que debe llenar formatos y otros tipos de actividades burocráticas; la de empleados eficientes y productivos; la de médicos éticos y responsables; entre otros roles que les asignan los pacientes. Añádase a lo anterior que son ellos los que finalmente dan la 'cara' en el cruce de redes institucionales e intereses como lo afirma Víctor de Currea-Lugo:

...es comprensible que, en la cotidianidad de los consultorios y de los hospitales, se culpe por la fallas del sistema a las personas concretas (médicos, pacientes, etcétera), a su cara pública (el empleado hospitalario), al último eslabón de una serie de decisiones y nunca al propio sistema⁴⁷.

En este mismo sentido, dice Gabriela Manitta que son precisamente los médicos sobre los que recae el peso de estas transformaciones en el campo de la salud. Advierte la autora, que el médico se encuentra atrapado entre las responsabilidades

⁴⁵ La Ley 50 por la cual se introducen reformas al Código Sustantivo del Trabajo y se dictan otras disposiciones. Según Estrada, "(...) la ley 50 transformó las llamadas instituciones laborales, modificó sustancialmente las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo en Colombia al exponerla a un régimen más inestable y barato, generó unas condiciones más favorables para la rentabilidad del capital y constituyó, de esa manera, un marco jurídico institucional propicio para una redistribución regresiva del ingreso, que habría de castigar los fondos de consumo de la población, al tiempo que animó aquellos de la acumulación". (Estrada: 2004; p 72)

⁴⁶ Antes de la Ley 100 la tendencia era ubicarse en los estratos 5 y 6. Ahora, debido a la ley 50 bajó un escalón según algunos estudios de la Defensoría del Pueblo de Colombia.

⁴⁷ CURREA-LUGO, Víctor. Óp. Cit. P 15.

éticas y profesionales de su quehacer y las responsabilidades económicas que exige los intereses institucionales.

Del lado del médico encontramos la exigencia de la eficacia, de efectividad, en una época seducida por los resultados tecnocientíficos. El médico es sometido todo el tiempo a evaluaciones de eficiencia. La eficiencia se asocia a la rapidez del diagnóstico y al uso adecuado de la tecnología. La salud se ha convertido en una industria donde los procedimientos deben ser rentables (...) Y el médico queda atrapado en una operación, en el cumplimiento de una norma que hace callar la pregunta por el sentido”⁴⁸

Por otro lado, desde la perspectiva laboral, el médico pasó de ser un profesional independiente, que atendía en consultorio privado con unos honorarios establecidos por él mismo, a ser un profesional asalariado sujeto a las normativas de las Cooperativas de Trabajo Asociado⁴⁹. Estos subcontratistas rompieron el vínculo contractual entre la empresa y el trabajador, haciendo que este último tuviera que regirse por las normas del intermediario, o sea, la cooperativa, y no por el Código Sustantivo del Trabajo⁵⁰. Las consecuencias de tal proceso es resumido por uno de los médicos entrevistados: “Trabajar más para ganar lo mismo”.

Por último, uno de los aspectos que más ha impactado al médico, a causa de las condiciones estructurantes, es lo relacionado con su autonomía. En vista de que la mayoría de los médicos son, después de la Ley 100, empleados de instituciones de salud, ha generado que el campo de maniobra para tomar decisiones relativas al paciente se haya reducido, y de manera más grave, que se impongan las lógicas de costos de las empresas sobre la autoridad médica, es decir sobre el conocimiento desde el cual se decide el tratamiento de los pacientes. Esto se evidencia hoy en las condiciones, precios, horarios, tratamientos, cirugías, medicamentos, entre otros,

⁴⁸ MANITTA, Gabriela. El malestar en la relación médico-paciente. Acta Bioética 2005; año XI, N1.

⁴⁹ El surgimiento de las Cooperativas Asociadas de Trabajo tienen sus antecedentes en la Ley 79 de 1988, marco del cooperativismo colombiano, y del Decreto 468 de 1990.

⁵⁰ Véase el informe titulado: Las CTA en el sector salud. La cadena del Dolor. En la edición N° 74 Revista **Cultura y Trabajo**, de la ENS. Junio de 2008.

que son, en gran medida, tomadas por las aseguradoras (EPS) y las instituciones prestadoras de salud (IPS).

La suma de las anteriores restricciones y constreñimientos, como la pérdida de autonomía, de condiciones adecuadas de trabajo y el cumplimiento obligado de nuevas funciones, lleva a que se perciba al médico de hoy como un profesional deshumanizado. En otras palabras, el hecho de que éste ya no se ajuste a la imagen idealizada de antes y deba engranarse a las demandas económicas, políticas e institucionales, distorsiona aquella imagen de ser omnipotente, caritativo o generoso construida a través de los años.

1.2.2 El paciente: roles dinámicos, posicionamientos estáticos

Así como al médico, al paciente también se le ha construido una imagen estereotipada que lo ha hecho ver como un individuo dependiente de las decisiones unilaterales del médico. Ello se debe, según Pedro Laín Entralgo, a que a lo largo de la historia se ha pensado en el paciente (él lo llama enfermo) como un ser imposibilitado desde lo biológico, debido a que su afectación lo pone en una situación de sufrimiento e invalidez, de dependencia e infantilización⁵¹.

Precisamente, tal postura dependiente e infantil del 'sufrido' frente al galeno es considerada, desde una concepción clásica, como una actitud valorada que hacía visualizarlo como un 'buen paciente'. Eran interpretadas como cualidades del 'buen paciente' el ser sumiso, confiado y respetuoso. La docilidad de aquel era comparada incluso con la de un niño bueno quien obedece a cabalidad las indicaciones del padre-médico sin hacer demasiadas preguntas⁵².

De la misma forma, tal imagen y tipo de posicionamiento del paciente en el ámbito nacional estuvo acompañada, además, de la noción de caridad y beneficencia que durante gran parte del siglo veinte caracterizó la asistencia médica, lo que reforzó, aún más, el mencionado estereotipo. Súmesele a lo anterior otro tipo de 'invalidez' del paciente, es decir, la 'invalidez económica', la cual puede constreñir, en buena medida, la posibilidad de entablar una relación menos vertical frente al profesional.

Pues bien, hubo un momento en que el paciente dejó de mirársele como aquel individuo pasivo y comenzó a percibirse, desde el Estado, como alguien activo, poseedor de un campo mucho más amplio para operar: se hace referencia, entonces a la Constitución de 1991. Vale aclarar que el paso anterior a ese nuevo paciente se presentó, puntualmente, en el campo ciudadano, es decir, la Carta

⁵¹ LAÍN Entralgo, Pedro. Qué es ser un buen enfermo. En: Ciencia, técnica y medicina. Madrid: Alianza, 1986. pp. 248-264.

⁵² *Ibíd.*

Constitucional de 1991 apuntó, primero, hacia la formación de un ciudadano más crítico y activo en los procesos democráticos del país. Ello a través de herramientas jurídicas cuyo objetivo fundamental se centraba en el fortalecimiento del ejercicio de la ciudadanía. Esta misma finalidad se aplicó al campo del sistema de salud, ofreciéndole a los pacientes mayores posibilidades de interacción con el médico.

Una forma de ilustrar lo anterior es por medio de los roles que los pacientes deben asumir dentro del sistema de salud colombiano. Así, quien 'padece una afectación en su cuerpo' ya no se denomina paciente sino usuario quien, a su vez, es cliente-consumidor y ciudadano. Esto significa que, es paciente en la medida que lleva su *pathos*; es usuario porque utiliza unos servicios de medicina que son ofrecidos por unos intermediarios que representan al Estado; es cliente-consumidor en la medida que tiene acceso a un rango de servicios, de los cuales existe la posibilidad de escoger entre los que más se ajusten a las necesidades individuales; y, es ciudadano porque está protegidos por unos derechos (también tienen deberes) en el marco de una Constitución.

A pesar de que el sistema de salud nacional, instaurado a partir de la Ley 100, abre espacios diferentes para desempeñar otros roles, en la realidad su funcionalidad opera diferente. Una de las razones tiene que ver con el desconocimiento de los usuarios frente a las dinámicas sistema de salud. Este hecho no sólo refuerza su posición de desvalido y de 'menor' sometido a las decisiones de su médico-padre sino que, cuando aquel pretende hacer cumplir sus derechos como ser autónomo - con derechos y deberes-, es interpretado por su interlocutor como 'exigente' 'demandante' o 'grosero', según las entrevistas realizadas a los médicos de la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez, las cuales se expondrán en el siguiente capítulo.

1.2.3 La RMP: modelos relacionales en discordancia

Un modelo relacional puede definirse como las posiciones, predisposiciones, intereses y deseos que tienen el médico y el paciente al momento de relacionarse. Son todas aquellas actitudes y maneras de pensar, obrar y conducirse dentro de un

espacio de interacción. Es, además, la preparación predicha, ya sea de uno u otro lado, con el fin de alcanzar alguna conveniencia o beneficio. Es, sobre todo, la forma como se presenta la autonomía de los actores en la acción.

Antes de pasar adelante conviene, también, puntualizar sobre los términos de: posición, predisposición e interés dentro del contexto de la RMP. Entiéndase la primera como los 'estados de ánimo', por parte de los directamente implicados, libres de referentes externos (opiniones, comentarios u otro tipo de información) que puedan impactar de forma positiva o negativa la interlocución entre los dos. La segunda se centra en las sensaciones y pensamientos anticipados, de parte y parte, que puedan interrumpir la espontaneidad de la interacción. Y, la tercera, son aquellas utilidades y provechos de orden moral y/o material que cada uno tiene respecto al otro.

Retomando el asunto, con base en la teoría bioética, se identifican cuatro clases de modelos relacionales en la RMP, ellos son: el paternalista, el informativo, el interpretativo y el deliberativo. En síntesis, el primero se refiere, en términos de autonomía, a la aceptación de parte del paciente de las decisiones y procedimientos tomadas por el médico. La segunda declara lo opuesto al anterior, esto es, describe *"(...) una estrategia en el que el médico comparte todos los hechos y datos verdaderos con el paciente, sin compartir su propia visión o sus valores personales. Esto permite al paciente tomar control total de las decisiones sobre la base de una información detallada y completa, lo cual permitiría tomar las decisiones sin interferencia externa alguna"*⁵³.

En la tercera se define el papel del médico como un 'consejero' quien le indica o le sugiere al paciente más no le impone. El respeto por la autonomía de este último es interpretado como una manifestación de su propia autocomprensión. Y en la cuarta, el médico también asume otro rol, pero esta vez, de 'maestro' o 'amigo', *"(...) Evitando la coerción y otros métodos de persuasión, el médico explora que tipo*

⁵³ COLD, Henri. Autonomía e identidad práctica. Pilares de la conducta ética de los médicos. Medicina. Buenos Aire. Volumen 66 – número 1, 2006.

de acción puede ser la más apropiada para este paciente considerando sus valores y los valores de su entorno cultural⁵⁴”.

Si se hace el ejercicio de ubicar la relación entre el paciente (pobre y vulnerable) y el médico en alguno de los anteriores modelos relacionales, se podría decir que ésta se ha mantenido en el ámbito paternalista a pesar de que la Constitución de 1991 y la Ley de 100 de 1993 apuntaban a instaurar relaciones más dinámicas y horizontales. La afirmación radica en la manera cómo ha sido concebida la salud desde el Estado para dicha población durante el siglo veinte y lo transcurrido del veintiuno.

Como se aludió más atrás, la noción estatal de salud, para quienes no tengan recursos económicos, ha pasado por varios momentos antes de la década de los 90 entre los que se encuentra la caridad y la beneficencia. Según la Real Academia de la Lengua Española⁵⁵, ‘caridad’ significa “Limosna que se da, o auxilio que se presta a los necesitados”. De igual manera, ‘beneficencia’ se define como “Conjunto de instituciones y servicios benéficos”. La palabra benéfico quiere decir “Perteneiente o relativo a la ayuda gratuita que se presta a los necesitados”. Visto así, durante ese periodo, quien padecía alguna afectación era visto como un ‘necesitado’ de ‘auxilio’ o, en el peor de los casos, como un ‘necesitado de limosna’. Es en este contexto que se entiende, entonces, el papel del médico como un padre que presta ‘auxilio’ a un paciente ‘necesitado’ y no a un paciente ciudadano.

Otra de las nociones que imperó antes de los 90 fue el de la salud como un deber subsidiado del Estado. Esta estrategia, entendida como una prestación pública asistencial de carácter económico, es retomada por la ley 100 e implementada a través del existente sistema de salud. Ello significa que el modelo anterior a dicha ley, basado en el asistencialismo y la caridad, es incorporado al modelo actual, pero centrado en una lógica de mercado. Una de las implicaciones que este suceso pudo haber generado que los beneficiarios de los subsidios, hoy inscritos al Régimen

⁵⁴ *Ibíd.*

⁵⁵ Versión virtual

subsidiado, no hayan sentido alguna clase de diferencia con respecto al cambio de modelo. Esto se refleja en el desconocimiento, casi que generalizado, por parte de los afiliados al Régimen Subsidiado en cuanto a sus derechos y deberes dentro del sistema de salud⁵⁶. Tal hecho debe, entre otras cosas, a la no asimilación de los nuevos roles por parte del médico y del paciente.

En suma, la llamada crisis de la RMP podría explicarse desde el impacto estructural, producto de la discordancia que existe entre el modelo relacional paternalista anterior a los años 90 y las exigencias del modelo actual, que pretende ser interpretativo y deliberativo. Las consecuencias de tal discordancia se manifiestan en expresiones como la deshumanización o despersonalización de la RMP tan utilizadas en la actualidad.

Grosso modo, esa crítica a la deshumanización de la Medicina tan pregonada en la actualidad, se puede entender como menosprecio de los atributos humanos, de la dignidad, la pérdida progresiva del uso de la palabra, la instrumentalización del paciente, poco respeto por la autonomía y la capacidad de decisión de los enfermos, la desigualdad en la prestación de los servicios sanitarios, la poca protección que tiene el modelo actual en lo relacionado con la vida y la salud⁵⁷.

1.2.4 A modo de conclusión

Cómo se ha visto, al consultorio, hoy día, no asisten sólo el médico y el paciente, sino que acuden, a través de ellos, políticas, ideologías e intereses, nacionales e internacionales que desbordan el carácter diádico y privado que ha identificado el acto curativo. Es preciso aclarar que si bien la intervención de aquellos elementos no es propia de esta época, la radicalidad y la velocidad de los cambios sí.

⁵⁶ Véase los resultados de la encuesta realizada a 330 médicos por Alejandro Cardoso. La encuesta fue realizada como parte de su trabajo de grado en Antropología. El trabajo se tituló: La relación médico-paciente en el entorno de la ley 100. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Antropología. Universidad de Antioquia. 2007.

⁵⁷ GÓMEZ Gallego, Rocío. La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad. Ed. Bellavista. Bogotá. 2006. P 87

La Ley 100 de 1993 es un ejemplo de dicha aceleración, puesto que le dio un vuelco a la estructura sanitaria sobre la cual se había fundamentado la relación entre el médico y el paciente en Colombia. Una estructura caracterizada por condensar estereotipos y roles que determinaban, de cierta forma, las maneras de pensar dialogar y actuar de ambos durante la interacción.

No obstante, a pesar de las pretensiones de la ley 100 de querer construir unas dinámicas diferentes a las establecidas antes de la década de los 90's para que se ajustaran a los ritmos y demandas globales, no se han podido lograr. Ello se evidenciará en el siguiente capítulo cuyo propósito es mostrar cómo coexisten, en la cotidianidad de una de las Unidades Hospitalarias pertenecientes a Metrosalud, estructuras cimentadas tanto los conceptos de caridad, beneficencia y paternalismo, por un lado, y conceptos de derecho, mercado y autonomía, por otro.

2. LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN LA UNIDAD HOSPITALARIA

JAIME TOBÓN ARBELÁEZ DE CASTILLA

El presente capítulo trata sobre las formas de relación entre médicos y los pacientes en las áreas de urgencias y de hospitalización de la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez, de Castilla. Teniendo presente que cada encuentro entre estos actores se destaca por su complejidad y pluralidad, es decir, no hay homogeneidad en la vivencia y tampoco en las representaciones, se visibilizará algunas generalidades o tendencias que atraviesan la interacción médica en la cotidianidad de dicha IPS. Así mismo, se caracterizarán los tipos de médicos, según los pacientes y, los tipos de pacientes, según los médicos que allí se encuentran.

2.1 SOBRE LOS CONCEPTOS DE MÉDICO Y DE PACIENTE

Antes de pasar adelante conviene hacer algunas precisiones conceptuales. Lo primero es que, cuando se hace referencia al médico y al paciente, se está asumiendo que estos dos agentes no son categorías fijas, por el contrario, hacen parte de categorías variables con relaciones igualmente variables. Dicha aclaración radica en la necesidad de reconocer la RMP como una relación que se presenta en un entorno complejo el cual varía de acuerdo a contextos, situaciones y estructuras.

Lo segundo tiene que ver con las categorías ‘médico’ y ‘paciente’ como tales. Según Joaquín Ocampo Martínez, estas dos categorías (él las llama denominaciones) son poco precisas hoy, pues:

“(…) por un lado, porque el médico no es el único que brinda atención a la salud de los individuos, también está la enfermera, el odontólogo, el psicólogo clínico y otros más, cuya relación con el individuo es tan intersubjetiva y humana como la de aquél... Por otro lado, tampoco es necesariamente un paciente el que solicita este tipo de atención. En muchos casos, el objetivo de la consulta es determinar si se está

*o no enfermo, por lo tanto los sanos también intervienen en esta clase de relación*⁵⁸.

Agrega el autor, que lo anterior lleva a la necesidad de considerar la sustitución de las categorías médico-paciente por otras de carácter más genérico como “equipo de salud-usuario”. Ello debido a que *“(…) todos los profesionales de la atención a la salud tienen las mismas responsabilidades ante los solicitantes, independientemente de su capacitación y formación profesional específica*⁵⁹. Así mismo, con respecto a la categoría “usuario”, dice que ésta *“(…) permite ver a los sujetos desde una perspectiva realista y humanista ajena a todo tipo de mitificaciones y mistificaciones que lo único que propician, es ver al individuo sano o enfermo en algunas ocasiones como un ser etéreo y en muchas otras como un objeto*⁶⁰

Ahora bien: reconociendo las apreciaciones de Ocampo como acertadas, en cuanto a que las categorías médico-paciente no aclaran las relaciones que se presentan al interior de los centros asistenciales y unidades hospitalarias en la actualidad, se continuará empleándolas pero desde una perspectiva más amplia, esto es, desde una mirada donde se incluyan tales consideraciones. Ello no significa que se vaya abarcar con igual intensidad a esos otros agentes que rodean y hacen parte del contacto entre médico y paciente, sino, más bien, no se desconocerá tal acompañamiento humano-asistencial⁶¹.

En cuanto a la categoría de paciente, ésta resulta adecuada debido a su connotación histórica y etimológica, así que se mantendrá pero teniendo presente las variaciones que se puedan presentar (como la de usuario, cliente y consumidor de servicios sanitarios).

⁵⁸ OCAMPO Martínez, Joaquín. La bioética y la relación médico paciente. En: Cirugía y Cirujanos. Volumen 70, Número 1, Enero-Marzo de 2002.

⁵⁹ *Ibíd.*

⁶⁰ *Ibíd.*

⁶¹ Entiéndase por acompañamiento humano asistencial todas aquellas personas, fuera del médico, que intervienen de una u otra forma en el servicio de salud, es decir, las enfermeras, los vigilantes, los (as) taquilleras, asistentes, practicantes, etc.

2.2 LA RMP EN EL ÁREA DE URGENCIAS

2.2.1 “¡Casi que no!”: la sala de espera como campo de disposiciones y predisposiciones

Ernesto ingresó por Urgencias a causa de un cólico. Desde que llegó no ha dejado de manifestar su dolor con palabras y con gestos: llora, se toca el abdomen, se sienta en el piso, se levanta, camina, se dobla, se queja. En esos momentos la sala de espera se encuentra llena y el flujo para recibir atención médica es bastante lento. Una enfermera abre la puerta que separa los consultorios de dicha sala y, con una hoja en la mano, llama a uno de los allí presentes. “*Señorita, ¿Será que me pueden atender primero? ¡Este dolor me está matando!*”, le dice Ernesto a la enfermera aprovechando su aparición. “*Le va tocar esperar su turno... también hay otras personas esperando*”, le responde ella mientras cierra de nuevo la puerta. Más resignado que enojado, éste vuelve y toma asiento en el suelo.

De acuerdo con la valoración clínica preliminar, o triaje de urgencias⁶², Ernesto, en comparación con otros pacientes que se encuentran en esos instantes necesitando la ayuda profesional, se ubica en clasificación verde, esto es, paciente levemente lesionado⁶³. Desde un punto de vista no clínico, se podría pensar que había personas ‘menos graves’ que Ernesto, así mismo lo manifestó una de las pacientes que estaba en aquella sala: “*Si yo no estuviera de afán le daba mi turno a ese pobre señor... si esto no se demorara tanto... ahí se ve lo mal que está... al menos más enfermo que uno si está*”.

Son las diez de la mañana de un jueves de noviembre, a medida que transcurre el tiempo más personas arriban y ocupan cada una de las sillas de la sala de espera la

⁶² Entendemos por triaje de urgencias el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa con base en su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y reevaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico

⁶³ Según la jefe de enfermeras del área de urgencias, el nivel de gravedad de los pacientes se determina por colores, así: Rojo, paciente que requiere prioridad, atención inmediata; Amarillo, paciente que puede ser atendido hasta una hora después de clasificado (También recibe el nombre de urgencia moderada); Verde, atención leve, y puede ser atendido hasta seis horas después de clasificado; y Blanco, paciente que es remitido a consulta externa.

cual se divide en dos: adentro, cerca de las taquillas y de los consultorios, y afuera, al aire libre. Normalmente, los acompañantes de los pacientes ceden su silla a los enfermos que van llegando y se sitúan afuera. Las mujeres en embarazo, ancianos, niños y niñas, sobre todo, se sientan adentro. El rol del familiar, o simplemente del acompañante, parece claro: brindar ayuda moral y solucionar los problemas administrativos que se vayan presentando. Es poco usual observar personas que ingresan por Urgencias sin alguien que los acompañe, Ernesto es una de esas excepciones.

Ver televisión, escuchar música con audífonos, hablar por celular o por el teléfono público de la sala interna, observar a otros o dormir, hacen parte de las actividades desarrolladas en este espacio. Así mismo, el diálogo entre paciente-paciente o acompañante-paciente ocupa gran parte del tiempo mientras se cumple el objetivo de acceder al médico. Los temas que aparecen están relacionados, casi siempre, con las afectaciones que los impulsó acudir a tal sitio. *“Esta mañana empecé a sentirme como maluca... y cada vez más maluca...”*. *“No sé qué fue lo que me comí anoche pero esta mañana me levanté como intoxicado...”*. *“A mi mamá le empezó un dolor en un oído y se le fue como complicando... hasta que ya no se aguantó más...”*.

Igualmente, surgen narraciones cuyos protagonistas son personas que asisten a otras instituciones de salud y quienes padecen enfermedades ‘extrañas’, muertes súbitas, amputaciones o son víctimas de actos de violencia con desenlaces fatales que terminan en el área de urgencias. Este tipo de historias tratan de hacer llevadera la tensión que en aquel lugar se vive.

Finalmente, luego de casi dos horas y media, el nombre de Ernesto se escuchó salir de la boca de una médica. Éste, quien no dejó de retorcerse, dijo en voz alta *“¡Casi que no!”* e ingresó rápidamente al consultorio asignado.

Una de las estaciones obligadas para la persona que precisa de atención inmediata en salud es la sala de espera. Este paso de transición puede ser corto, pacientes nivel rojo y amarillo, o largo, pacientes nivel verde. Como sea, sin importar el

tiempo que allí se permanezca, los afectados son transversalizados por unas sensaciones (de dolor) e intereses comunes (necesidad de relacionarse con el médico) que los lleva a tomar ciertos posicionamientos instantes previos al contacto con el profesional.

Es así como este espacio se convierte en un campo de disposiciones y predisposiciones donde se configuraran expectativas y comportamientos incluso antes de conocer al médico. En el caso específico de Ernesto, puede observarse cómo éste, cuando manifiesta su descontento a través de la exclamación “¡Casi que no!”, está asumiendo una actitud contestataria fruto de su experiencia en la sala de espera.

Con base en este tipo de actitudes, algunos de los médicos entrevistados han definido dicho espacio como “un chicharrón”⁶⁴, y afirman no tener “la culpa” del hacinamiento que se presenta allí y mucho menos del “estrés acumulado” que experimentan los pacientes:

Obviamente uno en urgencias le toca un chicharrón. El que llega va diciendo: ¡Que hijueputa! ¡Que vea... que no me han atendido, que no sé cuántas!... Yo no tengo la culpa de que te lleguen allá abajo 50 pacientes y que estén dos o tres médicos para ver a esos 50 pacientes... vos no los podés ver a todos, vos no podés llegar y decir que cuáles son los del dolor de cabeza y hágame la filita aquí... no, no es nada de eso, es con cada uno, y la gente lo identifica a uno como el enemigo. Uno es el malo, pero uno simplemente es una ficha más de ese Sistema. (R1-M2)⁶⁵

⁶⁴ Un problemón, un encarte.

⁶⁵ (R1-M2) es el código asignado por el autor a la información proveniente de las entrevistas con los médicos, la cual se traduce de la siguiente manera: “R” significa Registro o grabación. El “1” es el número del Registro. En vista de que únicamente se utilizaron dos Registros en formato MP3, sólo aparecerán los números 1 y 2. La “M” quiere decir médico, y el “2” es el número asignado al médico en el orden de entrevista; esto es, de los 8 médicos entrevistados el presente es el “2”.

Justamente, esa sensación que tienen algunos médicos sobre el ‘rol de enemigo’ de los pacientes a causa, muchas veces, de factores externos a ellos, como las dinámicas del sistema de salud, lleva también a asumir una postura de prevención en la interacción con el paciente cuyo resultado es un cúmulo de tensiones que se desplaza de un lado a otro, es decir, del paciente al médico y viceversa.

Es menester aclarar que no siempre la sala de urgencias funciona bajo las anteriores circunstancias, pues hay temporadas en el año o momentos en el día en el que la tensión y el hacinamiento disminuyen, aunque no desaparecen. No obstante, como bien lo define uno de los médicos de urgencia, los servicios que allí se prestan se destacan por su parecido con el cambio periódico del nivel del mar, o marea: “*A veces sube y a veces baja*”, pero, como sea, las posiciones y predisposiciones se mantienen.

2.2.2 Urgencias: diagnóstico de un estado especial

Existen múltiples definiciones sobre lo que es una urgencia en salud. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) una Urgencia es la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención, por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Así mismo, de acuerdo con la Asociación Médica Americana (AMA), Urgencia es toda aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata⁶⁶.

Como puede verse, ambas definiciones resaltan percepciones subjetivas, ya sea a través de la ‘conciencia’ o de la ‘opinión’, que determinarían la necesidad por parte del afectado de acudir a la ayuda médica. Sin embargo, no sólo quien se ‘siente mal’ establece qué es urgente. La conciencia y la opinión del médico son fundamentales para concretar tal estado de salud. En otras palabras, la urgencia, en el contexto

⁶⁶ ¿Qué es una urgencia y qué es una emergencia? (n.d.), [En línea] <http://www.semes.org/urgencilogos/ue.html> [Consulta del 19 de Mayo, de 2009]

clínico, podría definirse como el resultado de dos percepciones: la del médico y la del paciente.

En la cotidianidad de los consultorios de urgencias de la Unidad Hospitalaria de Castilla, el inicio de la consulta se presenta con este tipo de negociaciones intersubjetivas. Por un lado, el paciente comienza a justificar su ingreso por aquella área, y no por consulta externa, con base en una sintomatología que, según él o ella, no da espera. “*Me siento muy mal*”, “*Me duele mucho en esta parte*”, “*No he comido desde ayer*”, “*No me aguanto el dolor*”, son algunas de las expresiones que explican la visita.

Por su parte, el médico, de acuerdo con una lista sintomática basada en los conocimientos adquiridos en la academia o durante la propia práctica diaria, evalúa, aprueba o desaprueba la percepción y sensación de su interlocutor. En el caso de aprobación, el médico continúa con una serie de procedimientos, protocolos y toma una actitud; pero, en caso de desaprobación, éste, a pesar de no interrumpir la consulta, puede tomar una ruta posicional diferente que media su actuar con sensaciones como la ‘indisposición’.

...ese tipo de pacientes que vienen a congestionar los servicios de urgencias y que vienen a que se les atienda más rápido, cuando realmente no son patologías urgentes y que pueden esperar... entonces a veces ese tipo de pacientes, que yo los llamo ‘vivos’, le genera a uno indisposición. Ellos no se dan cuenta que están afectando a otros pacientes más graves que realmente necesitan que los atiendan rápido y al mismo servicio de urgencia y hasta a uno, porque es un trabajo que más bien le corresponde a otros colegas... como lo de consulta externa... (R1-M6).

Esta misma situación la menciona Devillard cuando pone de manifiesto el problema de la diversidad entre el sentido común y el conocimiento científico que se tiene sobre la afectación, de la diferencia entre la afectación diagnosticada por el médico y la afectación vivida por el paciente:

...todo tipo de intervención sanitaria –terapéutica, preventiva y con más razón educativa- instaura una relación problemática y compleja con la cultura del usuario: en efecto actúa sobre su orientación de valores, confirma o desmiente opiniones o comportamientos arraigados en la vida cotidiana, pone en discusión una pluralidad de valencias simbólicas e interacciones sociales dentro de las cuales el individuo experimenta y define las condiciones de su propio malestar y bienestar⁶⁷.

En este orden de ideas, se podría decir que el área de urgencias funciona como un escenario independiente en el cual, para acceder a él, se debe cumplir con unas características bien establecidas. El paciente, por una parte, debe reconocer y diferenciar sus síntomas para seleccionar esta clase de servicio. El médico, por otra parte, debe tener unas cualidades, conocimientos y disposiciones que le permitan atender a pacientes en estado crítico y, de ese modo, actuar como la premura del lugar lo amerita.

Es preciso señalar que en esta Unidad Hospitalaria el personal médico no rota, es decir, cada médico es asignado a un área y ahí se instala, lo cual confirma la necesidad de tener unas características especiales que vayan acorde con cada área, de igual modo lo ratifican las respuestas de algunos médicos cuando se les pregunta el por qué prefieren trabajar en urgencias y no en otra rama:

“Me gusta ver resultados rápidos por esto me gusta estar en urgencias”. (R2-M5)

“Me gusta estar en urgencias porque siempre me ha gustado el movimiento... yo soy una persona muy acelerada, activa”. (R2-M2)

“Lo mío es la sangre, las balas, el cuchillazo... la acción. Eso es lo que me gusta a mí y por eso estoy en Urgencias”. (R1-M4)

“Tengo la facilidad de reaccionar rápido, yo funciono mejor bajo presión y eso es Urgencias: presión y buena reacción”. (R2-M6)

⁶⁷ DEVILLARD Marie Jose; OTEGUI, Rosario y GARCÍA, Pilar. La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo de Artritis Rematoide. 1991.

2.2.3 El consultorio: encuentro entre dos conocidos y dos extraños

Dice Laín Entralgo: *“Antes que a un médico y a un enfermo, la relación médica vincula mutuamente a dos hombres”*, y agrega: *“Genéricamente considerada, la relación médica es una relación interhumana y una relación de ayuda”*⁶⁸. Mirándolo así, se puede afirmar que el encuentro entre el médico y el paciente, dentro del consultorio es, al mismo tiempo, un encuentro entre extraños y conocidos. Extraños, porque, sobre todo, son dos personas quienes en la mayoría de las veces no se habían visto, no conocen nada de su interlocutor. Se podría comparar tal escena con una cita a ciegas cuyo lugar de encuentro es la única referencia que se tiene del otro, en este caso es un consultorio clínico.

Y conocidos, porque son sus roles, el de médico y el de paciente, los que les da la familiaridad, la cercanía. El paciente sabe sobre lo que significa ser médico y por ello acude a él o ella. Igual sucede con el médico, quien a pesar de desconocer el estado de su visitante, conoce cuáles son sus intereses. El interés, entonces, se convierte en el medio que concreta ese carácter de ‘conocidos’, pues ambos apuntan a lo mismo: sanar y ser sanado o, en palabras del autor, ayudar y ser ayudado.

2.2.4 “Romper el hielo”: el inicio de la relación

Desde este ángulo, cuando médico y paciente entran en interacción comienza un proceso plagado de generalidades (‘conocidos’) y particularidades (‘extraños’) que integra factores intelectuales y emocionales. Hacen parte de las generalidades aquellos protocolos curativos con los que se inicia la consulta, más conocidos en el gremio médico como ‘interrogatorios’.

¿Normalmente, usted cómo inicia una consulta? Pregunta el entrevistador.

⁶⁸ LAÍN Entralgo, Pedro. La relación médico-enfermo. Madrid: Ed. Alianza, 1983. P 238.

¿Cómo es una consulta conmigo? Pues a ver, uno primero pues como el saludo, luego del saludo uno tiene un formato de historia clínica en la cabeza y también lo tiene en el papel... y lo primero que uno se les pregunta es: 'Bueno, contame por qué viniste ¡Ah doctor! es que tengo tal cosa... que tengo una tos muy verraca desde hace 8 días y todo ese cuento. Entonces ya uno empieza como a cambiar el cuento del síntoma. Comienza uno pues con el interrogatorio: desde cuándo, cómo es, qué te da, qué más te da, la relación como con otras cosas y ya empieza uno a mirar qué antecedentes tienen ese paciente y qué otras patologías puede tener más graves; y ya pasaríamos como al examen físico (R2-M7).

Paralelamente, con respecto a cómo inician algunos pacientes una consulta médica en el área de urgencias, la siguiente respuesta deja ver una tendencia entre los entrevistados:

Yo siempre entro saludando y a medida que el médico me va preguntando yo le voy diciendo que es lo que tengo, que es lo que me pasa. Uno pues no va llegando y va soltando de una todo lo que uno tiene... Por lo menos yo siempre espero a que el doctor hable primero, es lo más normal ¿no? (D1-P6).⁶⁹

Véase cómo el paciente, a pesar de no tener un protocolo a seguir, se amolda al orden establecido por el médico. Aquí el paciente reconoce un rutero, el de su interlocutor, y lo sigue sin ningún inconveniente, incluso se 'espera a que el doctor hable primero' para continuar con una dinámica la cual no es impuesta, mas si es interiorizada.

De otro lado, las particularidades se refieren a las actitudes espontáneas que se presentan en el momento. O sea, si en las generalidades hay una lista de pasos

⁶⁹ (D1-P6) es el código asignado por el autor a la información proveniente de las entrevistas y/o diálogos con los pacientes, y se traduce de la siguiente manera. La "D" significa Diario de Campo, y el "1" es el primero de los dos diarios en donde se encuentran los respectivos datos. La "P" quiere decir Paciente, y el "6" es la numeración dada al Paciente dentro de tal diario.

prediseñados a seguir, en las particularidades tales pasos van surgiendo de acuerdo a los acontecimientos del instante. En este punto, la 'forma de ser' y las sensaciones de dolor del momento juegan un papel sustancial, pues se anteponen unas conductas al manual interiorizado a través de la rutina. De igual modo lo confirman los siguientes comentarios.

¿Normalmente, usted cómo inicia una consulta? Pregunta el entrevistador.

La consulta mía es como un chiste. Cuando vos entras a mi consulta yo siempre soy riéndome, pero no porque me burle del paciente sino porque es mi forma de ser, yo me río, hago un chiste, hablo del calor, hablo de otras cosas... rompo el hielo con el paciente, y no es que yo me haya aprendido el manual, sino porque esa es mi forma de trabajar. En la universidad no te dan esas pautas, sino que te dan las pautas muy generales para atender la gente en consulta, pero no hay como un libro que te diga cómo se debe tratar un paciente (R1-M8).

Yo la verdad, depende, la otra vez tenía con un dolor tan asqueroso que llegué como una lora mojada y empecé a decirle al médico que me ayudara, que me quitara eso tan horrible, que me había comido algo y que eso fue lo dañino... mejor dicho, no dejé hablar a ese pobre doctor (D1-P4).

2.2.5 La tensión, la armonía y la estabilidad: el desarrollo de la relación

Como el registro gráfico de un electrocardiograma, la relación entre el médico y el paciente se compone de movimientos, intelectuales y emotivos, que suben, bajan y se mantienen. Pensamientos, creencias, sensaciones, diálogos, posiciones y acciones hacen de puntos fijos sobre los que se desplaza el proceso curativo. Tales puntos pueden ser leídos en términos de tensión, armonía y estabilidad.

2.2.5.1 Sobre la tensión

Son varios los factores que influyen en la aparición de estados de oposición latente en el desarrollo de la RMP. Entre los más mencionados por ambos se encuentra las condiciones de salud con las que ingresa este último. Existe un consenso entre los

médicos entrevistados sobre el hecho de que ingresar por el área de urgencias, por parte de los pacientes, es una razón para interactuar con cierto grado de tensión. El grado aumenta y disminuye dependiendo de la gravedad de la afectación, en otras palabras, la tensión puede concebirse como directamente proporcional a las condiciones de salud del afectado. Algunos pacientes, a su vez, reconocen esta aserción y manifiestan que de la 'actitud' del médico depende el aumento o la disminución de aquella tensión implícita.

De tal modo, se comienzan a configurar ciertas creencias en el que el paciente transmite su emocionalidad y el médico responde con su racionalidad. Así mismo lo señala uno de los médicos⁷⁰:

Uno tiene claro que el paciente que entra por Urgencias viene cargado de sensaciones como fuertes (...) me explico: viene con su dolor, con su problema, con su impotencia (...) no se siente como normalmente se debería sentir (...) Mientras que uno como médico está al otro lado, pues uno no siente el golpe, la enfermedad, el dolor. Lo que se intenta hacer, pues como médico, es ayudarlo con el conocimiento que uno tiene, con la experiencia sobre cómo solucionar ese malestar fuerte (...) (R2-M2).

Al lado de ello, Jaime, paciente que acude con frecuencia el área de urgencias debido al padecimiento de una enfermedad crónica hace más de 10 años, afirma:

Hay médicos, no todos, que no sienten y lo van tocando a uno como sino doliera, como si estuvieran tacando una piedra. Es que definitivamente, yo siempre he dicho, tener consideración por los otros es muy difícil... donde yo fuera doctor arto cuidado tendría con

⁷⁰ Si bien en las entrevistas realizadas a los médicos estos afirmaban que los pacientes se caracterizan por ser emocionales y poco racionales, a la vez que los pacientes declaraban lo contrario de sus interlocutores, es decir, más racionales que emocionales, en la realidad este tipo de distinciones no operan de tal modo, pues el paciente es racional, verbigracia, cuando exagera sus síntomas para ser atendido más rápido. Igualmente el médico, cargado de emotividades, trata de evitarlas o simplemente controlarlas para poder ejercer la medicina y mantener la objetividad.

los enfermos... parece que se les olvidara que tratan con personas.
(D2-P5).

Ahora bien, es a través de factores como la ‘actitud’, palabra muy mencionada por los pacientes y médicos indagados, lo que demarca los estados anímicos de exaltación. Si bien la ‘actitud’ del paciente puede relacionarse, sobre todo, con sus afectaciones corporales, la del médico puede asociarse, entre otras cosas, a su ‘forma de ser’ y al ‘agotamiento físico’ debido a la carga laboral. Con respecto a la primera, una médica responde:

Uno también está influenciado como por su medio, por su vida personal de afuera, como por el entorno en el que esté. (...) La actitud que tenga el doctor, la actitud que uno tenga con las personas por fuera, es más o menos la misma actitud que uno tiene con los pacientes. El que es por fuer, con su familia y amigos, una persona fría, distante, igual va a ser con los pacientes: no los mira, no los revisa bien (R2-M5).

Para algunos médicos, el tema de la ‘forma individual de ser’ va más allá de asumir una actitud igual o parecida a la que se tiene por fuera de los consultorios de urgencias. Surge aquí un término que ha estado asociado desde sus inicios a la profesión médica, se trata de la ‘sensibilidad’ por el dolor del paciente. “*La rutina desensibiliza*”, afirma uno de los médicos mientras recuerda experiencias en las cuales ha percibido, de él mismo y de sus colegas, actuaciones en las que su actuar no corresponde a este tipo afectos.

Con respecto a la segunda, al agotamiento físico, es claro para los médicos de urgencias que la ‘saturación’ de este servicio la mayor parte del tiempo trae repercusiones que conlleva a favorecer ambientes hostiles y, claro, a interacciones en tensión.

Normalmente es tremenda la congestión por acá. Mire, tenemos un cajoncito donde se van poniendo las historias: los que son verdes, los que son amarillos, los que son rojos (...) entonces hay momentos en que todo ese hijueputa cajón está lleno y es esa gente así, y uno va viendo los rojos o los amarillos, pues en orden de prioridad, uno va viendo primero los más graves, y sale uno allá a llamar un paciente y llega alguien a decirte: Doctor es que mi mamá está muy mal, que no sé qué, que no sé cuánta. Y así todo el día o toda la noche. Entonces uno llega un momento en donde lo que más importa es evacuar como sea y ahí es donde viene el problema, porque todos quieren que uno los atienda como si se estuviera en consulta externa, y eso aquí no se puede (...) a muchos pacientes no les gusta eso y ahí viene los problemas y el malestar en consulta (R2-M5).

Pues bien, otro de los puntos en los que hacen énfasis ambos actores tiene que ver con el manejo de la comunicación. Gestos, palabras, sonidos y silencios configuran un campo de representaciones en el que se negocian intereses. Durante este proceso, las competencias comunicativas de cada uno arrojan dos posibilidades: la primera guiada a lo que los médicos llaman 'el éxito de la consulta', y la segunda enfocada al fracaso de la misma. Esta última se caracteriza por no cumplir con los propósitos de la consulta debido a la incompreensión de los códigos comunicativos. "A veces los pacientes a uno lo desesperan porque uno les explica y no entienden", dice el médico. "Esos médicos a veces hablan muy enredado y no se sabe lo que dicen", afirma el paciente.

La incomunicación se convierte, entonces, en un lugar común de discordia en la interacción. Por tratarse de una población con bajo nivel educativo, los médicos interrogados atañen a tal característica la interrupción de los procesos curativos. "Hay pacientes aquí, no pocos, que no saben expresarse, y uno tiene que ir haciendo muchos rodeos para llegar al lugar exacto del malestar... créame, no saben explicar lo que sienten". Puede observarse, a través de las entrevistas, cómo se asume que el médico, por su preparación académica, está exento de responsabilidades en cuanto a su manera de transmitir sus mensajes. Es el paciente, según algunas

afirmaciones, el que obstaculiza con su 'incompetencia lingüística' el diagnóstico y posible tratamiento.

Así mismo, una frase recurrente en los médicos de urgencia de la Unidad Hospitalaria de Castilla, y que grafica bien la anterior escena, es 'bajarse al lenguaje del paciente'. La palabra 'bajarse' permite ver la posición que toma el médico frente a su interlocutor. Una posición que denota a la vez esfuerzo y tiempo. Esfuerzo porque debe realizarse una doble tarea: elaborar un discurso técnico y hacer su traducción. Y tiempo porque, debido a la escasez de éste, no se logra concretar muchas veces la realización de dichas tareas, lo que conlleva a la pérdida de información en la comunicación con el paciente, dando como resultado sensaciones de insatisfacción.

Finalmente, y retomando el tema del tiempo, podría decirse que coexisten tres temporalidades diferentes durante la consulta que pugnan entre sí. Se trata, pues, del tiempo institucional y el vivido por el paciente y el médico. De acuerdo con las opiniones de los dos últimos, es claro que el tiempo institucional se superpone, impactando así la interacción entre ambos.

"Uno en 15 minutos que dura más o menos la consulta no le da tiempo para realizar todo lo que uno debería hacer y decir (...) Pero bueno, uno se tiene que acostumbrar a eso y hacer rendir los minuticos". (D1-M4) Manifiesta un médico.

"Uno siente que los médicos van a las carreras (...) como motilando calvos. La otra vez le pregunté a una doctora que a cuánto tiempo tenía uno derecho y ella me dijo que más o menos de 10 a 15 minutos (...) eso es lo que uno se demora subiéndose a la camilla esa ¿no?" (D1-P9) Dice un paciente.

2.2.5.2 Sobre la armonía

La armonía es una palabra con muchos significados. Se destaca, para los intereses de éste apartado, el definido por la Real Academia de la Lengua Española que dice: *"Amistad y buena correspondencia"*. De acuerdo con Laín Entralgo, el fundamento de la práctica médica es, precisamente, la 'philía', es decir, la 'amistad'. Para

platón, dice el autor, “*El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad*”⁷¹. Así, pues, la armonía son todos aquellos episodios dentro de la interacción en los que médico y paciente tienen una conexión muy cercana, parecida a la amistad, o en términos de los actores, de ‘buena comunicación’, ‘empatía’ o ‘feeling’ y ‘confianza’.

Con respecto a la primera, y como se mencionó más arriba, los médicos tienen claro que una ‘buena comunicación’ conlleva al ‘éxito de la consulta’, más aún cuando parte de los pacientes que ingresan por urgencias son personas cuya necesidad principal, según los testimonios de los médicos, es ser escuchados, dialogar.

Un porcentaje muy alto de los pacientes vienen más a que alguien los escuchen. Muchas veces vienen porque por un dolor y el dolor es más porque están tristes, están solos, están estresados, preocupados. Entonces uno muchas veces se desesperaba de tanto trabajo, y que llegue un paciente a decir: ‘yo estoy mareado, me duele mucho la cabeza’, y empiece uno a buscarle mil enfermedades cuando finalmente es que está aburrido o deprimido, entonces uno como que tiene que relajarse y empezar a preguntarle sobre su situación personal: ¿Cómo estás en la casa? ¿En el trabajo? ¿Con la novia o novio? Entonces eso a veces es muy difícil por la cantidad de trabajo, pero si es muy importante porque si no entonces uno se pone a mandarle mil exámenes que no van a funcionar porque el paciente lo único que necesita es que lo escuchen y con eso se va a aliviar (R2-M3) Manifiesta una médica.

Aunque los pacientes preguntados no admiten haber tenido este tipo de situaciones, si afirman que cuando los médicos están dispuestos a escuchar, o se sienten escuchados, la efectividad de la consulta es inminente, salvo, claro, cierto tipo de afectaciones.

Definitivamente no hay como un médico querido (...) aquí hay varios. Uno si siente la diferencia cuando a uno lo escuchan y le preguntan

⁷¹ LAÍN Entralgo, Pedro. La relación médico-enfermo. Madrid: Ed. Alianza, 1983. P 238

como con cariño (...) uno hasta se alivia más rápido, o lo empeoran (...) esos médicos que nunca lo miran a uno a los ojos, que son más bien como cortantes, que no lo dejan hablar casi a uno más que lo preciso (...) esos si lo pueden enfermar más a uno (D1-P3).

Como se ve, la conexión comunicativa entre el médico y el paciente es una herramienta que funciona, como lo menciona Le Breton, quien es citado por Bordelois, de 'diagnóstico' y de 'terapia': *"(...) nuestra medicina no toma en cuenta el tiempo del hombre, como la oriental, porque es una medicina de urgencias. El apuro al que se ve compelido el médico, la ansiedad del paciente que exige el antibiótico o la pastilla conspiran contra la palabra, esa palabra que es a la vez diagnóstico y terapia"*⁷².

Opinión semejante tiene uno de los médicos cuando define, ese 'poder' terapéutico y diagnóstico de la palabra, como "carretoterapia":

La "carretoterapia" es hacer de la carreta, del diálogo, una terapia. Y eso no sólo me funciona a mí. Mis colegas también dicen lo mismo, no hay mejor terapia aquí en urgencias que calmar los pacientes, darles tranquilidad por medio de la carretica (...) un paciente más tranquilo es una consulta también tranquila (...) además que se va creando una especie de simpatía entre uno y ellos (R1-M7).

Una de las efectos de la 'carretoterapia', o diálogo con fines terapéuticos, es aquello que ambos denominan 'empatía' o 'feeling'. Estas sensaciones, resultado, entre otras cosas, de la conexión comunicativa, la 'buena disposición' y la actitud de parte y parte, constituyen la columna vertebral de aquella amistad. La risa, los gestos, el tono de la voz, el tacto y 'la forma de decir las cosas' son ingredientes que van

⁷² BORDELOIS, Ivonne. Médicos y pacientes: un diálogo con mucho ruido., [En línea] http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1116234 [Consulta del 3 de Mayo, 2009]

tejiendo un escenario relacional en el que médicos y pacientes fluyen y actúan sin prevenciones u otra clase de obstáculos.

Para que haya feeling con el paciente si es importante que vos seas expresivo, que te vean con buena cara, que te amoldés al ritmo de ellos, bueno, al menos intentarlo (...) que los toques, que les habléis como si fueran conocidos (...) Lo mismo podría decirse de parte de ellos, que sean al menos respetuosos, eso lo valora uno mucho. No digo que actúen como si no les doliera nada, pero al menos que tengan buena disposición (R2-M1).

Al respecto, existe unanimidad de parte de los pacientes al afirmar que la empatía es producto, además de las características mencionadas, del grado de confianza que se produzca en el desarrollo de la interacción. La confianza, entonces, es significada como un elemento que va más allá de la empatía y que tiene que ver con los conocimientos del médico, los cuales son medidos a través de factores como la edad, la seguridad y la claridad.

Hay médicos muy queridos, muy amables (...) pero yo si prefiero los médicos como no tan jóvenes (...) les tengo más confianza a los médicos más mayorcitos (...) a veces los jóvenes se enredan mucho y no le explican bien a uno, en cambio los grandes como que tiene más experiencia y uno se siente mejor con ellos (D1-P2).

Como se observa, los momentos de empatía se consiguen a través de la suma de elementos que integra sensaciones experimentadas en el mismo instante de la interacción y de las construcciones prediseñadas como los estereotipos o vivencias pasadas, como lo indica la anterior afirmación. Igualmente, los caminos para llegar al estado de 'buena correspondencia' se pueden lograr a través de dos rutas: por un lado, los médicos manifiestan tal estado utilizando términos como 'feeling' y, por el otro, los pacientes prefieren usar la palabra confianza.

2.2.5.3 Sobre la estabilidad

Si la tensión se expresa en los momentos de discordancia en la interacción entre el médico y el paciente y la armonía en los instantes de mayor cercanía o 'buena correspondencia', la estabilidad puede definirse como el punto medio entre estas dos sensaciones. Una palabra, utilizada repetidamente por ambos actores, que describe bien este periodo es 'normal'. Varias de las respuestas a la pregunta "¿Cómo le fue en la consulta?", realizada tanto a médicos como pacientes, iniciaban con tal palabra, así:

"Me fue (...) normal", dice Carmen, una paciente. "¿Y qué es normal?", indaga el entrevistador. "Normal es como todo muy tranquilo, como lo que pasa comúnmente en una cita (...) te preguntan, te revisan, te mandan la droguita y listo (...) simplemente lo atienden a uno y ya (...)"

Lo 'normal', entonces, puede interpretarse como el resultado de una relación protocolizada en la que ambos actores tienen interiorizados unas formas de comportarse y así lo hacen. Al igual que Carmen, se debe tener experiencias anteriores con el médico de urgencias para determinar la 'normalidad' de la consulta. Una persona que ingresa por primera vez a dicha área, no podría afirmar lo mismo, pues no cuenta con rutinas anteriores que le permitan llegar a estas conclusiones.

Paralelamente, dice uno de los médicos al respecto:

Normal, para mí, es como una consulta sin muchos afectos (...) una consulta en donde uno como que sólo se dialoga con el dolor, a ver cómo te explico. Hay pacientes que uno como no tiene química con ellos, no es que le caiga mal a uno (...) ni tampoco así súper bien (...) como que solamente uno sabe que ellos están ahí con un dolor y uno se enfoca como en eso y ya (...) Hay varios pacientes que me saludan y yo no me acuerdo de ellos y creo que es por eso (R1-M1).

De ahí se logran inferir dos cosas: la primera obedece a una significación de normal como la evaluación total de la consulta. La interacción es 'normal' cuando no hay exceso de 'afectos', cuando ambas partes siguen un libreto al punto de llegar a lo predecible, a lo mecánico. Y lo segundo apunta a pequeños lapsos dentro de la misma consulta en los que hay cierto equilibrio 'emotivo' a pesar de las manifestaciones de dolor del paciente. En otras palabras es lo que una de las médicas llama 'momentos planos':

Aquí en urgencias casi no hay momentos planos como en consulta externa o en hospitalización. Aquí casi siempre es un agite constante por las condiciones en que llegan muchos pacientes... Aunque dependiendo de las condiciones físicas (de los pacientes) la consulta puede tener esos momentos tranquilos (...) planos (R1-M3).

En suma, la estabilidad, retomando la metáfora del registro gráfico del electrocardiograma, muestra los movimientos que no representan variaciones que puedan alterar la ritmicidad relacional.

2.2.6 Éxito y fracaso, bien y mal: el final de la relación

Convocados desde el inicio por un interés compartido: restablecer la salud, el médico y el paciente finalizan la interacción con sensaciones diferenciadas. Los términos 'éxito' y 'fracaso' aparecen en boca del médico para definir aquellas impresiones finales. Por su parte, el paciente prefiere evaluar a través de las palabras 'bien' y 'mal'. En este punto, las expectativas juegan un papel sustancial, pues es el criterio más citado para determinar alguno de los dos caminos.

El éxito o fracaso de la consulta dependen de las expectativas con las que venga el paciente (...) Los pacientes vienen a que les quiten el dolor y eso es lo que uno intenta, aunque a veces no se puede (...) hay situaciones muy delicadas (...) el paciente no tiene en cuenta los

esfuerzos que uno hace para quitarle su dolor (...) al final eso es lo único que importa (R2-M7) Dice un médico.

Así mismo, uno de los pacientes afirma:

Las poquitas veces que he venido acá me ha ido bien (...) los médicos han sido muy queridos y a mí particularmente me han atendido bien, aunque uno también ha escuchado, sobre todo aquí (en la sala de espera) a personas que salen hablando muy mal de los médicos (...) yo no sé eso de qué dependerá (...) es como todo, a unos les va bien y a otros mal (D1-P3).

Nótese que las expectativas del médico se ven relegadas en ambas afirmaciones. Podría decirse, entonces, que el médico asume las expectativas del paciente como las suyas, razón por la cual el 'éxito' o el 'fracaso' dependen, como en el anterior caso, de las percepciones positivas del paciente. Ahora bien, ¿cómo creen los médicos que salen sus pacientes del consultorio?

Yo pienso que salen contentos y salen tranquilos. Sobre todo tranquilos (...) también salen confiados y con la esperanza de que lo que uno les formula les va a servir (...) porque si uno ya se concentró en brindarles un buen servicio, o sea, ya te hice el examen físico, te interrogué, etc., entonces me imagino, pues, que salen muy agradecidos (...) muchos le dicen eso a uno (R1-M2) Responde el médico.

Como esta respuesta, los médicos indagados creen que, salvo ciertas excepciones, los pacientes salen del consultorio con claridades sobre sus afectaciones y con tranquilidad. Ellos confían en sus evaluaciones y procedimientos y afirman sacar, mínimamente, del estado crítico a sus pacientes. Desde tal perspectiva, se cree que el resultado de la interacción fue exitoso a pesar de no volver a tener noticias de sus interlocutores.

En 15 minutos es muy difícil saber muchas cosas del paciente. Uno sabe que tiene mucho dolor, que incluso el dolor lo hace llorar y uno hace todo lo posible para aliviarlo y si se ven los resultados. Cuando termina la consulta al menos los ve uno menos angustiados, más tranquilos. Sin embargo lo manda uno para la casa y entonces uno no sabe qué fin tuvo, si le empeoró la situación, si le empeoró el dolor, se mejoró del todo con lo que le mandé (R1-M4).

Referente al desconocimiento del médico sobre las sensaciones finales de sus pacientes, se notó que éstos últimos no expresan sus posiciones de inconformidad frente al resultado de la relación. Son los acompañantes, en caso de que existan, quienes reciben esas apreciaciones. La razón:

“¿Cómo le fue con el médico?” Le pregunta el entrevistador a Elvia, una paciente que salió del consultorio de urgencias.

“Mal, a mí no me gustó. Estaba como muy afanado, yo no sé, y me dijo que lo mío no era dizque urgente (...) y entonces me atendió como de mala gana”. “¿Y le hiciste saber lo que me estás diciendo al médico?” Pregunta de nuevo el entrevistador. *“No, no, no. ¿Para que no me atiendan? Yo prefiero dejar las cosas así”*, responde Elvia. *“¿Te has sentido así anteriormente con otros médicos?”* pregunta el entrevistador. *“La verdad a mí me ha ido bien, lo que pasa es que hay médicos muy groseros, lo atienden a uno como regañándolo”*, dice Elvia *“¿y qué has hecho en esos otros casos?”* Pregunta el entrevistador. *“Yo como que dejó las cosas así (...) yo no soy brava (...) apenas no lo atiendan a uno, yo prefiero aguantarme mejor”*. (D1-P7)

A despecho de la anterior declaración, las sensaciones de aprobación o satisfacción si son expresadas a los médicos:

Los pacientes son muy emotivos cuando les gusta la consulta, y nos felicitan (...) hay felicitaciones por la atención, me trató muy amable el médico, (...) o hay felicitaciones a todo el grupo médico (...) 'felicitemos al grupo médico porque en la muerte de mi papá estuvieron muy al lado de él, nos explicaron muy bien la enfermedad, nos sentimos muy bien en el hospital', o sea, por esa interacción con la familia (...) Por lo general o nos felicitan o nos agradecen o no nos dicen nada, a menos que sean esos pacientes agresivos que si se van desahogando con el médico (R2-M8).

2.2.7 Caracterización del médico y del paciente: área de urgencias

Luego de que el paciente y el médico hayan terminado de interactuar, es decir, hayan pasado por los periodos de inicio, desarrollo y final, cada uno va configurando unas categorías que definen a su interlocutor. Tales categorías son el resultado de la experiencia que acaban de vivir y de la suma de contactos relacionales vividos anteriormente. Así, como una forma de identificar, también, el tipo de relaciones que se pueden presentar en el área de urgencias de la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez, se definirá a continuación las características del médico, según los pacientes, y de los pacientes, según los médicos que allí arriban.

El proceso analítico para llegar a las siguientes definiciones fue fruto de las entrevistas realizadas a ambos durante el tiempo que duró el proceso etnográfico, tanto en la sala de espera como en los consultorios de urgencias. Del mismo modo, se tuvo en cuenta comentarios y opiniones que realizaron el resto del personal sanitario y los familiares y amigos de los pacientes.

2.2.7.1 Tipos de pacientes y sus características:

Paciente dramático: También llamados pacientes 'vivos' o 'egoístas'. El paciente dramático es el que exagera los síntomas y el dolor con el propósito de ser atendido más rápido. Como en una escena de drama, éste llora, grita, se tira al piso, camina de un lado para otro y exclama con vehemencia frases como: "¡Me voy a morir!", "¡Atiéndanme ya!", "¡No aguanto más!", etc. Comúnmente, el paciente dramático tiene como escenario la sala de espera, los demás pacientes y personas que allí

residen son su público. La exposición de su dolor va dirigida especialmente para ellos, pues espera recibir su compasión y escalar los primeros puestos en la fila del área de urgencias. Este tipo de pacientes, según los médicos, son los que saturan el área de urgencias.

Paciente impulsivo: También conocido como paciente grosero. La causa de su vehemencia es una mezcla entre 'mal genio' del momento y su mal estado de salud. Desde la misma sala de espera, el paciente impulsivo se hace notar a través de críticas hacia los servicios de salud. Habla duro y, en ocasiones, utiliza palabra ofensivas para referirse al personal asistencial. En cuanto a su relación con el médico, acostumbra actuar prevenidamente y se irrita con facilidad. Normalmente no viene acompañado ni por familiares ni amigos. Los motivos de consulta son debido a cólicos, dolores de cabeza, de oído y algunos dolores musculares. En su mayoría son hombres. No conocen bien las dinámicas del sistema de salud y resuelve sus inquietudes administrativas preguntando a otros usuarios.

Paciente solidario: El paciente solidario es aquel que a pesar de su malestar físico cede voluntariamente su puesto a otros pacientes, permitiéndoles adelantar su encuentro con el médico porque considera que están más graves que él. Cuando las sillas de la sala de espera están llenas debido a la saturación, es el primero, también, en ceder su puesto a quien lo necesite. Siempre está acompañado. Es hábil en la comunicación. Ayuda a resolver inquietudes al resto de los pacientes en la sala de espera. Cuando entra a consulta actúa sereno y describe muy bien sus dolencias. Conoce bien cómo funcionan los servicios de la IPS y se desenvuelve fluidamente en el sistema de salud.

Paciente demandante: Es el más mencionado no sólo por los médicos sino también por enfermeras, auxiliares, practicantes, etc., y lo llaman exactamente así, paciente demandante. Se caracteriza por ser exigente, acrítico, invasivo y emocional. Por lo general es el paciente que más tarda en consulta. Utiliza frecuentemente los servicios de urgencia y de hospitalización, y a pesar de ello le resulta difícil moverse fluidamente en el sistema. Dice comprender lo que se le dice, más no es así. Los

médicos se ‘quejan’ de que hay que explicarles muchas veces. Sufren de patologías crónicas y, en su mayoría, son adultos mayores.

Paciente simulador: Es aquel que afirma padecer alguna afectación física sin tenerla. Son, en su mayoría, ancianos solitarios, sin familia. Al principio le es difícil algunos médicos identificar este tipo paciente, sin embargo, con la experiencia, los van detectando rápidamente. Son conversadores y dicen tener dolores en varias partes del cuerpo, al tiempo que los maximizan. Niegan sobre manera su rol de simulador. Les produce sentimientos de compasión a los médicos quienes nunca dejan de atenderlos. Es muy común que utilicen otros servicios de salud como consulta externa y programas para la tercera edad de la IPS. Tratan de llamar la atención de otros pacientes y son muy amistosos.

2.2.7.2 Tipos de médicos y sus características:

Médico afanado: El médico afanado se reconoce por mantenerse en estados de impaciencia y de ansiedad. Habla muy rápido y, dicen los pacientes, no se le entiende. Es inquieto. No le gusta repetir y cuando lo hace es cortante. Presta más atención al computador que al paciente. De acuerdo con algunos entrevistados, no los toca, no los mira a los ojos, no los examina ‘bien’. Reciben o hacen llamadas desde su celular o fijo interrumpiendo constantemente la interacción. Sus consultas son más cortas de lo ‘normal’. Atienden casi siempre sentados. Por lo general no logran construir una conexión fuerte con los pacientes.

Médico querido: Conocido también como médico humano. Es definido por sus pacientes como alguien alegre, extrovertido, con ‘mucho energía’. Su característica principal es la sensibilidad y su capacidad de escucha. ‘Mira a los ojos’, ‘toca’ y ‘revisa bien’. Es muy gráfico en sus explicaciones: utiliza las manos, los pies, gesticula bastante, dibuja, realiza metáforas, etc. Rompe el hielo con preguntas diferentes al tema que los convoca. Hace chistes. Produce confianza. Al terminar su consulta, sus pacientes siempre le dan las gracias o lo felicitan. Recibe regalos. No impone tratamientos, los negocia. Acierta en los diagnósticos.

Médico inexperto: Básicamente es el médico que recién se gradúa de medicina. Es joven y le cuesta ganarse la confianza de sus pacientes. Dicen los pacientes de edad avanzada, sobre todo, que son inseguros y nerviosos y que no son claros en los diagnósticos y tratamientos. No obstante hay pacientes que piensan que son muy ‘inteligentes’, amables, respetuosos y ‘atentos’. Se caracterizan, además, por ser flexibles y negociar con el paciente los tratamientos.

Médico tradicional: Su experiencia es su mayor atributo, por esta razón sabe manejar las situaciones más hostiles que se le puedan presentar. No tiene preferencias con respecto a sus pacientes, a todos los trata con disposición similar. Es muy crítico con el actual sistema de salud. Es ágil y eficaz. También paternalista. Por lo general es profesor en alguna universidad y tiene buena relación con sus estudiantes. Al igual que el médico querido, se le reconocen gran cantidad de cualidades entre ellas su ‘humanidad’ y paciencia. Sus pacientes dicen salir satisfechos de su consultorio. Ha sido médico de cabecera y siempre tiene una lista larga de pacientes en espera ser atendidos. Los adultos mayores manifiestan tenerle ‘mucho fe’.

2.3 LA RMP EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

El área de hospitalización es uno de los pasos dentro de una red de estaciones por los que debe pasar un paciente cuyo estado de salud merece la aplicación de procedimientos y acompañamientos por parte del médico y demás personal de salud. Allí, el paciente comienza a experimentar una serie de situaciones, además de corporales, relacionales con médicos, otros pacientes y familiares. A diferencia del área de urgencias, los ritmos, las rutinas y las relaciones interpersonales tienen otras características que serán descritas a continuación.

2.3.1 El paso por hospitalización

Es la primera vez que a Andrés lo hospitalizan. En sus 25 años de vida sólo ha visitado estos lugares el día en que su único hermano tuvo un accidente de tránsito. Desde entonces ha asociado los hospitales (ahora IPS) con emociones como la

'angustia' y la 'soledad'. *"En estos momentos sí que se da uno cuenta de lo aburridor que son los hospitales (...) desde el primer día ya me quería ir (...) Y eso que aquí lo tratan lo más de bien a uno"*, dice Andrés.

Días antes de arribar al área de urgencias, él comenzó a sentir dolores en las 'costillas', el 'pecho' y el 'pulmón', además de sentirse 'muy asfixiado'. *"Me hicieron una placa⁷³ y me dijeron que tenía pulmonía (...) que después se convirtió en neumonía"*. Luego de estar aproximadamente cinco horas en una de las camillas de urgencias, lo remitieron al área de hospitalización y allí le informaron que iba a pasar de tres a cuatro días en tratamiento y observación. *"Eso me dijeron al principio y ya llevo 15 días y parece que me van a dejar 10 más"*, afirma Andrés con resignación.

Según uno de los médicos que lo atendió, la causa de su afectación corresponde a una *"gripa mal cuidada"* o a una *"mojada acalorada"*. *"Pues no sé, de pronto pudo haber sido lo de la mojada, aunque no estoy muy seguro"*, señala Andrés mientras trata de recordar la causa 'real' que pudo haber desencadenado la neumonía.

Desde que ingresó a la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez, se ha relacionado con cuatro médicos, además del personal asistencial. *"¿Y cómo ha sido su relación con los médicos?"*, le pregunta el entrevistador a Andrés. *"Me ha ido bien, aunque hay unos mejores que otros (...) rinden como más (...) Hay unos, sobre todo el que me revisa en la mañana, que si lo mira completamente a uno: Me apreta el estómago, me explica dónde estoy hinchado, me pregunta pues cómo me siento y si me estoy tomando juicioso la droga y así (...) mientras que los otros no son así (...) hay uno que viene muy de vez en cuando y se mantiene como de afán; eso llega, mira ahí como por los laditos y se va, a veces ni se despide"*.

En sus primeros días, Andrés recibió información sobre uno de los diagnósticos preliminares de parte del 'médico de la mañana'. *"Hermano, hay algo aquí que no*

⁷³ Se refiere al procedimiento para hacer fotografías del interior del cuerpo por medio de los rayos X, es decir, una radiografía.

cuadra”, le dijo éste a Andrés, al tiempo que miraba sus radiografías. *“Lo que pasa es que tengo mis dudas y creo que lo que usted tiene es otra cosa”*, agregó en voz baja. *“Le voy a mandar hacer otros exámenes (...) yo creo que usted tiene tuberculosis”*, sentenció el médico. La respuesta de Andrés fue el silencio. Sólo fue después de que salió el médico de aquella habitación que Andrés reaccionó: tomó el teléfono y llamó a su esposa y comenzó a narrarle lo sucedido.

“¿Qué te pasó por la mente cuando el médico te dijo eso?”, le pregunta el entrevistador al día siguiente. *“Yo la verdad no contaba con eso (...) Prácticamente uno no encuentra nada que hacer (...) el acabose total (...) en la noche me acordaba de eso y me puse hasta a llorar”*, responde Andrés. *“¿Y qué sabes de la tuberculosis que lloraste?”* Pregunta el entrevistador. *“Pues lo que sabe todo el mundo, que uno se muere (...) que la gente no se cura de eso”*.

Pasado algunos días, el médico regresó con el resultado de los exámenes y descartó tal posibilidad. *“Me volvió el alma al cuerpo”* le dice Andrés emocionado. En esos momentos el médico comenzó a explicarle el por qué de sus dudas. *“¿Entonces me puedo ir ya para la casa?”* Preguntó Andrés. *“No, tenemos que esperar que estas radiografías mejoren”*, responde el médico al tiempo que señala, con fotografía en mano, algunas ‘zonas oscuras’ en sus pulmones.

Eran las dos de la tarde y Andrés, quien ya llevaba 10 días en hospitalización, se encontraba en compañía de una tía conversando. Un médico, diferente, entró aquella habitación y comenzó a examinarlo. Una vez terminada la revisión éste le dijo: *“Me gustaría hacerle una prueba de VIH (...) le voy a pasar una orden para que me la firme (...) lo que dice prácticamente la orden es que si en caso de resultar positivo la información se la pueden dar sólo a usted o a su familia o como usted quiera”*. De nuevo Andrés respondió con silencio. *“Ahora viene una enfermera y le va a sacar un poquito de sangre. En dos o tres días le traen los resultados”*, dijo el médico.

Tres días pasaron y los resultados llegaron. Una enfermera le entregó un sobre a Andrés quien de inmediato se lo pasó a la misma tía que se encontraba con él aquel

día. Ella abrió el sobre y dijo que no entendía nada. *“Ni se le acurra entregármelo”,* le dijo Andrés, *“Mejor vaya y busque al médico y le entrega eso”*. Acto seguido, la mujer sale de la habitación mientras Andrés se queda caminando de un lado para otro. No tardó mucho para que se descifraran los resultados. *“Todo salió dizque bien, muy bien”,* expresó tranquila la mujer.

“¿Cómo se sintió todo ese tiempo mientras llegaban los resultados?” Pregunta el entrevistador. *“Muy mal. Todo ese tiempo me la pasé haciendo cuentas a ver quién era la que me había pegado el Sida. Se pone uno hacer cuentas: que fulanita, que fulanita. Entonces a uno le da como lloradera (...) y entonces qué le voy a decir a mi mujer, a mi suegra, mejor dicho me llevó el que me trajo”,* responde Andrés.

“¿Y qué piensa usted de lo que le han dicho los médicos en todo este tiempo?” Pregunta el entrevistador. *“Pues la verdad ya no sabe uno qué creer y a quien creerle (...) eso que vaya llegando cada rato un médico diferente a decirte que tiene yo no sé qué enfermedades así como así (...) sin anestesia (...) Yo creo más bien que esos médicos no saben ni lo que dicen, ellos mismo se enredan (...) Uno viene y me dice una cosa por la mañana y viene otro a decirme otra cosa en la tarde (...) Qué pereza eso así. No veo la hora de que me dejen ir para la casa. ¡Me siento como en una cárcel!”*, Responde Andrés.

De lo anterior pueden inferirse varias cosas. Una de ellas tiene que ver con la manera, o mejor, con las condiciones en que se presentan las relaciones entre médicos y pacientes. A diferencia del área de urgencias, en donde ambos sólo se ven una vez, el área de hospitalización permite mayor contacto. El paciente es visitado por el médico, o médicos, varias veces en el día y se le realiza un seguimiento constante en el que también participan enfermeras, auxiliares practicantes y demás personal asistencial.

Los médicos de hospitalización se distribuyen los pacientes por habitaciones: *“Por ejemplo, a mí me toca todos los que estén del lado izquierdo de este pasillo, como de la cama 101 hasta la 110, más o menos”,* explica uno de los médicos. Sin embargo, como hay dos turnos, los pacientes son observados por, mínimo, dos

profesionales. En ocasiones, algunos estudiantes de medicina de los últimos años también visitan a ciertos pacientes como parte de la práctica⁷⁴.

Precisamente, la relación constante con los médicos puede traer consigo, por un lado, el fortalecimiento de lazos afectivos y, por el otro, predisposiciones o pérdida paulatina de la confianza. De acuerdo con la experiencia de Andrés, tanto las percepciones médicas como las maneras de transmitir los diagnósticos, creaban, a la vez, dudas hacia ellos como profesionales y sobre su estado de salud. Si algo se tenía claro, eran las contradicciones entre los profesionales (*“Uno viene y me dice una cosa por la mañana y viene otro a decirme otra cosa en la tarde”*) lo que producía en éste angustias e incertidumbres.

A despecho de lo anterior, si algo caracteriza a los pacientes interpelados es aquel vínculo estrecho hacia sus sanadores. Expresiones como *“Mi doctor es lo más lindo”* *“Si el médico me dice que me tengo que parar en las manos, yo lo hago”* y *“Esos doctores de aquí son la verraquera, cuál de todos más especiales”*, lo corroboran.

Por otra parte, referente a la participación de los pacientes en sus propios procesos curativos, se podría decir que casi siempre se acogen a las decisiones del médico. *“Si uno no les explica qué es lo que tiene y cómo se deben cuidar, ellos no preguntan”*, señala una médica del turno de la tarde a la vez que menciona algunos ejemplos sucedidos aquel mismo día. El hecho de que Andrés, como muchos otros, no indague a sus interlocutores por la significación de las radiografías, o por los efectos de la medicina suministrada, o el por qué del aplazamiento de su alta, reafirma la apreciación de la profesional.

Pues bien, otro punto importante para destacar es el inconformismo del paciente resultado de la estadía forzosa. Hay consenso entre los entrevistados en cuanto al desgaste psicológico que produce el estar internado en una habitación de IPS. La Metáfora mencionada por Andrés (‘el hospital es como una cárcel’) fue utilizada

⁷⁴ Por esta razón Andrés decía que era atendido por cuatro médicos, pues se refería a los profesionales que laboraban en la mañana y en la tarde, además de los estudiantes de medicina.

también por otros: *“Yo nunca he estado en una cárcel pero esto si se parece mucho: lo levantan a uno temprano, no lo dejan salir y no hay nada para hacer”*, afirmó Marta, una paciente quien lleva casi un mes de haber ingresado a causa, también, de una neumonía⁷⁵.

Y es que construir rutinas mientras se está hospitalizado resulta ‘muy complicado’ según expresan los pacientes, pues aunque existen unas actividades generales como la hora de las comidas, de la ronda médica y de las visitas, el estado de salud de cada paciente es el que determina, o mejor, permite tener un orden a modo de rutina.

2.3.2 “Hoy te doy de alta”: la salida del área de hospitalización

Si existe una característica que identifique a los pacientes hospitalizados, es exactamente el deseo de escuchar del médico la frase: “Hoy te doy de alta” o “Ya se puede ir para la casa”. Incluso quienes afirman sentirse ‘bien atendidos’ o expresan ‘pasarla bien’ no dejan de lado su deseo de volver a su cotidianidad. Se suman a esta lista, además, las personas llamadas ‘habitantes de la calle’ los cuales recurren a términos como la ‘libertad’ para decir que se sienten mejor ‘afuera’.

“Me han estado diciendo que me dan salida hace dos semanas y nada”, dice una paciente que está internada hace un mes a causa de una neumonía. En diversas ocasiones, ya sea porque ha empeorado la salud del paciente o porque existen dudas por parte de los médicos en cuanto a los resultados de los tratamientos, las ‘promesas de salida’ se rompen constantemente. La explicación dada por algunos médicos al respecto, radica en que los mismos pacientes están preguntando

⁷⁵ De acuerdo con los médicos del área de hospitalización las personas que llegan allí padecen, en su mayoría, enfermedades respiratorias: *“ (...) las gripas, las bronquitis, las otitis, las amigdalitis, las asfixias y las enfermedades crónicas respiratorias como el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva que está producida generalmente por el cigarrillo, podría decir que las crónicas el 50% están relacionadas con el cigarrillo que son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma y los problemas del corazón, esa es la mayoría de los que vienen y ya el otro, son los accidentes en la casa, los que se cayeron en la casa, los cortados, los accidentes de tránsito que estamos en una epidemia de accidentes de tránsito, mucho accidente de moto y lo otro ya son las eventualidades”*.

constantemente sobre su salida, entonces, como una manera de ‘bajarles la ansiedad’ se recurre a ‘falsas promesas’.

No obstante, las consecuencias de aquellas ‘falsas promesas’ se materializan en las actitudes y ‘buenas disposiciones’ de los pacientes. *“Cuando uno les dice lo que quieren oír, ellos se vuelven más receptivos con algunos procesos incómodos (...) le facilitan a uno más las cosas”*, explica uno de los médicos.

Ahora bien: cuando llega el momento real de la salida, el paciente usualmente expresa al médico, y al personal de salud con el que se crearon lazos afectivos más fuertes, sus agradecimientos. Estos instantes se destacan por estar cargados de emotividad y de expectativa. Emotividad por la interacción constante en la que se involucraron, y expectativa porque se espera la recuperación total del paciente.

2.3.3 “Vamos a visitar unos pacienticos”: la ronda médica

A las siete de mañana el doctor Calle⁷⁶ comienza su ronda médica. Minutos antes él realiza un pequeño ritual: desarruga su bata blanca, limpia sus gafas, se acomoda el estetoscopio, selecciona otras herramientas que podría necesitar esa mañana y se toma un café. En ocasiones le pregunta a las enfermeras sobre cómo pasaron la noche ciertos pacientes y de parte un rato con sus colegas de piso. Una vez se siente listo inicia su recorrido. Aquella mañana le dice al etnógrafo: *“Vamos a visitar unos pacienticos”*.

En el primer cuarto que ingresó habían dos pacientes: una mujer mayor y un campesino. La ‘abuelita’, como les dice Calle a todas las mujeres ancianas, fue la primera en recibir atención. Habitualmente, el protocolo que realiza éste médico es el siguiente: saluda, pregunta ‘cómo se siente’ y ‘cómo pasó la noche’, hace preguntas sobre medicamentos, mira radiografías, toma el pulso y la presión, genera breves charlas sobre otras situaciones personales del paciente (la familia,

⁷⁶ Como una forma de mantener el anonimato y la confidencialidad del médico que permitió realizar el seguimiento etnográfico durante sus rondas médicas, el apellido Calle remplazará el real.

actividades en los tiempos libres, rutinas, etc.), responde inquietudes y se despide, casi siempre con palmadas en los hombros.

A pesar de que Calle manifiesta tener un trato 'parejo' con todos sus pacientes, reconoce que se siente mejor con los y las 'abuelitas'. Ello se corrobora en los tiempos de consulta, los cuales son más prolongados en comparación con otros, en el contacto físico, en el tono de voz utilizado y en las frases de 'esperanza' con las que se despide y no usa con los demás: *"Vas a ver que mañana te vas a sentir mejor". "Pero yo te veo muy bien hoy, vea como amaneció de bonita". "Hombre, no te preocupes que si alguien se va ir rapidito de acá sos vos ¡ ánimo!"*.

Como se ve, las preferencias personales conllevan a unas posturas que desembocan en tratos diferenciales, así mismo lo manifiesta una de las médicas del área de hospitalización: *"Uno no es que vaya a tratar mal a los otros pacientes sino que uno como que se identifica con algunos (...) por ejemplo en el caso mío con las maternas (...) yo me encariño con las maternas, entonces uno como que se dedica más a ellas"*.

Luego de despedirse de la 'abuelita', Calle se dirigió a la cama de José, un campesino desplazado por la violencia quien llevaba 25 días hospitalizados a raíz de una fractura en su pierna derecha, además de recibir tratamiento de diálisis.

"¿Cómo se siente?" Le pregunta Calle a José quien, con gestos de dolor, afirma que le duele la pierna, y señala con su dedo el punto exacto. Calle hace caso omiso de aquella afirmación y le dice: *"tengo ganas de darle salida hoy, ¿usted qué piensa?"*. José lo mira a los ojos, se ríe y le responde: *"Usted es el que sabe doctor"*. El médico le pregunta: *"¿Qué le dijo el ortopedista?"* *"Nada"*, dice José. Calle mira las radiografías de la pierna de José y le dice: *"El tobillo le va a quedar pegado"*. *"¿Será?"* Responde José. *"¿Usted qué ha pensado de la diálisis peritoneal⁷⁷?"*

⁷⁷ Con base en la enciclopedia Virtual Wikipedia, la diálisis peritoneal es *"un método para eliminar los desperdicios como la urea y el potasio de la sangre, así como también el exceso de líquido, cuando los riñones son incapaces hacerlo (es decir en falla renal). Es una forma de diálisis renal, y es así una terapia de remplazo renal."*

Cambia de tema Calle. *“Yo no sé doctor”, responde José. “¿A usted quien le metió miedo sobre la diálisis peritoneal?”* Pregunta algo serio Calle. *“Los mismos pacientes, allá en Tarazá”,* dice José mirando hacia abajo.

El tema de la diálisis de José ha sido muy reiterativo por parte del médico durante toda la consulta. Una y otra vez se escuchan salir frases de Calle como las siguientes: *“Es la única posibilidad que yo le veo a usted”*. *“Es la única alternativa para su caso”*. *“Piénselo muy bien que es lo único que le queda”*. A pesar de la insistencia de Calle por persuadir a José, éste se ve muy seguro de su decisión, aunque siempre la respuesta la da esquivando la mirada del médico.

“¿Qué le dijo el médico de Tarazá?” Pregunta Calle con respecto a la famosa diálisis. *“Ese médico no me gusta, me tiene como rabiesita. Me habla golpiado. La otra vez me se hizo perder la ida y yo que venía de lejos”* Responde José. *“Eso debió ser porque usted no se ha portado bien con la diálisis”* Le dice Calle mientras mira de nuevo las radiografías de la pierna de José. *“Usted tiene es dos fracturas”*.

Al parecer el ortopedista no se dio cuenta de la segunda fractura. Según José, sólo le tomaron la radiografía en un lugar de la pierna lejano al epicentro del dolor, dejando por fuera parte de la segunda fractura. De este modo, José concluye afirmando que sus preocupaciones radican en su ‘desamparo’. Dice que no tiene a nadie quien le ayude o lo acompañe y por eso no quiere someterse al procedimiento de diálisis peritoneal.

Después de salir de dicho cuarto, Calle hace comentarios sobre el estado de salud y sobre la actitud de José. Con respecto a la primera indica que el caso de éste es ‘tan delicado’ que algunos médicos han evitado tratarlo por temor a ‘fallar’ en los diagnósticos y procedimientos y, posteriormente, a ser ‘demandados’. *“A uno, y a los mismos colegas nos da como temor asumir riesgos como los de este paciente”*. Dice Calle. Referente a la segunda, hace críticas en torno a las decisiones de José. Dice no comprender (y en cierta forma, no aceptar) cómo no quiere someterse a un tratamiento que le podría salvar la vida. Al respecto declaran Devillard y Otegui lo siguiente:

*De este modo, las posibles resistencias que los individuos oponen a las indicaciones y prescripciones del médico no se pueden invalidar como si fueran manifestaciones de su propia ignorancia, sino que hay que tomarlas como en consideración en cuanto expresión de condiciones objetivas de existencia, de necesidades, de modelos culturales que el médico mismo pone en juego con sus intervenciones.*⁷⁸

Este tipo de posicionamientos de resistencia hacia los procedimientos clínicos ‘sugeridos’ por los médicos no son usuales en aquel lugar, pues gran parte de los pacientes, pertenecientes al Régimen Subsidiado, tienen la creencia que les están haciendo un favor con la atención recibida, razón por la cual se someten a las decisiones del médico tratante. *“Es que uno tiene que ser agradecido (...) que se va a poner uno a renegar de lo que le están dando (...) a mí me daría pena ponerme a molestar a esos doctores que se mantienen todos ocupados”*. Afirma de las pacientes de Calle.

Fueron ocho los pacientes ‘visitados’ por el médico Calle en esa mañana. Justamente, este último había ingresado la noche anterior debido a una ‘falla cardíaca’. A pesar de que era la primera vez que se veían, la manera cómo se relacionaron mostraba lo contrario. *“Doctor, esta mañana amanecí muy mareada”*, fue la frase que abrió la interacción. A su vez Calle procedió a explicarle las causas de su malestar y el tiempo que posiblemente iba a permanecer en esa cama.

Pasados unos minutos le dice el médico a Carlos: *“Voy a mirar su historia y ya vengo”*. Al indagársele a Calle por qué no le preguntaba sobre sus afectaciones directamente a la paciente, él responde que es mejor mirar la información escrita, pues no ‘confía mucho’ en las explicaciones de sus interlocutores: *“Ellos a veces no*

⁷⁸ DEVILLARD Marie Jose; OTEGUI, Rosario y GARCÍA, Pilar. La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo de Artritis Reumatoide. Ed. comunidad. Madrid, 1986. P 11.

saben lo que tienen y a muchos parece que no les interesa, por eso es mejor como mirar en la historia clínica de una vez, así no hay pierda”.

Una de las razones para que los médicos no negocien con sus pacientes los procedimientos a aplicarles, está asociada con la actitud ‘pasiva’ y ‘desinteresada’ que muestran aquellos con respecto a sus dolencias. Buena parte de los hospitalizados, dice una de las médicas de ese piso, descargan la responsabilidad de sus estados de salud a sus familias. *“Uno encuentra tíos, primos (...) que le dan cátedra a los mismos enfermos sobre sus patologías (...) por eso muchas veces ellos se relajan”.*

Otra razón tiene que ver con la dimensión de alfabetización en salud por parte del paciente, pues, como lo declara Calle, es habitual que estos no sepan expresar sus síntomas ni relacionarlos contextualmente. Además, quienes si manifiestan verbalmente sus afectaciones no dan toda la información.

Con la historia Clínica de Carlos en sus manos, Calle dice que ya ha terminado su ronda médica: *“Ya mañana cuando tenga más información sobre el paciente lo veo”.* De esta manera, Calle se dispone a realizar otra de sus tareas: sistematizar la información de las ‘visitas’. En tal actividad, menciona él, se le ha ido hasta dos horas, mientras la ronda sólo dura, aproximadamente una hora. *“Esos procesos administrativos son los que más tiempo le quitan a uno (...) pero son necesarios. Hay que hacerlos”.*

En este mismo sentido, aseveran los médicos entrevistados que es motivo de tensión no sólo estar ‘llenando planillas’, sino también las presiones a las que se ven sometidos, de parte de la administración de la IPS, por mantener disponibles camas. *“A veces es muy duro trabajar así (...) desde urgencias le están diciendo a uno constantemente que se necesitan camas para otros pacientes y uno pendiente de mandar los menos graves para la casa (...) por eso el que me dé papaya lo mando para la casa”.*

En suma, como sea mostrado, las relaciones entre médicos y pacientes en el área de hospitalización se encuentran definidas por protocolos propios e institucionales, por preferencias relacionales, por actitudes temporales, por circunstancias del momento. La suma de estos factores comienzan a definir posturas que determinarían otras experiencias posteriores. En el caso del paciente mencionado, las incoherencias y los puntos de vista encontrados de parte de los médicos tratantes han producido ya 'desconfianza' y 'dudas', en otras palabras, se han establecido predisposiciones. El médico, por su parte, podría, verbigracia, fortalecer sus protocolos personales y hacer del acto médico un acto mecánico.

2.3.4 Caracterización del médico y del paciente: área de hospitalización

Al igual que en el área de urgencias, en el área de hospitalización de la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez médicos y pacientes construyen categorías que condensan algunas características generales las cuales definen personalidades y formas de proceder. Como se podrá apreciar, tales categorías difieren, en gran medida, de las descritas en urgencias, poniendo de manifiesto las experiencias diferenciadas que se configuran entre ambos por el mero hecho de cambiar de contexto, o mejor, de piso.

A continuación, las características del médico, según los pacientes (y algunos acompañantes y familiares), y de los pacientes, según los médicos (y demás personal de salud) que allí se relacionan.

2.3.4.1 Tipos de pacientes y sus características:

Paciente novato: Es aquel que nunca antes habían estado hospitalizado. Las causas de sus afectaciones se deben a accidentes de tránsito u otro tipo de eventos fortuitos. El nuevo rol lo asume con temor y timidez, y cae en estados de angustia con facilidad, máxime si su estadía es prolongada. Es obediente a las decisiones de los médicos y es sumiso ante las intervenciones de los demás trabajadores de la salud. Es muy visitado por familiares y amigos y son éstos, en la mayoría de los casos, quienes más se relacionan con el médico tratante. Desconoce los caminos

burocráticos del sistema de salud, razón por la cual gasta mucho tiempo en trámites administrativos.

Paciente experimentado: Es ese que ya antes ha estado hospitalizado. Por lo general padece de alguna enfermedad crónica, lo que lo lleva a tener recaídas y visitar repetidamente las áreas tanto de urgencias como de hospitalización. Tiene gran conocimiento de su enfermedad así que actúa con cierta autonomía. Consulta sobre sus afectaciones en Internet u otro medio de información. Es un paciente que negocia tratamientos con el médico porque sabe sobre procedimientos y medicaciones. Evalúa constantemente a los profesionales de la salud con que se relaciona y no escatima en desaprobación sus diagnósticos y formas de ejercer la medicina. Debido a su experiencia como usuario de los servicios hospitalarios sabe moverse dentro del sistema de salud e incluso ya ha hecho uso de herramientas constitucionales como la Acción de Tutela para reclamar sus derechos.

Paciente dependiente: Al igual que el paciente novato, el dependiente se destaca por su pasividad en la interacción con el médico. Tiene poca participación en su proceso de curación y deposita tales responsabilidades en el cuerpo médico y en sus acompañantes. No muestra interés por su estado de salud y desconoce los procedimientos clínicos que le practican. Igualmente, desconoce los procesos administrativos los cuales son asumidos por sus familiares o, en caso de no tenerlos, por las trabajadoras sociales o algún otro funcionario de la IPS. Su actuar se ajusta al modelo paternalista propuesto por el campo de la bioética.

Paciente solitario: El paciente solitario se caracteriza por tener una situación económica y social más difícil que el resto de los beneficiarios de los subsidios estatales en salud. Es normalmente desplazado por la violencia o habitante de la calle. Dice no tener amigos ni familiares. Padece enfermedades crónicas, terminales u otras patologías 'graves'. No habla mucho con otros enfermos y es preciso al momento de relacionarse con el médico. Casi nunca hay quejas de él por parte del personal de salud. Utiliza los servicios sanitarios con frecuencia pero en diferentes IPS. Sabe moverse dentro del sistema de salud aunque dice no conocer su dinámica.

Paciente difícil: Es aquel cuya actitud con el médico y demás personal de salud es ofensiva. Según los médicos, el paciente difícil no tiene una patología específica, pudo haber sido internado a causa de alguna enfermedad o accidente. Es prevenido en la interacción con el médico pero abierto con los demás pacientes. Exagera los síntomas. Le gusta llamar la atención, razón por la cual es bien conocido por el personal que lo atiende. Se queja frecuentemente ante la administración de la IPS por los servicios prestados.

Entra también dentro de la categoría de 'difícil' el paciente demandante quien, a pesar de no ser ofensivo, si desgasta al personal de salud por sus continuos requerimientos y cuidados. En cuanto a las dinámicas del sistema de salud, lo desconoce y se irrita con facilidad ante los trámites burocráticos.

2.3.4.2 Tipos de médicos y sus características

Médico humano: Es el médico que todos los pacientes quieren. Siempre está anímicamente bien. Es optimista, comprensible y sensible al dolor del paciente. Se toma el tiempo que sea necesario para solucionar las dudas de su interlocutor. Es claro y preciso. No tiene género ni edad, pues es más un asunto relacionado con la 'forma de ser', con la 'actitud' y con la personalidad. No sólo tiene buenas relaciones con sus pacientes, sino también con sus familiares y compañeros de trabajo. Le gusta negociar sus tratamientos y no hace imposiciones. Le gusta dar consejos. Disfruta lo que hace. Se mantiene informado sobre nuevos tratamientos y procedimientos médicos. Es crítico con las políticas de salud pública y siempre tiene propuestas para mejorar los servicios sanitarios.

Médico regañón: También llamado médico 'cantaletoso'. A pesar de tener buenas relaciones con sus pacientes, el médico regañón es criticado por desaprobando los hábitos, creencias, opiniones y actitudes de sus interlocutores. Se reconoce por utilizar expresiones como: "¡Deje de fumar!", "¡No consuma tanto azúcar!", "¡Haga deporte!", "¿Si se tomó las pastillas a la hora que era?" "¡No tome licor!", entre otras. Normalmente son médicos que ya llevan ejerciendo durante muchos años su

profesión. No negocia sino que persuade, o incluso impone sus tratamientos. Es conversador y conoce nombres y apellidos de sus pacientes.

Médico alarmista: El médico alarmista es aquel que causa desasosiego en sus pacientes con diagnósticos apresurados. Por lo general luce dudoso cuando observa y analiza exámenes, radiografías u otro tipo de información clínica del paciente. Es pesimista y esas sensaciones se las trasmite a sus interlocutores causando emociones ligadas a la tristeza y a la depresión. Es catalogado como 'desconsiderado', pues no mide los efectos adversos que trasmite. No es claro y por momentos se contradice. Normalmente son de género masculino, pues las mujeres acostumbran a generar, por el contrario, tranquilidad, sosiego. Al final, cuando obtiene claridad sobre las afectaciones de sus pacientes, todo resulta ser una falsa alarma.

2.3.5 A modo de conclusión

En síntesis, se ha intentado mostrar la relación médico-paciente como una relación humana compleja con objetivos muy claros: restablecer la salud de quien padece alguna afectación corporal, o evitar el padecimiento. Para cumplir con tal propósito, el médico y el paciente participan de un espacio de interacción, en principio bilateral, tanto racional como emocional, que integra pensamientos, sensaciones, diálogos, posiciones, predisposiciones y acciones. Teniendo presente que tal interacción está definida socioculturalmente de acuerdo a lugares y funciones de sus participantes, la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez posibilita un contexto que permite no sólo comprender cómo se presenta la interacción clínica allí, sino también conocer cómo en un fragmento del sistema de salud se ve representada su totalidad.

Y es justamente sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud, visto como escenario de relacionamiento entre el médico y el paciente, sobre lo que se va a reflexionar en el siguiente capítulo. En este se procura desarrollar el impacto que tiene en la relación médica las lógicas y dinámicas de los agentes sociales

integrantes del Sistema. Se pretende, en suma, contextualizar lo que en el primer capítulo se llamó la perspectiva estructural.

3. EL SISTEMA DE SALUD COMO ESCENARIO DE RELACIONAMIENTO

En la actualidad, en Colombia, las relaciones entre médicos y pacientes se encuentran dentro de un escenario llamado Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este espacio confluyen, por un lado, una serie de agentes sociales (Estado, EPS, IPS, pacientes, médicos, otros profesionales de la salud y el personal administrativo) con roles e intereses específicos y, por el otro, unas lógicas y pautas que intervienen en la forma como se relacionan dichos agentes. En el desarrollo de estas dinámicas, el médico y el paciente comienzan a configurar un orden en el que se hacen visibles tres planos: reglas de interacción, relaciones de poder y lógicas y prácticas de negociación e interacción.

El primero se refiere a aquella normativa institucional, ligada a políticas nacionales e internacionales, que definen unos protocolos los cuales deben de ser acatados por pacientes y médicos. El segundo tiene que ver, de acuerdo con la metáfora económica del 'capital' planteada por Pierre Bourdieu, con aquel 'capital' de tipo jurídico establecido por la Constitución de 1991 que permite, desde el concepto de 'derecho', disminuir la brecha entre el paciente y el médico. Y el tercero hace hincapié en las formas como operan las anteriores lógicas en la interacción como tal.

3.1 REGLAS DE INTERACCIÓN

3.1.1 La 'papelización' del paciente

Dos hombres se bajaron apresurados de una moto en la entrada del área de urgencias de la Unidad Intermedia de Castilla. Uno de ellos, quien se encontraba en la parte de atrás del vehículo, ingresó corriendo con un bebé en sus manos. El niño expulsaba sangre por su ceja derecha y lloraba incansablemente. En esta ocasión, el vigilante de aquella área simplemente abrió la puerta sin exigir ninguna información

y sin aplicar ningún protocolo. Normalmente, siempre hay alguien del personal de salud (Médicos o enfermeras) detrás de aquellas puertas esperando al paciente para guiarlo hacia los consultorios; sin embargo, debido a la premura del caso, Andrés (padre del niño) no encontró a nadie quien lo dirigiera y comenzó a caminar por los pasillos de urgencias buscando a un médico. No tardó en encontrarlo.

“Éntrelo por acá”, le dijo un médico al padre del bebé. “Lo que pasa Doctor es que se cayó por las escalas”, comenzó a explicar Andrés mientras éste lo observaba. “Es sólo una cortadita”, dijo el médico con voz pausada y tranquila. En esos momentos la expresión del hombre cambió notoriamente, ahora lucía menos tenso y ansioso. “¿Me presta los documentos por favor?” Afirmó el médico. “No los traje doctor (...) como me asusté todo cuando le vi la cara llena de sangre al niño, salí sin papeles ni nada. Ni la cédula la traje... pero ya viene mi señora con todos los papeles”. Dijo el Andrés. “¿Cual es su EPS?” Preguntó el médico. “Colmédica”, respondió él.

Debido a la urgencia de la situación y a la cercanía con la Unidad Intermedia de Castilla, Andrés decidió traer a su hijo a esta IPS y no a donde siempre ha consultado. Él se encuentra afiliado a una EPS del Régimen Contributivo y debe, según le explicó el médico, comunicarse con aquella institución para pedir autorización y poder suturar la herida. *“Ellos (Colmédica) son los que pagan”, agregó el médico.*

Al tiempo que se esperaba la llegada de los ‘papeles’, el médico atendía en otros consultorios a otros pacientes. El niño, por su parte, continuaba llorando y expulsando sangre por su ceja mientras que un enfermero estaba atento a que el líquido no le cayera en los ojos.

Quince minutos después regresó el médico al lugar y le preguntó de nuevo a Andrés: *“¿Ya llegó aquello?” –“Nada doctor, ya debe de estar que llega”, respondió. Esta misma escena se repitió dos veces más. Pasada una hora, ingresó por vez última el médico y exclamó: “¡Qué bobada!, son dos hilitos que hay que ponerle y listo... yo me hago responsable entonces.” Acto seguido le pidió al enfermero los materiales quirúrgicos para la intervención la cual no duró cinco minutos.*

De la anterior escena puede decirse varias cosas. Una de ellas se centra en lo relativo al ‘acceso’ a los servicios de salud. Queda claro que para recibir atención médica, el paciente debe convertirse en ‘usuario’ mediante la afiliación a uno de los regímenes de aseguramiento establecidos en la Ley 100 de 1993, es decir, al Régimen Contributivo o Régimen Subsidiado. La afiliación se materializa a través de la obtención de documentos o ‘papeles’ como el carné el cual identifica e indica los datos generales del beneficiario (en el Régimen Subsidiado) así como información de la EPS-S.

Cuando una persona sin capacidad de pago no es beneficiaria por el Estado, esto es, no se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado, y necesita atención médica, se denomina ‘pobre no asegurada’ (antes llamada ‘vinculada’) y debe identificarse con su cédula de ciudadanía o el registro civil y el documento del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN⁷⁹). Este último documento es llamado por sus portadores como ‘La Hoja’ porque es un papel, de formato carta, que tiene información sobre el nivel que ocupa en censo estatal.

Esta clase de documentos o, simplemente, de papeles, son indispensables para ser legitimados y visibilizados al momento de requerir atención médica, y puede convertirse, en caso de no tenerlos, en un obstáculo, como se ve en la historia, para el acceso al sistema de salud. Por tal razón, los pacientes-usuario de la Unidad Intermedia de Castilla, con pocas excepciones, mantenían, de manera visible (en carteras, en bolsas plásticas, en sobres o en la mano) tales papeles. A pesar de que algunos desconocían el contenido del papel, reconocían la importancia de su porte: *“¿Sabe qué dicen esos papeles?”*, se le preguntó a una usuaria. *“La verdad no sé... pero sé que con esto (los papeles) me revisa el médico”*, responde. Así las cosas, el paciente ‘es’ en la medida que presente sus ‘papeles’ pues es la mejor forma (por no decir la única) de hacerse visible en el sistema de salud.

⁷⁹ El SISBEN es un sistema de información que permite identificar a la población que vive en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, con el propósito de seleccionar a los beneficiarios de los programas sociales del Estado. Consiste en una encuesta que permite obtener información sobre la calidad de vida, en aspectos como el empleo, ingresos económicos, educación y servicios públicos.

De otra parte, el médico debe ceñirse a protocolos de atención relacionados con los intereses de la institución para la que se encuentra laborando. Claramente se ve cómo del médico, quien atendió a la menor, superpuso, por unos instantes, sus intereses como profesional por los intereses institucionales, y ello se evidencia a través de la expresión “Ellos (la EPS Colmédica) son los que pagan”.

De igual modo, la relación entre médicos y pacientes atiende a la formalización institucional. Prueba de ello son los rituales que se llevan a cabo antes, durante y después de la interacción: solicitud de identificación como usuario, solicitud de información como paciente, prácticas de recopilación de información, procedimientos de diagnóstico, sistematización digital de la información.

Pues bien, aquella situación, en el que el médico se debate entre una disyuntiva ética que lo obliga a estar ponderando su accionar profesional, es abordada por Sonia Echeverri quien afirma que:

...en la ética médica actual surgen dos posturas irreconciliables y antagónicas: una arraigada en la defensa de los intereses del enfermo, y otra dirigida a proteger los intereses personales o de terceros. Esta difícil situación obliga al médico a decidir entre el altruismo (exigidos por todos, dada su profesión) y los intereses propios o de terceros, lo que lo arrastra a un dilema que debe afrontar, pero sobre todo resolver.

De tal suerte que el médico tiene que escoger con frecuencia –y cada vez con más frecuencia- entre dos actuares: el que dicta su conciencia, regido por las virtudes, por su formación, normas éticas y compromiso con el paciente; y el otro dirigido por políticas estatales e instituciones, y dictadas por economistas y grupos financieros. La decisión se hace más difícil a raíz de que este último se vale del establecimiento del sistema de incentivos económicos para hacer inclinar la balanza a su favor, para poner como con ‘razón de ser’ del médico la rentabilidad en términos económicos”⁸⁰.

⁸⁰ ECHEVERRI de Pimiento, Sonia. La medicina como institución: entre la voracidad y el suicidio. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá. 2004. Pp 65-66.

3.1.2 Lógicas del sistema de salud

Caso Uno: sobre la incorporación de otros agentes

Juliana lleva cuatro días hospitalizada. Según el médico que la atiende, ella ‘sufre’ de una enfermedad que consiste en que *“los músculos del cuerpo van perdiendo su fuerza y se necesita de un medicamento para ayudarlos a recuperar su vitalidad”*. En los trece años que lleva Juliana padeciendo estos síntomas, ha descubierto la eficacia de unas ‘pastillas’ cuyo efecto le permite realizar normalmente actividades diarias como trabajar y ‘mantener’ a su hija de dos años. Justamente, la causa de su hospitalización se debe, explica ella, a que su EPS-S le cambió su medicación por otra la cual no le hace efecto. *“¡Todo por ahorrarse infelices tres mil pesos! (que es la diferencia entre pastilla y pastilla)”*, afirmó la paciente.

Un día en la mañana, Juliana se despertó tan débil como enojada debido a que no sentía mejoría *“Me siento muy mal... tengo tembladera en el pecho y en las manos”* pero, sobre todo, porque no sabía a quién acudir para realizar el reclamo sobre la decisión de su EPS-S. *“¡Me han puesto como una boba a ‘voltiar’ por las pastillas!”* Expresó Juliana a su médico. Al tiempo que éste le explicaba la ruta administrativa para acceder a la medicación, ella le iba respondiendo con vehemencia *“¡Ya he ido allá!” “¡Ya he hecho eso!” “¡Ya he puesto Tutela!”*

A pesar de que Juliana reconoce que su médico no tiene responsabilidad con respecto a esta situación, descarga su impotencia afirmando: *“Si ve Doctor... si me hubieran dado la medicina que es, estaría mejor... incluso estaría trabajando... ¡Yo no quiero estar aquí!... ¿Yo qué me voy a quedar haciendo aquí?”* El médico, luego de agotar sus explicaciones y consuelos, le responde: *“Por mi parte no te doy salida... no estás bien... pero es tu decisión”* Después de un largo periodo de discusión Juliana se resigna, más por su estado físico, y declara: *“Qué pena doctor, la cosa no es con usted”*.

Una vez salió el médico de aquella habitación explicó que las EPS-S *“hacen un mal negocio”* negando cierta medicación a *“esta clase de pacientes”*, pues se pierde más negando los medicamentos *“un poco más costosos”* por otros de menor valor, pues en el tiempo, el paciente tiene que volver a consultar por el mismo *“problema”* y utilizar los servicios de salud, lo cual incrementa mucho más los costos si se compara con el ‘ahorro’ que se intenta hacer. *“Yo también haría lo mismo”*, concluye el médico refiriéndose a la actitud de Juliana.

La anterior escena marca una tendencia que muestra la manera cómo intervienen otros actores, en este caso las EPS, entre el médico y el paciente. Ambos tienen claro que la solución al problema en cuestión no está en sus manos a pesar de que las herramientas (la medicina) y el profesional están disponibles. En tales circunstancias es cuando la lógica del sistema se hace visible a través de los procesos protocolizados los cuales producen tensiones sobre los directamente implicados. *“(…) las personas piensan que es el médico el que no autoriza los procedimientos, como la entrega de medicamentos por ejemplo, y por eso no es raro que se desquiten con uno”*, afirma el médico.

Precisamente, como un mecanismo para evitar este tipo de experiencias, los propios médicos aclaran las reglas de juego a sus pacientes y recomiendan hacer uso de dispositivos como la Acción de Tutela e indican los pasos a seguir para solucionar los asuntos burocráticos. *“Yo siempre les estoy recordando a mis pacientes que si les niegan alguna cosa que pongan una Tutela”*, manifiesta uno de los médicos del área de hospitalización quien, además, dice que el sistema de salud es tan ‘complicado’ que ni siquiera ellos mismo conocen totalmente su funcionamiento: *“Vea, he conocido colegas que no tienen claro, no conocen bien qué es el POS”*, añade.

En este sentido, no sólo los pacientes (y sus familiares) no reconocen las reglas de interacción condensadas en el sistema, sino también los médicos y demás profesionales de la salud, quienes se ven condicionados y, posteriormente, afectados al momento de entrar en relación.

Caso Dos: Sobre las remisiones a otras instituciones de salud de mayor complejidad

Sirley tiene siete meses de embarazo e ingresó por urgencias a causa de un sangrado vaginal. Fue remitida al área de hospitalización con la finalidad de mantenerla en observación. La médica encargada de su atención comenzó a evaluarla y hacerle una serie de preguntas con el propósito de determinar la gravedad de su estado. *“Definitivamente hay que trasladarla a otro hospital”*, afirmó Alejandra, la médica.

En vista de que la Unidad Intermedia de Castilla es una IPS de primer nivel de atención carece de especialistas, como Obstetras, para solucionar este tipo de eventos, razón por la cual se debe realizar una serie de protocolos administrativos para lograr la remisión de la paciente a otras IPS con niveles de atención tres y cuatro.

“Una materna sangrando... téngale miedo, se puede morir ella y el bebé. Por eso hay que encontrarle rapidito un hospital que la reciba”, expresó Alejandra mientras se disponía a utilizar el teléfono. *“Lo que se debe hacer en estos casos es llamar al SISME (Sistema de Información de Metrosalud) y comunicar la urgencia del caso para que gestionen con las instituciones que tienen servicio de obstetricia”*. Fueron poco más 15 minutos los que pasaron para realizar dicha operación.

Luego de informar a dicha central sobre la necesidad de un especialista y una institución para Sirley, Alejandra se comunicó inmediatamente con el Hospital General de Medellín para solicitar, paralelamente, una cita con el o la obstetra de turno. *“Las maternas y los niños son la prioridad y entre más rápido consigamos un espacio para ella mucho mejor... a veces se demoran demasiado en el SISME para conseguir una cama en otro hospital... por eso tiene que ir uno apurando por otro lado... hay que ser recursiva”*, decía Alejandra al tiempo que se intentaba comunicar con aquella institución.

Se encontraban en esos instantes, cerca a Alejandra, un médico y una enfermera. El primero estaba llenando unas planillas que dan cuenta del estado de salud de los pacientes atendidos por él durante su ronda médica, y la segunda estaba atendiendo las llamadas del área. Ambos estaban pendientes del proceso de remisión de la materna.

“¿Me podrías comunicar con el obstetra de turno?”, fue la frase que se le oyó repetir a Alejandra por casi una hora. Al principio el médico y la enfermera presentes tomaron en gracia aquella situación, sin embargo, pasado un buen rato, las expresiones de desconcierto comenzaron aparecer, al punto que el médico exclamó: *“Le están mamado gallo”*.

Finalmente, Alejandra consiguió establecer contacto con una obstetra quien le dio luz verde a la remisión. *“¡Nos la recibieron en el Hospital General!”*, gritó Alejandra con alegría. Quienes presenciaron el proceso, al igual que el personal de salud que transitaba por allí, festejaron como si se tratara de un gran logro: *“Gracias a Dios la recibieron”* se escuchaba al unísono.

Se destacan dos puntos importantes de aquella situación. La primera tiene que ver con un asunto que desborda, incluso, los límites de la Unidad Intermedia de Castilla, es decir, lo relativo a las remisiones de niveles de atención menos complejos a los más complejos. De acuerdo con la Ley 100 de 1993, la atención en salud se divide en varios niveles según su complejidad. En el primer nivel, por ejemplo, se encuentra la consulta médica general, consultas odontológicas y exámenes de laboratorio simples, como una citología; en el nivel dos, la remisión a médicos especialistas (como obstetras) que realiza el médico general que atiende la consulta en el primer nivel; en los niveles tres y cuatro se encuentran pruebas de laboratorio más complejas como la tomografía axial computarizada, tratamientos como la diálisis o el de enfermedades como el cáncer o el manejo de pacientes con VIH.

Según la entrevista realizada al concejal Luis Bernardo Vélez por un periódico local, la prestación de los servicios de salud del nivel dos en adelante, en el Departamento de Antioquia y, claro, la ciudad de Medellín, están colapsados. Se habla de que

entre 2006 y 2008 murieron 867 pacientes en el tránsito a los niveles especializados. Lo importante de esta cifra es que las personas se encontraban hospitalizadas y solo necesitaban de la comunicación inter institucional para ser remitidos.

Este panorama permite comprender, y aquí va el segundo punto, las maniobras del personal de salud por evitar la muerte prevenible de sus usuarios. La expresión de victoria de la médica, y de quienes le hacían seguimiento a la escena, pone de manifiesto los obstáculos de una norma que fragmenta (y fractura) las formas de intervenir al paciente.

Justamente, aquella fragmentación no sólo se presenta en remisiones de una IPS a otra, sino que opera al interno de la institución como lo explica una de las enfermeras del área de citología quien ha experimentado el cambio de lógicas del sistema de salud, esto es, el que funcionaba antes de la Ley 100 y el que marcha ahora:

Antes (de la ley 100), si una persona llegaba con un dolor de cabeza, una uña enterrada y una mano fracturada le curábamos las tres cosas al mismo tiempo (...) ahora eso no se puede (...) ¡Hay que facturar! Sólo le podemos curar una de las tres (...) para las otras dos el paciente tiene que pedir una cita para cada dolor (D1-E1).

En suma, la relación entre médicos (y demás personal de salud) y pacientes (y sus familiares) se enmarca en dinámicas institucionales (locales, nacionales e internacionales) que imponen unas reglas de interacción que deben ser asimiladas y puestas en práctica. Se puede observar, a través de los casos aquí narrados, cómo se presenta la incorporación de esas reglas en la cotidianidad de la Unidad Intermedia de Castilla y cómo impacta y produce tensiones que no son propias de los directamente implicados.

3.2 RELACIONES DE PODER

A partir de la resolución 13437 de 1991, Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes en Colombia, quien hace uso de los servicios de salud deja de percibirse como paciente (pasivo) y pasa a convertirse en agente. En otras palabras, deja de ser un infante dependiente y comienza asumir su condición de adulto responsable que, con excepción de ciertos casos únicos, tiene que tomar decisiones que afectan su propio cuerpo.

Es de esta forma como el orden normativo e institucional, en el marco de la Constitución de 1991, entra a regular la relación entre el médico y el paciente, de manera que el primero ya no puede aplicar la beneficencia tradicional sin conocer la voluntad del segundo, pues *“antes de hacerle al prójimo el bien hay que preguntarle si tiene la misma idea del bien que tenemos nosotros”*.⁸¹

En este orden de ideas se podría decir que, a través de los derechos y los deberes inscritos en dicha resolución, se niveló, desde la perspectiva jurídica, la balanza en cuanto a las relaciones de poder entre ambos agentes. Para aclarar tal afirmación, Pierre Bourdieu, a través de la metáfora económica del capital, ofrece luces al respecto. De acuerdo con John Gledhill, el autor sostiene que:

...los ámbitos y las prácticas sociales que no son en sí mismos ‘económicos’ obedecen, sin embargo, a un tipo de lógica económica más amplia, la de incrementar algún tipo de ‘capital’ –simbólico, cultural, político o lingüístico- y maximizar el ‘beneficio’ en forma de honor o prestigio social. En consecuencia, presupone que la acción social se halla estructurada en función de la persecución de una serie de ‘intereses’ por parte de agentes humanos, aún cuando el contenido de dichos intereses esté siempre determinado

⁸¹ LÁZARO J. y GRACIA D. La relación médico enfermo a través de la historia. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29. Suplemento 3. P9.

*culturalmente, y no pueda ser 'material' o 'económico' en sentido estricto*⁸².

Así las cosas, parafraseando a Gledhill, el paciente, ahora poseedor de unos derechos, incrementó su capital 'jurídico' y de paso su capital simbólico, cultural y político, y aumentó el beneficio en forma de prestigio social, pues ahora su nuevo papel de agente lo coloca en una posición horizontal frente al médico.

Ahora bien: el hecho de que exista una herramienta constitucional que proporcione al paciente unos mecanismos para equilibrar la relación médica, no es suficiente para el cumplimiento de tal propósito. Es preciso que éste tenga, por un lado, conocimiento de dichos mecanismos y, por el otro, que sepa hacer uso de los mismos. En este sentido, debido a la desinformación de algunos de los usuarios de los servicios de salud de la Unidad Intermedia de Castilla sobre sus derechos y deberes, la aplicación de mencionada herramienta no es funcional, así se evidencia a continuación.

3.2.1 '¡Se nos voló ese muchacho!': el paciente y su capital.

Jaime tuvo un accidente en una moto (iba en la parte de atrás del vehículo) y recibió un golpe muy fuerte en el abdomen, además de unos raspones en su rostro. Según el médico que lo atendió, debía estar una semana en observación mientras se le hacía unos exámenes. Al tercer día de haber estado en el área de Hospitalización, decidió fugarse dejando en su cuarto elementos de tipo personal como su billetera, algunas prendas y artículos de aseo. *"Seguramente pensó que no lo íbamos a dejar ir sino pagaba la cuenta"*, comentó una enfermera con tono burlón. *"Como él no tenía EPS esa platica nos la consignan la Dirección Seccional de Salud... pero eso no lo saben ellos... ya nos ha pasado varias veces"*, añadió.

Según el médico, Jaime en ningún momento preguntó sobre sus lesiones ni mucho menos manifestó su situación de 'no asegurado' dentro del sistema de salud. *"Por*

⁸² GLEDHILL, John. El poder y sus disfraces. ED. Bellaterra. Barcelona. 1999. pp. 217-128.

lo general esos pacientes que se ‘vuelan’ prefieren no dar ninguna clase de información y actúan con mucha timidez cuando se les trata”, agregó.

Nótese que el desconocimiento de los derechos, así como el funcionamiento del sistema, por parte del paciente, trae consigo ciertos efectos. Una de ellos tiene que ver con la poca participación del afectado con respecto a su estado de salud, es decir, eso que llama el médico ‘timidez’. Tanto la timidez como la fuga, en el presente contexto, no es otra cosa que la manifestación del desconocimiento.

En esta medida, el paciente cree que le están haciendo un ‘favor’ o que se trata de una oportunidad de acceso que puede que desaparezca y entonces se debe sacarle el máximo rendimiento. *“Ellos (los médicos) a veces se aprovechan porque hablan más bonito, y como saben que uno sabe nada... ahí sí con mayor razón”, afirma uno de los usuarios quien concluye: “Uno a veces no se atreve a decir nada (se refiere a no quejarse o hacer algún reclamo) porque como a caballo regalado no se le miran los dientes (risas)”.*

Así mismo lo expresa uno de los médicos, perteneciente además del área administrativa de la IPS, cuando afirma: *“Si las personas supieran que de alguna forma ellos también están pagando... bueno, es el papa Estado el que da la plata pero igual lo que es del papá es de uno... ellos cambiarían de actitud (...) A los pacientes hay que irlos llevando de la mano como los niños... ellos son muy ‘des ubicaditos’ y hay que estar pendiente porque se pierden”.*

A diferencia de la anterior posición, hay médicos que piensan que sus pacientes asimilan y hacen uso de sus derechos y están más apropiados de su proceso curativo. *“Ahora el paciente es más ilustrado, más exigente y como (...) de hecho las exigencias de todos nosotros también han aumentado, ellos han comprendido hasta cierto punto lo que dice la Constitución (...) ellos tiene derecho a la salud y entonces ellos exigen ese derecho”, dice uno de los médicos del área de urgencias.*

De igual manera, al preguntársele a otro médico sobre la percepción que tiene del paciente de hoy en términos de pasividad o actividad y del manejo de la

información sobre el sistema de salud, derechos y deberes, aquel responde: *“El paciente de ahora es más informado. Antes era un paciente que era más a lo que quisieran hacer conmigo (...) ahora no, ahora el paciente le pregunta a uno: ‘bueno y me van a operar y qué opciones hay de no operarme, si no me opero qué me pasa y qué posibilidades hay de que fracase la cirugía y si me tiene que intervenir, etcétera (...)’ Antes era más pasivo, ahora es más participativo, conoce a lo que tiene derecho”*. Al indagársele sobre las diferencias entre un paciente ‘informado’ y otro ‘desinformado’, éste responde: *“La diferencia es mucha (...) No es lo mismo cuando una persona va al supermercado y sabe qué necesita y qué no (...) el que sabe a lo que va es más seguro”*.

3.2.2 ¡Esos médicos de ahora no saben nada!: el médico y su capital

Como se mencionó en el primer capítulo, el médico se ha caracterizado a través del tiempo por ser un personaje cargado de una serie de atributos que le han dado cierto poder sobre sus pacientes. El conocimiento, la autonomía, la compasión, la seguridad, la magia, entre otros, son valores que fueron modelando una imagen ideal parecido incluso al de los dioses. Sin embargo, debido a diversos cambios estructurales en la sociedad, dicha imagen se ha ido desfigurando.

Justamente, dentro de la lógica del sistema de salud planteado en la Ley 100 de 1993, el médico fue perdiendo sus poderes ‘mágicos’ y sociales para convertirse en un asalariado más dentro de un contexto de mercado. Su autonomía y libertad han perdido alcance, al punto de tener que ‘solicitar autorización’ para realizar ciertos procedimientos que antes eran concebidos como rutinarios.

Paralelamente, uno de los efectos del proceso de desmitificación del médico, como paradigma de poder, está vinculado con la pérdida de confianza y de respeto en la interacción con el paciente. Así lo confirma la siguiente declaración hecha por un médico del área de urgencias y consulta externa:

Nadie se ha preocupado nunca cómo trata el paciente al médico, eso es una cosa importantísima y el respeto que nosotros teníamos hace muchos años eso se ha venido perdiendo más que todo desde el implemento de la Ley 100. Ya la gente no nos trata lo mismo, de hecho, en muchas oportunidades, tenemos malos tratos por parte del paciente, (...) ya uno ve que el paciente llega como prevenido con el médico, incluso con palabras fuertes o con exigencias de entrada, entonces a esa parte hay que pararle bolas (R1-M4).

De parecido modo, concerniente a la confianza, una paciente de 65 años de la Unidad Intermedia, quien debido a la enfermedad que padece desde que tenía seis años (artritis reumatoide), afirma que ha sentido un cambio drástico en cuanto al quehacer del médico. Ella asegura que no confía en los médicos de ahora y cuestiona los conocimientos de los nuevos profesionales de la salud: *“Los médicos de antes sabían más... ¡esos médicos ahora no saben nada!... los de antes con sólo mirarlo a uno ya sabían lo que uno tenía... ahora se enredan curando una gripa (risas). Por eso cuando pido una cita trato siempre que me toque con un señor, con un doctor mayorcito”*. (D2-P10)

Al respecto, advierte una médica que es la suma de una cantidad de ‘malestares’ y ‘mal entendidos’ los causantes de que al médico se le haya perdido confianza y respeto. Ella relaciona el irrespeto con los mal entendidos, pues *“Algunos pacientes no entienden que no es culpa de uno que no los remitan a hospitales de tercer y cuarto nivel o que no les den la droguita porque no está en el POS (...) eso ya se le sale de las manos a uno y por eso viene el irrespeto”*. (D2-M7)

Y relaciona los ‘malestares’ que produce el sistema de salud con la falta de confianza hacia los médicos o el personal de salud en general: *“A nadie le gusta tener que perder una mañana entera bregando a que le den una cita por teléfono o que los manden de institución en institución para que entreguen un papel (...) Por eso es que muchos ya vienen prevenidos y hasta enojados cuando entran al consultorio (...) A pesar de todo uno los entiende, yo haría lo mismo”* (D2-P5).

En este orden de ideas, se podría decir que la pérdida paulatina de confianza y de respeto producen unos posicionamientos de poder por parte del paciente hacia el médico, el cual ha visto disminuido su capital simbólico y social debido a la mediación de otros agentes que operan en el sistema de salud y que coartan su autonomía o libertad para desplegar sus conocimientos. Esto ha hecho que el médico se vuelva dependiente de su ámbito laboral y del paquete de servicios (POS-S) en el cual se enmarca la atención que presta. Por su parte, en términos de capital, es el paciente quien ha estado más beneficiado, pues éste, además de tener unos derechos que lo respaldan, se posiciona como cliente, es decir, gana en exigibilidad; no obstante, el desconocimiento de algunos de ellos sobre los mecanismos constitucionales, materializados en derechos, y de su rol de cliente, no permite que entren a operar en situaciones reales como lo es la relación con el médico.

Así las cosas, mientras que el médico se siente atrapado en procesos ajenos a su quehacer, el paciente cree que está en deuda con el sistema de salud. Ello podría producir unas relaciones de poder que mezcla e incorpora dos tipos de modelos relacionales: uno marcado por la dependencia del paciente hacia su interlocutor y otro en el que los dos son autónomos. Ambos pueden operar simultáneamente en el desarrollo de la interacción médica.

3.3 LÓGICAS Y PRÁCTICAS DE NEGOCIACIÓN E INTERACCIÓN

Cuando el médico y el paciente entran en relación ambos se introducen en unas lógicas de reconocimiento en la que se define y se interpreta al otro. Este proceso se desarrolla en un campo de representaciones en el que intervienen un conjunto de opiniones, imágenes, creencias, vivencias, valores y normas que operan, incluso de manera simultánea, y desembocan en una serie de actitudes que se van negociando durante la interacción.

Una forma de ilustrar lo anterior es a través de la afirmación hecha por uno de los médicos de urgencias quien al preguntársele ¿Cómo es una consulta con usted?,

Responde: *“Yo siempre empiezo a manejar a los pacientes igualándome con ellos (...) disminuyendo mi nivel intelectual al nivel de ellos (...) vos entras por esa puerta y yo ya te estoy observando, o sea, tu actitud, la forma en que caminas, la manera en que me saludas, si me saludas o no. Entonces yo, de acuerdo a eso, hago una evaluación ligera, rápida y lo interpreto para poderlo ayudar”*

Aquella observación o paneo general realizado por el médico para determinar un posicionamiento es lo que se pretende resaltar aquí. Más allá de ese interés diagnóstico, el médico se refiere a una ‘actitud’ (me saluda, no me saluda, de qué manera me saluda) y, con base en esa ‘evaluación ligera’, éste asume, también, una actitud. Del mismo modo, el paciente emprende una evaluación, muchas veces no tan ligera, cuyos criterios van desde el género del profesional (*“Yo siempre trato de pedir cita con un médico hombre”*) hasta el timbre de voz (*“Cuando un médico me habla como ‘golpiadito’ me bloquea”*). Dependiendo de los resultados de la ‘evaluación’ el paciente manifiesta con actos situaciones de confianza o, por el contrario, de resistencia.

Aquí, el sistema de salud como escenario cumple un papel determinante, pues se encarga de condicionar y direccionar la relación entre el médico y el paciente, colocándolos en un estado de predisposición. No obstante, ambos inician un proceso de negociación en el que se ponderan los procedimientos del sistema y los deseos e intereses de cada uno para, luego, tomar una posición. En otras palabras, los agentes en cuestión tienen presente, al momento de la interacción, el escenario donde este se presenta y sus lógicas, las construcciones y visiones individuales del otro y los intereses que los mueven.

3.3.1 Sobre las lógicas de interacción

A continuación, uno de los médicos entrevistados cuenta sobre los ‘conceptos de exigencia’ que tienen los pacientes pertenecientes tanto al Régimen Subsidiado (Unidad Hospitalaria de Jaime Tobón Arbeláez) como al Régimen Contributivo (IPS privada). Menciona, además, cómo son los posicionamientos de los usuarios del sistema de salud que han estado afiliados en dos tipos de instituciones: EPS y EPS-S.

...lo hemos comentado pues entre nosotros los colegas que trabajamos en EPS privadas y del sector público (...) difiere mucho el tipo de paciente de una EPS de un régimen contributivo a uno del régimen subsidiado (...)el paciente que está trabajando y que está afiliado a una EPS tiene un concepto de exigencia distinto al paciente que está en el régimen del Sisben(...) La persona que está en el régimen contributivo piensa que tiene muchos más derechos que cualquier otra persona y que puede llegar a exigir al médico y a la EPS muchas más cosas, incluso, de las que no puede tener derecho. Mientras que la persona que consulta acá piensa que no tiene derechos, y mentiras que tiene todos los derechos también de la prestación de un servicio de salud (...).

Puede ser ignorancia, puede no ser ignorancia, muchos pacientes que están en el Sisben, y que dos o tres meses antes habían tenido EPS, sí les cambia el concepto. Entonces es muy charro, en la EPS sí nos exigen y nos hablan durito para que les mandemos lo que ellos creen que le debemos de mandar, y cuando están aquí, aquí no, aquí es muy distinto, aquí si aceptan lo que nosotros les mandemos, es más, si hay algún examen que lo cubre el Sisben directamente nosotros le decimos, vea usted se debe hacer este examen, lo más seguro es que le toque particular. Y calladito, calladito acepta la propuesta del examen... (R1-M1).

Lo primero que se podría decir al respecto, es la vinculación estrecha entre derechos e ingresos económicos por parte algunos usuarios del sistema. Parece ser que el derecho al acceso a los servicios de salud tiene un tope el cual lo pone el poder adquisitivo: a más dinero, más derechos, más calidad en la atención, y viceversa. En este sentido, durante la interacción con el médico, el paciente, de acuerdo con aquella asociación, configura sus propios límites y asume una posición. El médico, en cambio, parece establecer sus demarcaciones, entre otras cosas, con base en la actitud de su interlocutor y en la entidad para la que labora.

Otro punto importante tiene que ver con el ‘concepto de exigencia’, como lo llama el médico. ¿Cómo definen la exigencia el médico y el paciente y cómo lo traducen en acciones? La exigencia, según algunos los médicos, está relacionado con el ‘ser

merecedor': *"Uno exige lo que se merece (...) y si en la Constitución dice que nosotros por nacer en Colombia merecemos, es decir, tenemos derecho a la salud (...) entonces eso es lo que uno debe exigir (...) pero eso no lo saben las personas que vienen aquí"*.

Por su lado, algunos pacientes afirmaron que la exigencia, en el campo de los servicios de salud y en la interacción con el médico, es cuando se 'pide' más de lo que se le está 'regalando': *" (...) uno no puede volverse cansón y ponerse de exigente (...) fuera de que le están haciendo un favor a uno regalándole la salud (...) porque es que yo no tengo plata para pagar la salud (...) antes mucho que lo atienden a uno y le regalan las pastillas, los exámenes (...) como cuesta eso (...) "*

En este orden de ideas, las lógicas que intervienen en la interacción médica están compuestas, además de otros factores, de las definiciones e interpretaciones de conceptos como la exigencia realizadas por ambos. Mientras el médico cree que 'exigir' es reclamar algo a lo que se tiene derecho, el paciente conceptúa la exigencia como 'pedir un favor'. Ambas creencias entran en contacto y causan unos efectos que se materializan en acciones como las siguientes.

3.3.2 Sobre las prácticas de negociación

Esta mañana llegó una paciente gritando y diciendo que se iba a morir, que la atendieran rápido, que ella no se aguantaba ese dolor y no sé qué cosas más. A mí sí me dio como rabiecita porque en esos momentos habían muchas personas esperando, hasta niños, maternas, que son súper delicadas, y viejitos. El compañero mío de triaje le dio entonces prioridad y la dejó esperando muy poquito y me tocó atenderla. Desde el mismo momento que la llamamos la señora cambió totalmente, y apenas entró a consultorio, eso es como si hubiera sido un milagro (...) la señora totalmente tranquila. Se sentó y me dijo que tenía dolor de estómago. Entonces yo no le dije nada. La terminé de atender y ahí sí le dije: ¿No es que te estabas muriendo del dolor? Yo te veo bien. La señora callada. Entonces yo le dije que estaba muy mal hecho lo que hizo porque habían también pacientes esperando que realmente si necesitaban la atención. Mejor dicho le metí una regañada (...) y ella no me dijo nada. Claro, tenía el pecado.

(...) Aquí pasa muy seguido eso. Pacientes que exageran los síntomas para que los atiendan más rápido o porque como a veces es tan difícil que les den una cita por consulta externa entonces mejor vienen por urgencias a que los atiendan primero. Por eso uno se va volviendo como incrédulo con esos pacientes que hacen tanto show, tanto drama (R1-M8).

Así como el paciente de la narración anterior, realizada por una de las médicas del área de urgencias (anteriormente se desempeñaba en consulta externa), es habitual que ellos recurran a la ‘exageración’ de los síntomas para, no sólo ganar tiempo, sino también construir rutas alternas que les permita hacer uso de su derecho a la salud. La exigencia de tal derecho, en este contexto, se da en el campo de las acciones y no en el de las palabras. Así pues, ‘exagerar’ se convierte en una estrategia para negociar con los intereses del sistema, del médico y de ellos mismos.

A su vez, el médico cuenta con sus estrategias, dadas por la experiencia, para actuar de acuerdo a las situaciones del momento. Una de ellas es ‘ganarse la confianza’ de su interlocutor para tener mayores efectos (positivos) en el resultado final de la consulta: *“Cuando uno se gana la confianza del pacientes (...) pues con las palabras, con el contacto (...) a ellos les gusta que uno les hable, que los toque así uno sepa que no hay necesidad de eso (...) entonces los pacientes más confían en uno, se relajan más y sueltan todo (...) eso le sirve a uno para hacer un diagnóstico más certero y hacer el mejor tratamiento”.*

Es de esta manera como el médico y el paciente negocian sus intereses propios con los intereses del sistema de salud y de las IPS. Cada uno encuentra la forma, por medio de estrategias individuales, de moverse en un escenario dinámico que se construye y reconstruye constantemente como lo señala Devillard y Otegui:

Podemos imaginar el conjunto de las estructuras y servicios sanitarios como un escenario en el que los actores sociales (los profesionales y los profanos) interactúan a través de los intercambios verbales, atribuciones de sentido y elecciones de comportamiento,

reconstruyendo incesablemente la realidad social –además de la biológica- de la salud y de la enfermedad. El sistema de interacciones entre los usuarios y la organización sanitaria se puede representar como una negociación ininterrumpida de objetivos y recursos, como un recíproco observarse e interrogarse, como un uso alternante de estrategias de rendición o sospecha, de desafío o complicidad⁸³.

⁸³ DEVILLARD Marie Jose; OTEGUI, Rosario y GARCÍA, Pilar. La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo de Artritis Rematoide. 1991. p 13.

4. CONCLUSIONES

Como se ha podido apreciar, la relación entre el paciente y el médico es una relación bastante heterogénea y compleja la cual debe abordarse desde diversos frentes además de lo meramente privado. Debido a que, como lo señala Ivan Illich⁸⁴, el tema de la salud y de la enfermedad se ha ido expropiando de sus directamente implicados, pues pasó de ser un asunto bidireccional y espontáneo a convertirse en un asunto público y protocolizado ahora es preciso integrar aquellas nuevas, y cada vez más, intermediaciones en las relaciones sociales alrededor de la salud que se han ido asomando especialmente en la relación médico paciente, para poder comprender la dimensión global del acto curativo.

En la Unidad Hospitalaria de Jaime Tobón Arbeláez, por ejemplo, se logró evidenciar cómo cohabitan y se revelan, durante la RMP, los modelos de caridad, beneficencia y paternalismo establecidos antes de la Constitución de 1991 y de la Ley 100 de 1993, y los modelos de mercado, de derecho y de autonomía, proclamados después de las mismas.

Lo anterior se refleja de múltiples formas las cuales pueden ser analizadas desde tres perspectivas: la del paciente, la del médico y la de la relación que se establecer entre ambos.

Sobre el paciente:

Lo primero que habría por decir sobre el paciente, en relación con la coexistencia estructural en su pensar y accionar, está vinculado con los posicionamientos tomados durante la interacción con el médico. Es habitual, como se notó en las entrevistas, que aquellos no participen activamente de los tratamientos y demás rutas de sanación planteadas por los médicos, y que por tal razón se sometan plenamente a las decisiones del profesional.

⁸⁴ ILLICH, Iván. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona. Barral Editores. 1974.

Simultáneamente, ese paciente 'pasivo' -'tradicional'- interpone Acciones de Tutela, de Cumplimiento y/o de Grupo para hacer efectivo su derecho al acceso a los servicios de salud. Ello, sin querer decir que se comprenda en todos los casos el contexto de derecho sobre el cual se hace uso de los mecanismos constitucionales. Así, pues, el paciente va asumiendo roles de acuerdo con las situaciones que se le vayan presentando; en otras palabras, es paciente cuando interactúa con el médico, es usuario cuando lleva sus 'papeles' para poder ser atendido por una institución prestadora de servicios de salud, es cliente cuando exige un servicio de calidad y es ciudadano cuando exige su derecho. La combinación de estos roles es impuesta por el mismo sistema de salud.

Cabe destacar, y ampliar un poco más, el rol de usuario del paciente para comprender mejor cómo se asumen posiciones paralelas de asistencialismo y de derecho durante la inserción en el Sistema a través del uso de los servicios de salud prestados por la IPS. La gran mayoría de los pacientes indagados no conocen las dinámicas de sistema, es decir, no saben qué es una EPS y cuál es su relación con ellos, desconocen que pertenecen al Régimen subsidiado o asocian el Sisben con la IPS y la EPS, y culpan al médico por no entregarles los medicamentos o negarles remisiones a niveles superiores de salud, entre otros. A pesar de estos desconocimientos muchos logran resolver sus problemas de tipo administrativos y continúan moviéndose por el Sistema.

Para ilustrar lo anterior, es de resaltar la experiencia de una de las usuarias (Marta, mujer entre los 50 y 60 años) quien necesitaba unas 'pastillas' para su 'problema' de hipertensión. La mujer fue a la oficina del director de la IPS y le entregó el sobre que tenía en la mano. El director los tomó y le dijo, en tono de chiste, que él podía ayudarle a solucionar los 'problemas' con la EPS para que le suministraran los medicamentos, más no podía ayudarle a resolver los problemas con UNE, empresa local de telecomunicaciones. Ella le había entregado el recibo telefónico en lugar del carné de la EPS. *"Como yo nunca miró esos papeles siempre se me confunden..."*

*yo solo sé que con esos papeles me atienden”, afirmó la mujer. Al final, logró recibir sus ‘pastillas’ desconociendo los procesos que circundaban el acto*⁸⁵.

Otro hallazgo sobre el paciente tiene que ver con la tensión entre la mitificación y desmitificación constantes de la representación que los usuarios tienen del galeno y las implicaciones de tal tensión en la relación médico-paciente. Mitificación, porque permanece muy presente esa imagen de dios y/o semidios quien todo lo sabe y lo cura; y desmitificación, por que comienza a darse una ruptura en la cual la desconfianza, la duda, va desfigurando dicha imagen. Esto pudo percibirse en las entrevistas a los pacientes en los cuales algunos de ellos manifestaron dos posiciones divergentes. Por ejemplo, un paciente afirmó, por un lado que: *“Si el doctor me dice que me pare en la cabeza yo lo hago”,* y más adelante agregó: *“A veces me pone a dudar (el médico) porque se contradice mucho”.*

Otra tensión se le presenta al usuario en el ejercicio de sus roles de paciente, cliente y ciudadano. Específicamente, en tanto ciudadano, el paciente, como se dijo, es llamado a asumir una posición más activa en la relación, por cuanto es corresponsable de su salud (tiene deberes en el sistema de salud), y para demandar el acceso y la calidad de los servicios requiere de conocimiento y capacidad para utilizar sus “derechos”. Así el paciente es ciudadano en ejercicio, pues interactúa con el sistema de salud colombiano a través del médico, es decir, ingresa a una interfaz de relacionamiento con el Estado por su intermedio. Sin embargo, al estar inmerso en el mercado, este sistema de salud lo pone en contacto con la lógica de la economía neoliberal, la cual le exige desarrollar capacidades para demandar

⁸⁵ En este mismo sentido, menciona McGregor, existen otros caminos, diferentes a las rutas administrativas, para resolver las dificultades que se les presentan a los usuarios con el Sistema de Salud. Así pues, las personas menos escolarizadas apelan a redes sociales para solucionar sus problemas, como lo hizo Marta quien apeló a la autoridad, a la sensibilidad del director de la IPS. Las acciones directas tienen mayor efecto que el seguimiento de los protocolos administrativos y burocráticos.

McGregor, J. Allister. 2004. Researching Well-Being. Communicating between the Needs of Policy Makers and the Needs of People. *Global Social Policy* 4(3): 337–358.

servicios de calidad, ya no al Estado (como es su derecho), sino a una empresa (la EPS, la IPS), también por intermedio del médico.

Sobre el médico

Al igual que al paciente, al médico también lo mueven unas lógicas que permiten observar cómo, durante su interacción con el paciente, operan sincrónicamente las estructuras de mercado y de asistencialismo. Habría que comenzar, igualmente, haciendo referencia a sus posicionamientos. Según las entrevistas y el acompañamiento realizado a los médicos de las áreas de urgencias y hospitalización, se lograron identificar dos situaciones las cuales ilustran lo anterior. Una, en la que el médico dice reconocer la autonomía del paciente, al tiempo que lo infantiliza; y otra, en donde uno de los médicos afirma que el acceso a los servicios de salud, por parte quienes están afiliados al Régimen Subsidiado, es un asunto de caridad, a pesar de aseverar también ‘tener cuidado’ con las posibles demandas realizadas por los mismos.

De acuerdo con la primera, algunos médicos expresaron posiciones como la siguiente: *“(...) uno si sabe que ahora los pacientes no son como antes (...) ahora uno tiene que contar con ellos para aplicar cualquier procedimiento, explicarles claramente qué es lo que tienen y sus posibilidades (...) no es que antes no se hiciera, sino que ahora se lo están recordando a uno permanentemente (...)”* (R1-M2). Terminada la entrevista, fue posible observar cómo interactuaba con algunos de sus pacientes y apreciar, por ejemplo, el uso de diminutivos cuando les explicaba sus patologías y los respectivos ‘procedimientos’. Así mismo, hubo ocasiones en que él les insistía a sus pacientes para que se realizaran algún tratamiento que ya había sido rechazado anteriormente por sus interlocutores⁸⁶.

De acuerdo con la segunda situación, otro de los médicos indagados afirmó que el tema de salud para los pobres continúa siendo un asunto de caridad y no de

⁸⁶ Recuérdese el caso del paciente que no quería hacerse la diálisis peritoneal presentada en el segundo capítulo.

derechos, razón por la cual aún se mantiene una relación de paternalismo: *“Los pacientes que viene acá saben que a ellos el Estado les regala la salud (...) como pasaba antes de la ley 100 (...) por eso muchos son más bien como resignaditos y no se atreven a exigir (...)”*. Más adelante el mismo médico agrega: *“(...) uno si tiene que ser muy cuidadoso con los pacientes porque, si no, ahí si vienen las quejas y las demandas (...) y me ha tocado ver que han echado a colegas por esos inconvenientes”* (D3-M2). La pregunta que surge aquí es: si los pacientes afiliados al Régimen Subsidiado obtienen del médico un servicio desde la caridad ¿por qué la preocupación y el ‘cuidado’, entonces, por ser demandados?

Otro punto importante para subrayar tiene que ver con las formas diferenciales de relacionarse el médico con los pacientes pertenecientes a EPS y a EPS-S. Con base en algunas declaraciones hechas por ciertos médicos que laboran para ambas instituciones, sí existen tratos disímiles entre los afiliados de una y otra entidad prestadora de salud. Las razones: por un lado, los usuarios que contribuyen económicamente para la prestación de los servicios sanitarios se ‘sienten’ con ‘derecho’ a reclamarle ‘eficiencia’ y ‘eficacia’ a su interlocutor, quien a su vez, responde con ‘tratos’ acordes con la estructura de mercado.

Mientras tanto, los usuarios que son subsidiados por el Estado, es decir, quienes hacen uso de los servicios de salud de la Unidad Hospitalaria de Castilla, ‘no se sienten con derecho’, como ya se mencionó, de exigir tal ‘eficiencia’ y ‘eficacia’. En este contexto, el usuario también es un determinante para recibir un ‘trato’ distinto, acorde con la estructura de caridad. Es menester aclarar que los médicos enfatizaron en el ‘trato’ parejo dado a sus pacientes sin importar la institución de la cual vienen, sin embargo, reconocen que el paciente impone el ritmo de la interacción, muchas veces, dependiendo de su procedencia tanto institucional como social.

Siguiendo esta misma línea, es de resaltar la respuesta de algunos médicos indagados a la pregunta: *“¿Usted con quien se siente mejor en la relación, con los pacientes del Régimen Subsidiado que vienen acá (Unidad Hospitalaria Jaime Tobón*

Arbeláez) o con los pacientes del Régimen Contributivo de las otras IPS?” Todos, sin excepción, respondieron que se sentían ‘mejor’ relacionándose con los del Régimen Subsidiado, pues, según argüían principalmente que el ‘trato’ y el ‘respeto’ se acentúan ‘mucho más’ en aquel lugar. Se podría interpretar, entonces, que el médico se siente más identificado con los escenarios establecidos antes de la ley 100 de 1993 y se resisten, más que sus pacientes, a los nuevos cambios. Esta conclusión preliminar que surge de la investigación presentada es una pista clave para comprender las dificultades que se han presentado en la implementación de la reforma del sistema de salud. Queda como un camino abierto a la investigación sobre la relación médico-paciente en este contexto.

Sobre la RMP

Dice Echeverri lo siguiente:

*Todo cambio social o cultural representa una transformación en la estructura social y en las relaciones entre los individuos. Las sociedades contemporáneas se caracterizan, precisamente, por los cambios acelerados en la estructura de las relaciones interpersonales que se producen cuando los valores y las creencias dejan de ser compatibles con las necesidades sociales*⁸⁷.

Si bien una parte importante de la sociedad ha cambiado, generando transformaciones relacionales entre los individuos, existen otros sectores que igualmente han generado cambios pero no a un ritmo acelerado. Ello se puede apreciar en la Unidad Hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez, pues a pesar de que tanto la población-paciente como los médicos se encuentren en un escenario que exige unos tipos de relacionamientos conformes con la estructura establecida de mercado, ello no se presenta allí.

⁸⁷ ECHEVERRI de Pimiento, Sonia. La medicina como institución: entre la voracidad y el suicidio. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá. 2004. p 191.

Lo anterior se evidencia en la discordancia que hay, como bien se había afirmado en el primer capítulo, entre lo que promulga la Constitución de 1991, lo determinado por la Ley 100 de 1993 y las relaciones de dependencia y paternalismos vividas por médicos y pacientes en los consultorios y habitaciones de aquella IPS. Lo que demuestra, siguiendo lo dicho por la autora, que los valores y las creencias de ambos siguen teniendo compatibilidad y validez, pues las necesidades sociales, o mejor, sanitarias, parecen no ser las mismas en comparación con los sectores de transformaciones aceleradas.

Ahora bien, esto no significa que la RMP en aquella Unidad Hospitalaria esté transversalizada por eventos de crisis, al contrario, se logró apreciar que existe una cierta armonía relacional. La suma de todas las opiniones, comentarios, observaciones y entrevistas con respecto al nivel de satisfacción, por parte y parte, después de la consulta así lo confirman. La mayoría de episodios de tensión y predisposiciones entre médico y paciente se debieron a trabas administrativas especialmente en lo concerniente a las remisiones de IPS con niveles de complejidad III y IV.

Finalmente, quedaría por decir que el presente trabajo constata el análisis inagotable entorno a una relación que representa no sólo las transformaciones en el ámbito sanitario, sino también en el terreno sociocultural de una época, especialmente de la relación entre ciudadanos y el Estado colombiano. El sistema de salud como interfaz de relacionamiento no solamente agota una relación alrededor de la salud y de la enfermedad, sino que también revela las políticas de reconocimiento y relacionamiento que las instituciones del Estado trata de implementar después de la descentralización y la modernización, pero también de la apertura económica dirigida por la ideología del neoliberalismo. Ideología que reduce todo a los bienes y servicios, incluso una relación tan humana y vital como la del médico y el paciente.

5. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

ARAYA Umaña, Sandra. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. Cuadernos de Ciencias Sociales (Costa Rica), 127, octubre, 2002.

ARBELÁEZ Rudas, Mónica. Derecho a la salud en Colombia. El acceso a los servicios del Sistema General de seguridad Social en Salud. Ediciones Antropos Ltda. Bogotá 2006.

BUSTOS, Kottow. Antropología médica, editorial: Mediterráneo .Barcelona. 2005.

BORDELOIS, Ivonne. Médicos y pacientes: un diálogo con mucho ruido. [En línea] http://www.lanacion.com.ar/nota.asp?nota_id=1116234 [Consulta del 3 de Mayo, 2009].

CARDOSO O. Alejandro. La relación médico-paciente en el entorno de la Ley 100. Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Antropología. Medellín, 2007.

COLD, Henri. Autonomía e identidad práctica. Pilares de la conducta ética de los médicos. Medicina. Buenos Aire. Volumen 66 – número 1, 2006.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO, COLOMBIA. Equipo investigativo del programa de salud y seguridad social. Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo, 2007.

CORDOBA Palacio. Deterioro de la relación médico-paciente y sus consecuencias en el ejercicio médico. Anales de la Academia de Medicina (Medellín) Vol. 12. Nos. 01, 02, 03, 04, 1999.

CREMADES, M. Ángeles. Materiales para coeducar. Ed. Mare Nostrum. Madrid. 1991.

CURREA-LUGO, Víctor. El derecho a la salud en Colombia: diez años de frustraciones. Ediciones Antropos. Bogotá. 2003.

DEVILLARD Marie Jose; OTEGUI, Rosario y GARCÍA, Pilar. La voz callada. Aproximación antropológico-social al enfermo de Artritis Reumatoide. Ed. comunidad. Madrid, 1986.

ECHEVERRI de Pimiento, Sonia. La medicina como institución: entre la voracidad y el suicidio. Ministerio de Educación Nacional. Bogotá. 2004.

ESTRADA Álvarez, Jairo. La construcción del modelo neoliberal en Colombia 1970-2004. Ediciones Aurora. Bogotá. 2002.

FLORES-GUERRERO, Rodrigo. Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. Revista Mad. N 10. Mayo de 2004. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. [En línea] <http://revistamad.uchile.cl/10/paper03.pdf>

FRANCO V. María, MARENCO A. Salvador. Características de la actitud del médico en la relación médico-paciente en cuatro instituciones de salud de Medellín. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín, 1987.

GLEDHILL, John. El poder y sus disfraces. ED. Bellaterra. Barcelona. 1999.

GÓMEZ Gallego, Rocío. La dignidad humana en el proceso salud-enfermedad. Ed. Bellavista. Bogotá. 2006

GONZÁLEZ Menéndez, Ricardo. La etapa contemporánea de la relación médico paciente. Revista Cubana de Salud Pública, Vol. 4 No 4, septiembre, 2004.

HERNÁNDEZ Álvarez, Mario.

_____. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. En: Cartilla de Seguridad Social. Organización panamericana de la salud. Memorias Seminario Taller Nacional "Salud para todos, resultados y retos para el siglo XXI: Balance de la Reforma Sectorial, 1998.

_____ El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En: la salud está grave, una versión desde los derechos humanos. AAVV, Plataforma Colombiana de Derechos Humanos, Democracia y desarrollo – Provea, Bogotá 2000.

_____. Neoliberalismo en salud: desarrollos supuestos y alternativas En: La falacia neoliberal. Críticas y alternativas. Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Ediciones Antropos. Bogotá 2002.

_____. Salud fragmentada en Colombia, 1910-1946. Universidad Nacional de Colombia. Ediciones Antropos. Bogotá. 2002.

HOMEDES N., Y UGALDE A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. [En línea] <http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v16n1/original6.pdf> [Consultado el 5 de Marzo de 2009].

ILLICH, Iván. Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona. Barral Editores. 1974.

INFANTE Castañeda, Claudia. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención. México. Editores de Textos Mexicanos. 2006.

JARAMILLO Pérez, Iván. El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993 cinco años después. FESCOL, Bogotá, 1999.

LAÍN Entralgo, Pedro.

_____. La relación médico-enfermo. Madrid: Ed. Alianza, 1983.

_____. Qué es ser un buen enfermo. En: Ciencia, técnica y medicina. Madrid: Alianza, 1986.

LÁZARO J. y GRACIA D. La relación médico enfermo a través de la historia. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29. Suplemento 3.

MANITTA, Gabriela. El malestar en la relación médico-paciente. Acta Bioética 2005; año XI, N1.

MATALLANA, Amanda. Algunas características en la relación médico-paciente durante la ronda médica en los servicios de medicina interna, ginecología y obstetricia y quirúrgica de la clínica León XIII-ISS seccional Antioquia. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Estudios Interdisciplinarios. Bogotá, 1983.

MCGREGOR, J. Allister. Researching Well-being. Communicating between the needs of policy makers and the needs of people. Global social policy. 2004.

OCAMPO Martínez, Joaquín. La bioética y la relación médico paciente. En: Cirugía y Cirujanos. Volumen 70, Número 1, Enero-Marzo de 2002.

OVEJERO, Magdalena. El proceso de deshumanización en la atención de la salud. Revista de Enfermería del Hospital Italiano (Buenos Aires). Vol. 04, No, 10, Agosto, 2000.

PALACIO, Luis Carlos. El papel de la salud y la enfermedad en la conquista del territorio colombiano: 1850-2000. En: PALACIO, Germán. Naturaleza en disputa: Ensayo de historia ambiental en Colombia 1850-1995. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Derecho, Instituto colombiano de Antropología e Historia, 2001.

¿Qué es una urgencia y qué es una emergencia? (n.d). [En línea] <http://www.semes.org/urgencilogos/ue.html> [Consulta del 19 de Mayo, de 2009]

RUIZ Marín, Luz Adriana. Seguro Social, ¿para siempre? U-235 In Memoriam. Consultorio de Seguridad Social Integral. Universidad de Antioquia. Medellín No 2, junio de 2008.

VUKUSICH C., Antonio; OLIVARI P., Francisco. Causas de la crisis de la profesión médica. Revista médica de Chile. vol. 132, n 11, noviembre, 2004.