

Aproximación a los sentidos prácticos en el Sistema de Salud
Colombiano desde la perspectiva de cuatro médicas.

Angélica Franco Gamboa (Directora)

Diana Catherine Roa – Bohórquez (Maestrante)

Universidad El Bosque

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología – Énfasis salud

Bogotá D.C., Enero de 2019

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO**

NOTA DE SALVEDAD

La Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque informa que los conceptos, datos e información emitidos en el trabajo de grado titulado:

**Aproximación a los sentidos prácticos en el Sistema de Salud
Colombiano desde la perspectiva de cuatro médicas.**

Presentado como requisito para optar por el título de Magister en Psicología son responsabilidad de los autores quienes reconocen ante la Universidad que éste trabajo ha sido elaborado de acuerdo con los criterios científicos y éticos exigidos por la disciplina y la Facultad.

Agradecimientos

A Dios por darme la fortaleza en cada momento de adversidad.

A las cuatro profesionales que participaron en éste proyecto, sin ellas no hubiese sido posible materializarlo.

A mi directora Angélica Franco, quien ha orientado sabiamente mi proceso formativo e investigativo.

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, quienes me impulsaron a seguir persistentemente en este proceso.

A mi madre, quien desde el cielo sirve de guía, cuyo amor y dedicación hicieron de mí la mujer que soy.

Aproximación a los sentidos prácticos en el Sistema de Salud Colombiano desde la perspectiva de cuatro médicas.

Angélica Franco Gamboa¹, Diana Catherine Roa-Bohórquez²

Resumen

Esta investigación indagó acerca de las perspectivas sobre los pacientes de profesionales de medicina. Para ello se realizó un análisis de narrativas a partir de cuatro entrevistas a profundidad realizadas a médicas profesionales con edades entre los 30 y 40 años que ejercen su labor desde hace más de cinco años. De los proceso de codificación se derivaron cinco (05) categorías inductivas que fueron sometidas a validación por medio de triangulación de datos y teórica. Este proceso permitió construir cinco apartados en los que se abordan disociaciones entre la formación del profesional y la humanización; la vocación y el propósito vs el ejercicio médico; la fractura e infantilización del paciente; la conceptualización de los servicios de salud como negocio; y la degradación de la labor médica que empieza en el proceso formativo se perpetua y perpetra en el sistema de salud y da paso a la naturalización de violencias simbólicas expresada en minimaltratos.

Palabras clave: narrativas personales (SC 63545), pacientes (SC 010361), médicos (SC 10820).

¹Psicóloga. Doctora en Antropología Directora del trabajo de grado

²Psicóloga. Especialista en Psicología médica y de la salud. Estudiante que opta por el título de Magister en Psicología

Tabla de contenido

Capítulo primero	11
Introducción	11
Justificación	22
Objetivo general	23
Objetivos específicos	24
Capítulo segundo	
El sistema de salud, las relaciones y el sentido	25
Medicina en Colombia	25
Acreditación y habilitación de servicios de medicina	27
Calidad.	29
Humanización y deshumanización.	30
Relación médico paciente	33
El sentido práctico y el campo de la salud	42
Capítulo tercero	
Método	49
Tipo de estudio	49
Enfoque	50
Participantes	51
Instrumentos	51
Procedimiento	53
Aspectos éticos	54
Capítulo cuarto	
Resultados	56

La formación en medicina: vocación y humanización, el deber ser y hacer de las médicas.	56
Narrativas sobre el paciente: tensiones entre la humanización, la fragmentación e infantilización del paciente.	62
La salud es un negocio.	69
Narrativas sobre el médico: “pasar de estar del top de la pirámide cultural al que hace el trabajo burdo y brusco”	74
Violencia simbólica la naturalización de los “mini maltratos” en el entorno médico.	81
Capítulo quinto	
Discusión	88
Referencias	92
Apéndices	101

Lista de tablas

Tabla 1	
<i>Comparación de los cuatro modelos de relación médico -paciente</i>	
	38
Tabla 2	
<i>Diseño metodológico</i>	
	52

Lista de figuras

Figura 1. Habitus y sentido

45

Lista de apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado

Apéndice B

Guion de entrevista

Apéndice C

Consentimientos informados de las participantes

Apéndice D

Tablas de codificación y niveles de fundamentación

Apéndice E

Redes semánticas de categorías emergentes en la codificación selectiva

Capítulo primero

Introducción

La presente investigación partió de los hallazgos previos obtenidos en el proceso realizado para obtener el título de especialista en Psicología Médica y de la Salud, en el que se buscó comprender la autoatención en pacientes no indígenas que acuden a los servicios de medicina tradicional. Los resultados permitieron dar cuenta que las razones que motivan a los pacientes a la búsqueda de una alternativa terapéutica y a la permanencia en ella son: la calidad de la relación con el profesional de medicina, la familiaridad en la atención, la posibilidad de consolidación de vínculos con el profesional, la percepción de que son comprendidos por el experto, el “contacto humano”, es decir: “otro ser humano y no una máquina sentada en frente de un computador haciendo preguntas”. La percepción de ser el centro de las intervenciones ya que se les empodera y da control sobre su padecimiento, la validación de la experiencia dolorosa, el “interés genuino por parte de los profesionales en el control de su padecimiento, la recuperación total o parcial del mismo”; y finalmente, la comunicación entre los actores: al afirmar que su voz cobra valor porque los médicos por medio de un lenguaje comprensible garantizan la comprensión de los procesos diagnósticos, terapéuticos y resolutivos de la enfermedad (Mayorga, Roa-Bohórquez y Toro, 2017).

La búsqueda de los pacientes está dirigida a dar con una persona que sepa y que tenga el don de curar, pero que a la vez le dé la consideración de humano que merece, comparando permanente la medicina tradicional indígena y la medicina occidental. Por esto se indagó acerca de las perspectivas sobre los pacientes de profesionales de medicina, partiendo de la pregunta por las trayectorias profesionales de las médicas.

Este estudio se aproxima a las disposiciones asociadas a nociones específicas de *persona atendida* que direccionan las prácticas en el acto médico, y que median en el establecimiento de la relación médico – paciente; en otras palabras, esta investigación informa acerca de la configuración de *los sentidos prácticos* asociados a nociones de paciente que se dan por sentado y orientan la voluntad del médico en orden a un fin específico. Esto en razón de la ausencia de evidencia empírica en la que la voz del médico acerca del paciente es contemplada. A lo largo de esta introducción se contextualiza la problemática que guiola investigación, la fundamentación epistemológica que permitió la consolidación de la misma, los objetivos, la metodología y los hallazgos obtenidos. Estos últimos son presentados en el capítulo de resultados a través de cinco apartados.

Es importante precisar que el marco epistemológico desde el cual se denomina a la persona atendida fue “paciente”, ya que se retoman los términos usados por las profesionales de la salud y la evidencia empírica.

En 2017, el reporte de la Secretaria Distrital de Salud que consolida las causales de derechos de petición en el Sistema Distrital de quejas y soluciones con corte a III trimestre de 2017, indicó un total de 14.506 reclamos. De éstos 246 (7.51%) se vincularon con la atención deshumanizada recibida, 346 (10.56%) correspondieron al no suministro de medicamentos, 520 (15.87%) se relacionaron con dificultades administrativas, y 1.549 (47.2%) se asociaron a la no oportunidad en los servicios. De un total de 11 problemáticas que incluyen: (a) atención deshumanizada, (b) dificultad de la accesibilidad administrativa, (c) dificultad alto costo, (d) dificultad tutelas, (e) inconsistencias sistema de información- aseguramiento, (f) incumplimiento portabilidad nacional, (g) negación de servicios, (h) no oportunidad de servicios, (i) no suministro de medicamentos, (j) presunto evento adverso seguridad-pertinencia, y (k) problemas de recursos económicos; las dificultades en la interacción con las profesionales ocupó el cuarto motivo de derechos de petición con mayor cantidad de reclamaciones (Secretaría Distrital de Salud, 2017).

Lo anterior hizo imperativo reconocer elementos que instalan determinadas actuaciones en las y los profesionales, enmarcando estos repertorios en marcos estructurales, económicos y sociales que subyacen al Sistema General de Seguridad y

Salud (SGSS) Colombiano y al modelo biomédico imperante en dicho sistema, lo que atraviesa transversalmente el tipo de relaciones que se configuran.

De ahí que este trabajo se ocupa de las trayectorias profesionales de las médicas y sus relatos frente a las personas que atienden, puesto que los antecedentes empíricos suelen reducir esta relación a la ejecución de prácticas que garanticen la dignidad y promuevan la atención humanizada (el deber ser); señalando el acto médico como la entrada para la consolidación de una relación sanitaria (lo que deben hacer), más no abordan el reconocimiento de la alteridad como fundamento para la consolidación de la relación en sí misma. Así, las perspectivas de las profesionales respecto a la persona que es sujeto de su labor profesional suelen ser mostradas a través de los discursos de los pacientes, siendo ellos los proveedores casi exclusivos de información respecto al médico, una información que no da cuenta de sus perspectivas sobre la persona atendida, ni permite dilucidar cómo son sus ideas de ser humano. Este trabajo busca brindar elementos que permitan complejizar de alguna manera las miradas unilaterales acerca de las falencias del sistema de salud y desde ahí, porque no, contribuir con la reducción de brechas entre los actores del contexto clínico y la construcción de lineamientos aplicables para la reestructuración de acciones encaminadas al mejoramiento de las condiciones de acceso a la salud.

En ese orden de ideas se hace necesario problematizar la carencia de conocimiento disponible asociado con las perspectivas de los profesionales en los contextos de salud, de ahí que la pregunta base que guía la investigación es ¿cuáles son los sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales en medicina que ejercen su labor en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y atienden pacientes de régimen contributivo y/o subsidiado?

Epistemológicamente este trabajo se sitúa dentro de un paradigma postestructuralista. Desde ahí y en virtud de la naturaleza del problema que motiva el estudio, se acogen marcos conceptuales críticos derivados del ámbito de la salud colectiva, la salud pública y la medicina social que dialogan ampliamente con las ciencias sociales. De Emerson Elías Merhy, se eligió el trabajo vivo para mencionar los atributos de autonomía y autogobierno que posee en las profesionales de medicina para transformar el campo de salud y las prácticas hegemónicas que se despliegan en el

marco del modelo biomédico. Abadía, Góngora, Melo y Platarrueda, permiten una aproximación a la medicina social desde la coexistencia del proceso de salud-enfermedad y políticas públicas que preservan, amenazan, reproducen, promueven, posibilitan o restringen la construcción de bienestar y un buen vivir colectivo. Para la conceptualización del poder y la violencia simbólica se acudió a Judith Butler y Peña. Finalmente, la mirada sobre los sentidos prácticos de las médicas fue orientada desde la perspectiva de la teoría de la práctica de Pierre Bourdieu.

El sentido práctico, o principio generador de líneas de acción objetivamente orientadas, es conceptualizado por Bourdieu como *habitus*. Entendido como el sistema de “disposiciones duraderas y transferibles, predispuestas a funcionar como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a una meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines, ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos” (Bourdieu, 2007, p.85). Estas disposiciones tienden a aparecer como necesarias, incluso como naturales, por esto el *habitus* origina prácticas individuales y colectivas “asegurando la presencia activa de las experiencias pasadas que son registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción y tienden, con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la confinidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo” (Bourdieu, 2007, p.89). El *habitus* hace posible “la producción libre de todos los pensamientos, las percepciones y todas las acciones inscritas en los límites inherentes a las condiciones particulares de su producción el cual cuenta con una capacidad infinita de engendrar, con total libertad (controlada), unos productos-pensamientos, percepciones, expresiones, acciones” (p.90) que siempre tienen como límite las condiciones históricas y socialmente situadas de su producción, esas condiciones sociales específicas permiten la objetivación de la historia, las instituciones, y la forma en cómo el individuo las ha incorporado en sí mismo.

En este trabajo los relatos de las médicas sobre sus trayectorias profesionales, definidas como series de determinaciones cronológicamente orientadas e irreductibles entre sí que permiten diferenciar los *habitus* disciplinares (Bourdieu, 2007 p. 105), permitieron rastrear el modo en el que las condiciones objetivas de las estructuras sociales y sus instituciones -estructuras de primer orden para el autor-y las disposiciones

o estructuras cognitivas y motivadoras de fines ya realizados y de procedimientos por seguir -estructuras de segundo orden - se configuran mutuamente y se sintetizan en el sentido práctico.

Así, el *sentido* objetiva las instituciones y se incorpora en la lógica del sujeto por medio de la historia colectiva, la cual se reproduce ajustándose al curso de una historia particular y los sujetos participan activamente en darle vigor de tal manera que la apropian para mantenerse en dichas instituciones. Entonces, si ese sentido es mutuamente ajustado a la estructura de forma concertada, unitaria y sistemática, éste trasciende a las intenciones subjetivas, volviéndose proyectos individuales y colectivos que generan un *sentido común* el cual se refleja en el consenso de las prácticas, experiencias y refuerzos que reciben de la expresión individual o colectiva. Entonces, “las metas de la acción, el marco institucional que las produce y la interpretación que el agente de la acción hace de dichas metas y del contexto social que orienta la intención” (Bourdieu, 2007, p.94) serán rastreados para dar cuenta de los sentidos implicados la perspectivas sobre el paciente.

Considerando lo anterior, los objetivos específicos que permitieran identificar los sentidos implicados en la perspectiva sobre los pacientes de profesionales en medicina que ejercen su labor en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y atienden pacientes de régimen contributivo y/o subsidiado fueron: conocer las narrativas de las médicas acerca de las metas de acción dirigidas a los pacientes; identificar los marcos institucionales de tales narrativas; e identificar las interpretaciones que el profesional de medicina hace sobre las metas de acción y el contexto social que orienta sus intenciones hacia los pacientes.

Metodológicamente este estudio se sitúa en el enfoque hermenéutico interpretativo, al querer identificar el significado de los fenómenos desde la subjetividad de los individuos. Tal y como lo plantea Pérez (1994), este enfoque reconoce que el sujeto es un individuo comunicativo que “comparte significados, y construye la acción interpretando y valorando la realidad en su conjunto de modo analítico-descriptivo. Desde el contexto se le da su significado pleno” (p.17). Así mismo, permite hacer una rigurosa descripción contextual de las situaciones que “posibilitan la intersubjetividad en

la captación de la realidad, a través de una recolección sistemática de los datos que admite el análisis descriptivo” (p.18).

Desde este enfoque se propone un análisis de narrativas discursivas desde la perspectiva de Hernández, Fernández y Baptista (2010), sobre las trayectorias profesionales de las médicas que den cuenta de los sentidos implicados en las perspectivas sobre el paciente. Phillips & Hardy, (2002) definen el término discurso como el conjunto interrelacionado de textos (hablado, escrito, pictórico, simbólico, de artefactos) y las prácticas sociales de su producción, difusión y acogida. Por lo tanto, este método permite el estudio de las conexiones entre los discursos (conjunto interrelacionado de textos) y el contexto social en el que se crea. Miriam Jimeno (2016), por otra parte, señala que por medio de la narrativa se identifica una voz, que está inmersa en formaciones discursivas de tiempo y lugar, por lo que es considerado un hecho cultural. Así, este diseño permite entender la formación de los sujetos y las relaciones que tejen con su entorno donde las expresiones particulares narrativizadas sirven como referente, medio de expresión, incidencia y transformación del entorno social y están vinculadas con la construcción y reconstrucción de referentes éticos y morales.

Para la recolección de la información, se realiza trabajo de campo durante tres meses. Durante este periodo se llevan a cabo reuniones con el área de subdirección médica de dos instituciones de salud, una clínica privada y un hospital público, en las cuales se socializó de manera preliminar el proyecto y se pidieron requerimientos para el desarrollo del mismo en ellas. Sin embargo, la evaluación de la viabilidad y autorización para el desarrollo duraba un periodo mayor a un mes, sin contar los trámites administrativos internos para la radicación de la propuesta. Por esta razón se continuó realizando una convocatoria pública por redes sociales como Facebook, Instagram, LinkedIn, y grupos privados como el de La Universidad El Bosque, sin embargo, no se logró vincular participantes por este medio.

Finalmente, a través de redes de contactos cercanos, se estableció comunicación con un total de nueve (09) profesionales de medicina miembros de diferentes instituciones y sub especialidades, quienes de manera preliminar manifestaron su intención de participación. Sin embargo, sólo cuatro de ellas participan del estudio y cumplen los

criterios de inclusión, a saber, médicos generales que ejerzan su labor en instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, que atiendan pacientes de régimen contributivo y/o subsidiado, con ejercicio de actividad médica mayor o igual a 5 años, residentes en la ciudad de Bogotá y firmaran el consentimiento informado manifestando su participación voluntaria en el proceso de investigación.

Estas cuatro personas son mujeres, médicas profesionales con especialidades culminadas: una dermatóloga, una radióloga y dos deportólogas. Las entrevistas a profundidad se realizan en los lugares de trabajo de cada participante y cada entrevista tuvo una duración promedio de cincuenta minutos. La recolección de fuentes primarias persiguió el principio de saturación entendido como el momento en el que la información “durante su obtención [...] empieza a ser igual, similar o repetitiva, por lo tanto parece muy poco probable que el campo suministre información con subsecuente a la recolección inicial que cambie sustancialmente” (Álvarez, 2003, p.11).

Lo anterior, suscita una reflexión respecto a las participantes del estudio. Previamente se señaló que esta investigación surge de la poca disponibilidad de material empírico en el que las y los profesionales de medicina fueran la fuente de información. Sin embargo, el trabajo de campo realizado materializa lo que al parecer es una de las barreras que imposibilitan la recopilación de información y la producción de conocimiento, y es la poca receptividad por parte del gremio de la medicina al favorecimiento de espacios que lo consoliden. Aunque se resalta que sólo mujeres accedieran a vincularse al proyecto, esta situación lleva a preguntarse ¿qué tipo de espacios para la consolidación de información y producción de conocimiento serían favorecidos por los y las profesionales?, ¿qué espacios serían valorados como propicios e idóneos para que un tercero pueda acceder a la “élite del profesional de medicina”?, ¿Por qué las mujeres tienden a ser más receptivas que los hombres en estos ejercicios académicos?

Para el análisis de datos se crea una unidad hermenéutica en la que se consolidan las fuentes primarias y se realizan procesos de codificación abierta, axial y selectiva en virtud de los parámetros de la teoría fundamentada. De acuerdo con Strauss y Corbin, la primera forma de codificación implica un proceso de comparación, clasificación, agrupación y asignación de códigos al material empírico según unidades de significación

que evidencian modos particulares de acuerdos intersubjetivos; la segunda, involucra la identificación de códigos que estén lo suficientemente fundamentados (según la frecuencia de referencias) y la creación de relaciones inductivas y deductivas entre subcategorías; y la tercera, la selección de categorías centrales alrededor de las cuáles se organizan, se integran y se agrupan otras que describen rasgos y dimensiones, patrones y pautas que dotan de potencial teórico descriptivo a las categorías centrales, manifiestas en determinadas condiciones (Strauss y Corbin, 2002).

Teniendo en cuenta lo anterior, se relacionan las categorías de análisis que emergen durante los tres momentos de codificación.

Codificación abierta: en este primer momento se agrupan trece códigos con un promedio de fundamentación de 10 citas, es decir, 10 fragmentos textuales emergentes del discurso de las médicas que alimentan el código:

- ¿Por qué medicina?, ¿Por qué esa universidad?
- Competencias técnicas comunicativas con todos los actores.
- El horizonte de las médicas es servir.
- El entorno de las médicas, es exigente, terrible, ofensivo.
- La formación no te enseña a tratar pacientes eso lo da la experiencia.
- Un paciente fácil sigue las indicaciones, hace lo que uno dice.
- Cuando soy paciente quedo a la merced de lo que quieran hacer.
- Las instituciones de salud dan lineamientos sobre cómo tratar al paciente.
- De la profesional se espera que sea una persona cálida, compasiva y amable.
- El paciente difícil no acata ninguna indicación, hay gritos, grosería, la gente es supremamente grosera.
- El médico tiene que hacer las cosas con el menor número de recursos.
- De la profesional se espera que sea una persona cálida, compasiva y amable
- Hegemonía, educación, pobreza, etnicidad y los pacientes que atiende.

Codificación axial: el segundo nivel de decodificación consolida diez códigos refinados con un promedio de fundamentación de 13 citas:

- El horizonte de las médicas es servir.
- El entorno de las médicas, es exigente, terrible, ofensivo.

- Un paciente fácil sigue las indicaciones, hace lo que uno dice.
- Cuando soy paciente quedo a la merced de lo que quieran hacer
- El paciente difícil no acata ninguna indicación, hay gritos, grosería, la gente es supremamente grosera.
- Lo contratan a uno para que atiendan y ya, le importa cinco si tu estas bien
- La formación no te enseña a tratar pacientes eso lo da la experiencia.
- De la profesional se espera que sea una persona cálida, compasiva y amable
- Idea de ser humano: patología y edad
- Las instituciones de salud dan lineamientos sobre cómo tratar al paciente. El médico tiene que hacer las cosas con el menor número de recursos.

Codificación selectiva: este último nivel de codificación consolida 05 categorías emergentes que al agruparse, permitieron dar respuesta a cada uno de los objetivos específicos y se denominan de la siguiente manera:

- Formación en medicina.
- Narrativas sobre la persona atendida: de la humanización a la fragmentación e infantilización del paciente.
- Instituciones en las que se ejerce la medicina.
- Interpretaciones del médico:” pasar del top de la pirámide cultural a hacer el trabajo brusco y burdo”.
- Violencia simbólica: la naturalización de los “minimaltratos”.

Como herramienta de validación se realiza triangulación de información de datos y teórica. Según Norman Denzin, la triangulación de datos implica la verificación de tendencias mediante la confrontación de fuentes primarias diferenciadas en virtud de tiempos, espacios y sujetos; de otro lado la triangulación de teorías implica el uso de distintas perspectivas teóricas, en este caso provenientes de los campos de la salud pública, la salud colectiva y la medicina social para interpretar los resultados (1990). Estos procedimientos permitieron estructurar un discurso argumentativo organizado a través de cinco apartados.

En el primer apartado se alude a la formación en medicina de las profesionales, describiendo las habilidades sociales y técnicas exigidas en los procesos de atención al

paciente en las que se espera que el médico se comporte como una “persona cálida, compasiva y amable”. De acuerdo con las participantes esas pautas de comportamiento sumadas a discursos humanizantes puede acercarlas al propósito personal que motivó la opción disciplinar a la cual se adscriben. Así mismo contrastan su formación profesional con dicho propósito, arguyendo que la instituciones académicas dotan de herramientas técnico científicas para la atención al paciente, sin embargo es enfrentarse con la vida profesional lo que las dota de habilidades para hacer frente a las diversas clases de paciente.

El apartado número dos describe las ambivalencias manifiestas en los relatos médicos al reconocerla imposibilidad de hacer abordajes integrales del paciente pues son reducidos y evaluados desde miradas explícitamente biologicistas, por lo que se pierde de vista el carácter social, cultural, psicológico que subyacen a los seres humanos. Adicionalmente da cuenta de la distinción entre “pacientes fáciles y difíciles” que realizan las profesionales y que pone en el tintero la ambivalencia entre una práctica médica que humaniza versus una que infantiliza. Finalmente se considera la distinción entre usuario y paciente que da paso a la conceptualización de la mercantilización de la salud.

En el tercer apartado. “La salud es un negocio” se conceptualiza la estructura que da forma al Sistema de Salud en Colombia señalando el papel que tienen las leyes y las normas para moldear prácticas que mercantilizan la salud y que permiten la aparición de prácticas fraudulentas que desincentivan la labor del profesional

El cuarto apartado. “Pasar de estar en el top de la pirámide cultural al que hace el trabajo burdo y brusco” da cuenta de la “degradación” percibida del médico como profesional, la precariedad de recursos con la que deben trabajar las médicas en los entornos de salud, la baja remuneración que reciben las profesionales comparada con la carga laboral y el papel de las instituciones a los límites que se le imponen a la actividad del profesional de medicina.

En el último apartado. Violencia simbólica en el gremio médico: la naturalización de los ‘minimaltratos’ se pone de manifiesto la minimización y normalización que realizan las participantes del maltrato que reciben en los entornos académicos y laborales. Estos maltratos tienen inicio en la acción pedagógica de las instituciones de educación

superior, instituciones que usan la autoridad pedagógica para manifestar la violencia simbólica. Finalmente, se cierra con una reflexión sobre los sentidos prácticos de las profesionales para alejarse de los patrones que reproducen esas violencias.

El presente trabajo hace un aporte a la psicología de la salud, en la medida que hablar de psicología médica, implica abordar toda la dimensión psicosocial de los procesos de salud y enfermedad, lo que conlleva a incluir los grandes marcos y contextos que configuran accesos particulares de atención, de tal manera que sean objetivados a nivel conceptual, metodológico y organizativo y puedan considerarse dentro de los esquemas de cuidado en la salud de la población. Esto considerando que a la institucionalidad que posibilita la salud, se deben anclar metodologías de evaluación e intervención que no solamente responda a los referidos al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, la planeación de salud, la legislación sobre la salud y otros componentes de este tipo del sistema total. Reduciendo así, la réplica de metodologías restrictivas y descontextualizadas que mantienen linealidad con el fracaso de los sistemas sanitarios erigidos desde un modelo biomédico.

Ahora bien, retomando los hallazgos de este estudio, de las perspectivas sobre el paciente se puede afirmar que el consenso de las profesionales por un lado, vincula el propósito de su carrera a prácticas humanizadas que hagan sentir al paciente dentro del marco de la consulta comprendido y escuchado, donde la profesional tiene un interés genuino por dar resolución al motivo de consulta. Sin embargo, la adhesión particular a modos de ser, actuar y pensar propias del modelo biomédico generan tensiones que propician la reducción biologicista de ser humano en términos de edad y patología.

Por otro lado, las médicas afirman que pautas de comportamiento de los pacientes permiten clasificarlos como pacientes en fáciles y/o difíciles, los primeros suelen ser quienes se ajustan a las indicaciones, siguen instrucciones y no cuestionan a la profesional; mientras que los difíciles, son aquellos que no siguen instrucciones, que preguntan a “cincuenta mil médicos más” para confirmar su tratamiento, que indagan sobre sus posibilidades o que buscan diversas opciones terapéuticas. Esta clasificación permite identificar la infantilización del paciente que hacen las profesionales puesto que al hacer referencia al paciente difícil las cualidades de los mismos están dotadas de conductas que dan cuenta de la autonomía y gestión del paciente, las cuales buscan ser

reducidas en el marco de la consulta o pueden llegar a ser problemáticas para el desarrollo de la labor médica.

Finalmente, es posible identificar que las intenciones del profesional que recaen sobre el paciente están permeadas por la manifestación de violencias simbólicas que se construyen en las instituciones de educación superior, son reforzadas en los contextos de salud, y se replican al interior de la consulta médica de manera sistemática; adhiriéndose de manera involuntaria a las profesionales, pasando desapercibidas a tal punto que se validan, naturalizan y consideran necesarias para la práctica médica.

Justificación

Para la justificación de este proyecto, es pertinente mencionar que las necesidades formativas y las actividades prácticas sugeridas para los profesionales suelen ser producto de las narrativas y evaluaciones de discursos emitidos por los pacientes, dando menor relevancia a la perspectiva de los profesionales en medicina quienes son los directos implicados en la ejecución de tratamientos para lograr de cambios esperados en salud y por ende agentes de la relación que se constituye en el contexto clínico.

El desarrollo de este proyecto permite dar complementariedad a un vacío de conocimiento identificado, en la que la voz del profesional de medicina sea el eje central de la generación de conocimiento, donde se identifique qué dicen los médicos sobre el paciente, qué narran sobre esa persona atendida, cómo los distinguen e instrumentalizan y qué tan humanizada es su idea de ser humano sin que cobre importancia la enfermedad que padecen.

La consolidación de conocimiento permite el fortalecimiento de la línea interdisciplinaria entre psicología médica y psicología social, en la medida que el aporte teórico hace reconocimiento a la identidad que puede asumir un grupo de profesionales en el contexto de salud, y cómo esa identidad responde a la ejecución de determinadas prácticas que ejercen poder en los pacientes, quienes suelen considerarlas como actos de privación de derechos o poco garantistas del mantenimiento de la salud y cura de la enfermedad. Entonces, a través del conocimiento del sentir de los profesionales se puede encontrar soporte empírico que permite reducir las brechas entre los actores del contexto clínico, que contribuya a la construcción de lineamientos aplicables para la

reestructuración y consolidación de estrategias encaminadas al mejoramiento de las condiciones de salud.

Así mismo, se articula de manera directa con los fines de la psicología médica, en la medida que el psicólogo en el campo de la salud, ejecuta acciones dirigidas al equipo médico que faciliten además de la comprensión del paciente, el establecimiento de forma interdisciplinaria de las mejores estrategias de atención, la resolución de problemas en las relaciones con el paciente, y la orientación para la ejecución estrategias de soporte que incremente la satisfacción laboral de los profesionales(Dapuetto, 2016).

Metodológicamente, la información producida pone en dialogo a la psicología médica y salud cuyos trabajos se sirven principalmente de paradigmas positivistas, empíricos analíticos con una perspectiva hermenéutica interpretativa que entiende que la problemática va mucho más allá de la voluntad de quienes se adscriben al proceso de salud enfermedad y llevar a aproximaciones desde ahí se pueden formular acciones. Esto justifica que la narrativa se convierta en estrategia metodológica para el reconocimiento de esas subjetividades, se considera pertinente pues los argumentos generados provienen de un reconocimiento a la experiencia humana, en el que los individuos llevan vidas susceptibles a historiarse. “Las personas dan forma a sus vidas cotidianas por medio de relatos sobre quiénes son ellos y los otros conforme interpretan su pasado en función de esas historias. El relato, en el lenguaje actual, es una puerta de entrada a través de la cual una persona se introduce al mundo y por medio de la cual su experiencia del mundo es interpretada y se transforma en personalmente significativa” (Blanco, 2011, p.6), lo que permite obtener una visión general sobre el fenómeno, que a pesar de no ser totalizada por el sujeto, hace una interpretación del mismo con la mediación de su contexto social inmediato y los grupos limitados de los cuales hace parte, esto por medio de las instituciones (Blanco, 2011).

Objetivo general

Identificarlos sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales en medicina que ejercen su labor en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y atienden pacientes de régimen contributivo y/o subsidiado.

Objetivos específicos

- Conocer las narrativas de los médicos acerca de *las metas de acción* dirigidas a los pacientes
- Identificar *el marco institucional* que produce narrativas en los profesionales de medicina asociadas a la concepción de paciente
- Identificar *las interpretaciones* que el profesional de medicina hace sobre *las metas de acción* y *el contexto social* que orienta la intención.

Capítulo segundo

El sistema de salud, las relaciones y el sentido

El presente marco de referencia realiza una delimitación del contexto institucional en el que se configuran los sentidos de los profesionales en medicina, las diversas características que dan cuenta de las clases de relación médico-paciente que se construyen en el ámbito clínico, y las manifestaciones verbales o condiciones subjetivas que producen los sentidos: comunicación, relatos y narrativas como metodología.

En esta primera parte se contextualiza la configuración de la práctica médica en Colombia y, los estándares de habilitación para los servicios de salud haciendo énfasis en la calidad y humanización.

Medicina en Colombia

Al hablar de medicina social se plantea la coexistencia del proceso salud y enfermedad, en el que los malestares y las concepciones están inmersas en un despliegue de hegemonías que pueden ser vistas como políticas de control de la vida, de modo que el reconocimiento de esas políticas puede ser visto como una estrategia que preserva, amenaza, reproduce, promueve, posibilita o restringe la construcción de bienestar, es decir, un buen vivir colectivo (Abadía, Góngora, Melo y Platarrueda, 2013).

En Colombia, la construcción de política pública asociada a salud toma como referente el modelo biomédico validado por la formación académica de las ciencias de la salud, y funciona como una serie de derechos y deberes de los ciudadanos donde confluyen sectores del Estado, gobierno, ámbito político, económico, etc. (Granado, Martínez, Morales, Ortiz, Sandoval y, Zuluaga, 2005); estos sectores pueden relacionarse desde la cooperación, el rechazo y la competencia; frente a competencia en

el ámbito público, las prácticas de salud están enmarcadas en una episteme occidental, acogidas con valor de verdad, pues las intervenciones basadas en la evidencia son mucho más generalizables, replicadas con mayor frecuencia, y de carácter curativo, organicista y especializado (Andrade, Martínez, Morales, Ortiz, Sandoval y Zuluaga, 2005). Se considera dominante al estar “íntimamente vinculada con el desarrollo de los sistemas de salud oficiales que reciben subsidios públicos” (Nigenda, Mora-Flores, Aldama-López y Orozco-Núñez, 2001, párr. 7) y los conceptos y prácticas específicas que convergen son puestas al servicio de la atención a través de especialistas, expertos o profesionales.

En este sistema, las trayectorias de los pacientes están envueltas en procesos medicalizadores y burocráticos producto de los itinerarios terapéuticos, entendidos como las practicas curativas y de sanación que constituyen la medicina y que se dan en un entramado de redes o nodos del sistema de atención en salud, que funcionan como un gran circuito en pro de la solución de las enfermedades (Instituciones prestadoras del servicio de salud – IPS, laboratorios, exámenes especializados, etc.) y adquiere sentido desde el momento en que el paciente busca de la ayuda y el tratamiento (Uribe y Vásquez, 2008). Esos itinerarios no son producto del azar, son procesos regulares que deja ver atribuciones del significado de la expresión de la patología del paciente y al igual que el tratamiento son un acto hermenéutico que parte de “una concepción acerca de la persona enferma, así como de una concepción de la realidad como condición a priori para el encuentro entre el profesional de medicina y el paciente” (p. 39). En el proceso de diagnosis los síntomas experimentados por el paciente se reinterpretan como signos de un estado particular de enfermedad, esta interpretación sólo tiene sentido para los profesionales con respecto a unas prácticas específicas, en las que determinados criterios encajan o se ajustan a determinadas categorías permitiendo la clasificación del malestar. Esto conlleva paradójicamente a una categorización entre la normalización o normativización de lo anormal, pues la labor está encaminada a superar la desviación respecto a los patrones de personas ideales; lo que hace imperante la inclusión de reglas y estándares que encasillen la desviación dentro de un esquema establecido donde se señale los tipos de anomalías y maneras de ser normal (Abadía, Góngora, Melo y Platarrueda, 2013).

En ese orden de ideas “el desarrollo de las profesiones está ligado a la concentración de un saber que es valorado socialmente, a partir del cual se generan relaciones diferenciales de poder de unos individuos sobre otros” (Buitrago, 2013, p.81), en la que los pacientes suelen encontrarse en una relación de subordinación con respecto al ordenamiento social, y los médicos ponen su saber, prácticas y habilidades a disposición de quienes lo necesitan. Este poder está vinculado a los procesos de colonización y una distribución geopolítica del conocimiento, en el que las diferentes valoraciones que se hagan del poseedor del conocimiento y del tipo de conocimiento que es reconocido y legitimado hacen parte de la mirada colonial. Entonces, la valoración social que se hace de los saberes hegemónicos de los profesionales, llegan a explicar el cómo se debe cuidar en una condición de enfermedad o discapacidad, poniendo en un lugar subordinado el saber que tienen y desarrollan las personas cotidianamente (Mignolo, 2003).

Acreditación y habilitación servicios de atención médica.

El Manual de acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia establecido por el Ministerio de la Protección Social (2011), fomenta el establecimiento de estándares mínimos que garanticen la idoneidad de los servicios de salud, promoviendo eliminar procesos ineficientes que limiten la recuperación de las funcionalidades del paciente y la atención con calidad y seguridad. Ese manual agrupa los estándares en dos vertientes: la primera, relacionada con los procesos de atención al cliente asistencial; evaluación de las necesidades de ingreso y planeación de la atención; ejecución del tratamiento y evaluación de la atención; salida, seguimiento y articulación redes. La segunda vertiente está relacionada con apoyo administrativo gerencial, direccionamiento estratégico de la organización, gestión del talento humano, integración de todas las áreas asistenciales a través de la administración de información; y promoción de ambientes físicos que garanticen un adecuado funcionamiento de los procesos.

Transversal a esto se encuentra inmerso el término de humanización, el cual reconoce que “la información al paciente es clave, y debe ir acompañada de un trato admirable, de empatía, de confianza mutua y respeto; se trata de aportar calor humano,

transmitir afecto, respetar la dignidad y darle valor a la libertad, individualidad y autonomía del paciente, que se configuran en sus principales necesidades. De hecho, la relación médico-paciente es una alianza de estos sentimientos, hasta el punto que optimizarla, contribuyen a la curación (De la Peña, S.f. Párr.1) ésta relación se profundizará más adelante.

La intención de los profesionales en salud puede estar limitada por la misma estructura del sistema de atención, Abadía, Góngora, Melo y Platarrueda (2013) señalan que los aportes de las ciencias sociales ha permitido entender el modo en que la transformación de la medicina occidental ha obedecido y retroalimentado el sistema capitalista; desde una perspectiva Marxista es posible vincular políticas, planes y programas específicos y diferenciados de acuerdo con la necesidad de acumulación de capital, evidente en la privatización de los sistemas de salud y de la seguridad social, de tal manera que estos se configuren como un mecanismo de control social donde se focalizan diversos sectores denominados vulnerables, o sea, aquellos que según los cálculos no pueden acceder al mercado con recursos propios. De esta manera se configura una estrategia gubernamental que a través del uso de dineros públicos garantiza la presencia estatal y asegura un mínimo de supervivencia que articula a la población a un mercado de trabajo precario.

En ese orden de ideas las relaciones entre médicos y pacientes al interior de la institucionalidad médica ofrecen técnicas terapéuticas remediales e individuales que despolarizan las razones históricas que llevan a unos grupos sociales más que a otros a padecer mayor sufrimiento, redefiniendo la gestión de la enfermedad dentro de la red social al volverla objeto del poder del conocimiento experto. Aquí diversas tecnologías se instauran en los sujetos, quienes a partir de mecanismos normalizadores y disciplinarios empiezan a reconocer por si mismos o por efecto de la acción del modelo biomédico comportamientos inadecuados en salud, de tal modo que los individuos se autocorrigen y buscan ayuda en la institucionalidad establecida para cumplir la norma. Y el trabajo médico está sujeto a las estructuras y las dinámicas históricas sociales que abarcan lo cultural, lo político, lo económico y lo ideológico; lo que pone marcha “la fuerza de trabajo que se ocupa de asuntos propios de la medicina moderna, contribuyendo tanto a la salud humana como a la supervivencia de quien la práctica, y

que en sociedades y sistemas de salud capitalistas adquiere como fin la producción de valor para garantizar la salud financiera bajo el supuesto de que ésta puede ser simultáneamente precondition para el bienestar humano y delimita el grado de bienestar que puede llegar a desear una sociedad” (Ardila, 2016, p. 19).

Emerson Elías Merhy (Citado en Franco y Merhy 2014), sobre la labor del personal de salud, señala que las dinámicas de las relaciones capitalistas enmarcan el trabajo vivo como fuente de valor. En ese sentido el trabajo vivo en acto es en sí “acontecimiento, acción, y como tal ésta abierto o a los procesos tanto de capturas por las relaciones sociales capitalistas, como de fuga hacia lugares no obligatoriamente dados, sino en producción, instituyentes. Se ha dado un desplazamiento ya consagrado del campo de la producción de valor bajo el dominio del paradigma industrial hacia el campo de la producción colectiva de bienes inmateriales, esto muestra la amplitud que ha ganado la cuestión del trabajo vivo en acto como instituyente de posibilidades de conocer y actuar en el campo de las prácticas sociales como la construcción de conocimiento como fuerza productiva en sí, que es nuevo y central en la construcción de valor al interior de las relaciones capitalistas” (p.10, 11). Entonces, se puede afirmar que la hegemonía ejercida por el modelo biomédico, el cual es sustentado por la presión del capital y su poder de subjetivación, intervienen como fuerza que logra determinar los actos profesionales, modelar los servicios de salud, operando fuertemente sobre el imaginario, promoviendo el consumo de productos y procedimientos, interesados en la escala y la rentabilidad (Franco y Merhy, 2014).

Calidad.

Considerando la relación directa entre el trabajo médico y la estructura del sistema de salud ya sea en una vertiente facilitadora o limitante, es pertinente tomar como referente el Plan Nacional de mejoramiento de la calidad en Salud publicado por el Ministerio de Salud en el (2016), en el que “se imponen condiciones frente al mejoramiento de la atención y obtención de resultados evaluables, direccionados a considerar a las personas como centro y finalidad del sistema, en el que la calidad se entienda desde un enfoque sistémico, y la transformación de procesos esté dirigida hacia la mejora continua y la innovación” (p.5). El plan resalta el desarrollo de habilidades y

capacidades del talento humano en temas de gestión de las organizaciones y humanización, de tal manera que esto permitan atender de forma idónea las problemáticas de calidad asociada al SGSSS como lo son: dificultad en el acceso de la información a los pacientes para la toma de decisiones informadas, déficit en la formación del talento humano en salud en habilidades comunicativas y relacionales, y crisis de legitimidad y confianza lo cual ha generado algunas prácticas deshumanizantes.

Este concepto se articula con el proceso investigativo, en la medida que los sentidos de los profesionales figuran como obstáculos o facilitadores para el alcance de una atención de calidad, y las barreras que puedan percibir podrían llegar a limitar la praxis del médico. Para este proyecto la calidad será entendida como la comparación de expectativas del oferente del servicio y los resultados tras la prestación del mismo, exaltando la satisfacción del paciente y el bienestar de las personas en el marco de la atención en los sistemas de salud, en la que a través de los conocimientos disponibles se ejecuten mejores prácticas acordes a la cantidad de recursos asignados, persiguiendo resultados favorables, que generen confianza y fidelidad de los consumidores respecto a una entidad de salud (Martínez, 2013; Forellat, 2014).

Humanización y deshumanización.

Para entender la humanización, es pertinente señalar que a lo largo del tiempo predominó el convencimiento de que la medicina no podría considerarse científica si no estaba ligada al método positivista, es decir, al sistema de los hechos empíricos, constatables, medibles y evidentes. Sin embargo, éste anclaje llevó consigo “la tendencia a parcelar al enfermo por especialidades médicas, convirtiéndolo en objeto de análisis y clasificación mórbida, y perdiendo de vista su comprensión global” (Quintana, 2006, p.4). De esta manera la cobertura de los valores y la ética quedaba relegada y considerada irrelevante.

Se puede afirmar que al día de hoy, el sistema de salud ha evolucionado, y como parte de la garantía de calidad en atención y cauce de humanización, articular el ser técnicamente apto con la posibilidad de ceder un espacio y un tiempo para positivizar valores, hacen que la atención merezca el calificativo de humana.

Quintana (2016), señala que esto requiere de conocimientos, habilidades y actitudes. Los conocimientos son los valores y las cualidades que puede interiorizar cada persona, están cargados de contenidos cognoscitivos y poseen fuerza de atracción a determinados estilos de vida, son las habilidades y actitudes que orientan la conducta diaria. Al hablar de habilidades, se hace referencia a la estimativa moral de los profesionales, es decir, el grado de sensibilidad hacia determinados valores y la huella que dejan en la vida personal o colectiva, capaz de afectar el conocimiento, las emociones y los sentimientos; por eso requiere de estrategias de comunicación verbal y no verbal para descubrirlos, apreciarlos e interiorizarlos (Quintana, 2006). Finalmente actitudes, las cuales son producto de la estimativa moral y son categorizadas en reacciones positivas o negativas interiorizadas ante esos valores que configuran la personalidad moral o el carácter ético de las personas y los grupos. Se refleja en los profesionales de medicina por el reconocimiento de la dignidad de cada persona ante la salud y la vida, ante la libertad y la autonomía, ante la intimidad y la confidencialidad, ante la confianza del paciente por ejemplo, demuestran el nivel de su ethos profesional (Quintana, 2006).

Al hablar de humanizarla atención en salud, se hace referencia a “todas aquellas acciones que hacen más humano al hombre, implica la confrontación entre dos culturas distintas y entre dos maneras de ver el mundo. Por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia. Por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos (Zambrano, 2016).

Cuando los valores nos llevan a diseñar políticas, programas, realizar cuidados y velar por las relaciones asociadas con la dignidad de todo ser humano, hablamos de humanización” (Zambrano, 2016, párr. 12). Entonces, desde un punto de vista hermenéutico la humanización significa, una reorganización de las prácticas en las que las tecnociencias en sus medios y fines, se sumen al proceso de subjetivación para producir cuidados que lleguen a combatir la despersonalización y fomenten el reconocimiento y respeto del otro, de tal manera que el paciente logre sentirse valorado como persona con todos sus derechos, y no como un número o parte de un negocio.

En contraposición, la deshumanización se entenderá como la “privación de aquellas cualidades que distinguen a una persona como ser humano dotado de inteligencia, amor,

felicidad, valores, creencias morales, lenguaje, vergüenza; promoviendo comparaciones entre las personas, objetos o animales y considerarlos como incapaces de sentir algo más que dolor. La deshumanización no es más que la pérdida de la capacidad axiológica, tan propiamente humana, cuando estamos rodeados de tanto poderío científico y tecnológico...lo que ha llevado a la pérdida de la identidad, la independencia y la integridad del ser con respecto a los otros” (Zambrano, 2016, párr. 13). De acuerdo con Ochoa, Ochoa y Merchán (2011), la deshumanización en la prácticas profesionales son producto de un proceso formativo y laboral, en el cual la formación científica de la medicina no brinda herramientas para hacer frente al sufrimiento o el dolor generado por la enfermedad del consultante. Es así como en el rol de los estudiantes, los futuros médicos, son evaluado netamente desde la actividad académica; y los recién egresados se integran al mercado laboral en instituciones de salud sobresaturadas, volviendo la atención impersonal, apresurada, despreciando consciente o inconscientemente la esencia espiritual del ser humano. En conclusión despersonalizando la relación médico-paciente y configurándose en la principal queja de los pacientes de los servicios de salud.

Castro (2007), respalda las anteriores afirmaciones al indicar que los procesos de formación de los profesionales son cruciales para que los estudiantes de medicina instauren una incertidumbre constante que implica “la dificultad de diferenciar entre las limitaciones de conocimiento de la ciencia médica y sus propias limitaciones personales; acostumbrarse a la atención distante pues debe regular su involucramiento personal con los pacientes; y el entrenamiento para el manejo de los errores y fracasos en su práctica” (p.174). Incluso afirma que, existe una cultura del abuso de los estudiantes en las escuelas de medicina que está vinculada con una sistemática violación de la dignidad en los servicios de salud. Entonces el análisis sociológico desde la educación que reciben los médicos permite comprender los mecanismos responsables de la reproducción de estructuras sociales y mentales y evidenciar cómo desde los años de formación universitaria se forma el habitus médico en base a un aparente currículo oculto que pone el autoritarismo como elemento clave durante la práctica profesional, este currículo pone los castigos y el disciplinamiento corporal en la formación del médico como un vehículo para la trasmisión de conocimientos y la comprensión de las jerarquías (Castro, 2007).

Hamui-Sutton, Grijalva, Paulo-Maya, Dorantes-Barrios, Sandoval-Ramírez, García-Téllez, Durán-Pérez, y Hernández-Torres (2015) señala que la deshumanización corresponde a la necesidad del profesional de poner barreras para evitar involucrarse afectivamente con el paciente a cargo tiene consecuencias en la comunicación con los pacientes. Entonces para humanizar no implicaría per sé la simpleza de la práctica basada en la abnegación del trabajo dejando en un plano secundario los adelantos tecnológicos, sino que representa generar un cambio de paradigma en la atención actual optando por la consideración de un ser humano integral, un ser biopsicosocial y cultural, consentimientos, deseos, redes sociales, situaciones económicas diversas y con concepciones de vida o muerte. Es necesario aclarar que esta práctica no encasilla el proceso de humanización en algo meramente afectivo donde se es cariñoso con las personas que se atiende o se asume un rol que implica ser amigo o confidente del paciente, pues al fin de cuentas el ejercicio del médico está enmarcado en la resolución de problemas físicos. El llamado de la humanización es ejecutar prácticas que consideren un sujeto dotado de alma y espíritu y no un simple homínido, pues el buen médico es aquel que suma adecuadamente la competencia técnica con la excelencia moral (Ochoa, Ochoa y Merchán, 2011).

Relación médico-paciente

En este apartado se explica cómo se definen los actores de la relación y las características de la relación entre el médico y el paciente. Por un lado, el médico es entendido como la persona que ejerce una serie de tareas “encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio, y para la cual se requiere que las partes garanticen la producción, el uso y la transmisión del conocimiento científico, la mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible, la aplicación del conocimiento de forma ética y competente, y que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad” (Rodríguez, 2010, p.65).

Mientras que el paciente es entendido como aquella persona que “requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento, la recuperación de su salud o el control de síntomas y es atendida en un servicio de salud”(Ministerio de salud y protección social, 2012, p.15).

Merayo, Bravo y Gordon, (2014) señalan que el paciente está necesitado de atención ya que el padecimiento significa molestias físicas, trastornos psíquicos o dificultades sociales; y a pesar de tener un modo particular de ver y evaluar su padecimiento, es ignorante respecto a cómo hacerle frente, así que se encuentra en una irremediable situación de dependencia. Además, su juicio acerca de la calidad asistencial se elabora, inevitablemente, desde “perspectivas muy subjetivas en las que la relación difícilmente dejará de ser desigual y asimétrica, en la medida en que la inicia alguien que no sabe –el paciente– y se dirige a alguien que sabe –el profesional” (párr. 79).

En este orden se puede reconocer dos tipos de pacientes: un paciente pasivo y un paciente activo. El pasivo es aquella persona que está sujeta o sometida a las decisiones y cuidados del equipo de profesionales, este tipo de pacientes son considerados como una persona que requiere atención y de información no por el empoderamiento que se le quiera dar sino para subsanar su ignorancia, entonces estos pacientes suelen carecer de capacidad para tomar decisiones sobre su salud (Faccini, 2004). El paciente activo por el contrario, es aquel que se preocupa por su salud y se hace responsable de obtener la mejor asistencia sanitaria posible, de controlar la evolución de su enfermedad, son quienes:

Tienen el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsables de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que les atienden y, por lo tanto, definen objetivos terapéuticos y adoptan de forma compartida con sus médicos las decisiones que les permiten asumir esos objetivos (Jovell, Navarro, Maldonado y Blancafort, 2006, p.234).

Asimismo, presentan mayor cumplimiento terapéutico, son colaboradores con su médico y gestionan de manera efectiva y eficiente el tratamiento de su enfermedad, por lo que se puede convertir en apoyo para otros pacientes respecto a un mejor ejercicio de sus derechos y deberes. Los pacientes activos al corresponsabilizarse de su atención,

reconocen, gestionan y tratan sus problemas de salud, repercutiendo en su satisfacción personal, confianza y reducción de visitas al sistema sanitario (Soriano, 2015).

Para conceptualizar la relación médico-paciente, es necesario abordar preliminarmente el acto médico, el cual desde la tradición aristotélica se asocia profundamente con la realidad del ser, y se lo define como “lo que hace ser a lo que es”, es decir, se puede entender que el actuar médico es lo que hace y constituye al médico. El Acta Médica Colombiana suscrita por Guzmán y colaboradores, definen que el acto médico concreta la relación médico-paciente, pues permite el acontecimiento terapéutico y ético de la práctica médica que tiene como fin promover la salud, curar, prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente. Entonces esas relaciones se basan en el intercambio de información privado entre los actores, configurando una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud a tal nivel que puede influir en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento (Pérez, Vidaillet, Carnot y Duane, 2003).

La denominación de “relación médico-paciente” reconoce diversas facetas de la sanidad en la práctica diaria de los centros de atención en salud, y demuestran la existencia de muchos factores que influyen en la relación clínico-asistencial como por ejemplo el contexto, la actitud y el carácter del enfermo, la personalidad y experiencia del médico, la intervención de otros profesionales y por supuesto la presencia de terceros. Se puede afirmar que tres de las razones que garantizan la continuidad de la relación médico-paciente son: la primera corresponde a que la medicina atiende necesidades y aspectos básicos de la condición humana como el nacimiento, la salud, la enfermedad, la vulnerabilidad, la dependencia, la pérdida y la muerte; la segunda está asociada al objetivo fundamental e inalterable de la medicina de ayudar a los pacientes; y la tercera señala que la mayor parte de la ayuda médica tiene lugar durante el encuentro directo e interpersonal entre médico y paciente (Quintana, 2006).

Esta relación obedece a determinados planteamientos de fondo sobre los que se apoya la identidad personal, el modo de ser y la autocomprensión que cada uno tiene de sí mismo, y el objetivo de esa relación se puede definir en dos posiciones antagónicas: la primera intenta desarrollar la identidad personal, la construcción del propio Yo, basándose en la relación con los “otros”. El profesional tiene la convicción de que “el

ser humano es constitutivamente relacional, por lo que resulta imposible concebir el propio Yo sin el “alter”, sin el otro, sin alteridad, aislado o en solitario y al margen de o prescindiendo de los demás” (p.6), de ahí que el término Yo representa heme aquí dispuesto a todo y a todos... constricción de dar a manos llenas. Cuando se afirma que: Soy con los otros, significa soy por los otros y responsable del otro (Quintana, 2006).

La segunda está relacionada con la construcción propia de identidad, enfatizando en el pensamiento autónomo e individualista, por medio del dominio, el control y el poder sobre cualquier cosa que no soy Yo, incluidos los demás. Esta postura se ha reforzado por la mentalidad positivista y pragmática, es considerada como aquella que ha producido los mayores avances científico-técnicos a costa de llevar por delante cualquier cosa que no sea el Yo individual, colectivo, institucional o nacional, incluidos sus propios semejantes. Entonces el primer modelo genera en el profesional de medicina practicas basadas en la recepción, la reciprocidad, la comunicación, el encuentro y, en definitiva, la hospitalidad. Mientras que la segunda postura produce éticas basadas en el control, el dominio, el sometimiento y el ejercicio del poder sobre el otro (Quintana, 2006).

Ahora bien, para entender el tipo de relación que se construye se explican los cuatro modelos que dan cuenta de esas relaciones (ver Tabla 1). El primer modelo es el *paternalista*. En este la relación está encaminada a que el paciente reciba la atención necesaria para garantizar su salud y bienestar. Los médicos despliegan su conocimiento y a través de él determinan la situación del paciente sumado a la elección de pruebas diagnósticas y tratamientos específicos. La información que el profesional da al paciente es selectiva, y está encaminada a que la intervención que consienta el paciente sea la que el profesional considera adecuada, el médico discierne qué es lo mejor sin la participación del consultante y asume que éste debe “agradecer” por la decisión e incluso aceptarla aunque no esté de acuerdo con la misma. Esto puede conllevar a que la información se transmita de forma autoritaria. A pesar eso se esperaría que el médico ponga los intereses del paciente por encima de los otros, solicite soporte de otros profesionales cuando se carezca del conocimiento suficiente, y conciba la autonomía del paciente como un asentimiento (Mendoza, 2017).

El segundo modelo es el *informativo* o también denominado modelo técnico. En el cual la relación tiene como objetivo proporcionar al paciente toda la información relevante que oriente la elección de la intervención que desea partir del conocimiento que reciba sobre la naturaleza de la enfermedad, evolución, posibles diagnósticos y alternativas de intervención con sus respectivos riesgos y beneficios. En resumen, el paciente es capaz de comprender la información médica relevante sobre su condición de salud y elegir la opción de tratamiento que más se ajuste a sus deseos y valores personales. Los valores del médico pasan a un segundo plano, su labor está encaminada a dotar a los pacientes de los medios necesarios para que se empodere de su situación, incluso el médico debe articular redes con otros profesionales en caso de no contar con las herramientas suficientes para aclarar la información al paciente (Mendoza, 2017).

El tercer modelo es el *interpretativo*. En este, la relación busca identificar los valores y los deseos del paciente, de tal manera que la intervención que éste elija para abordar su enfermedad vaya en concordancia con estos. Similar al modelo anterior, el médico es quien suministra la información acerca de la enfermedad, pero adicionalmente sirve de guía para aclarar los valores que priman en la persona y articularlos a la elección de intervención. Para ello el médico trabaja con el paciente y reconstruye sus objetivos, aspiraciones, y responsabilidades. Es necesario señalar que este modelo asume que el paciente puede desconocer los valores que priman en la situación concreta de enfermedad y es deber del médico comprender al paciente como un todo discursivo desde donde se determinan esos valores y prioridades. A pesar de ser guía el médico no impone sus valores, no interfiere en la elección de intervención, ni juzga al paciente; su comprensión de la particularidad implica valerse de las concepciones existentes para el contexto médico, incorporando al paciente en un proceso global de análisis, en el que la autonomía es concebida como una autocomprensión que le permite conocer con claridad quién es y cómo las distintas opciones médicas afectan su identidad (Mendoza, 2017).

El cuarto modelo es el *deliberativo*. Este modelo pretende que la relación médico paciente sea un proceso que permita determinar cuál de todos los valores asociados a la salud puede desarrollarse en el acto clínico de la mejor forma posible. Esto implica que médico y paciente se comprometan conjuntamente a deliberar sólo sobre los valores relacionados a la salud, que afectan la enfermedad y el tratamiento; el médico asume un

rol de maestro que orienta sobre la actuación respecto a la enfermedad conociendo y deseando lo mejor para el paciente, dentro de esta deliberación no se incluyen elementos de la moralidad pues estos están fuera del alcance de la relación con el profesional de medicina. Este proceso debe evitar la coacción, de tal manera que el profesional y el paciente juzguen la utilidad y la importancia de los valores asociados a la salud contemplando la autonomía como autodesarrollo moral (Mendoza, 2017).

Tabla 1
Comparación de los cuatro modelos de relación

	Paternalista	Informativo	Interpretativo	Deliberativo
Valores del paciente	Objetivos compartidos por el médico y el paciente	Definido, fijos y conocidos por el paciente	Poco definidos y con conflictivos necesarios de una aclaración	Abiertos a discusión y revisión a través de un debate moral
Obligación del médico	Promover el bienestar del paciente independientemente de las preferencias del paciente en ese momento	Dar información relevante y realizar la intervención elegida por el paciente	Determinar e interpretar los valores del paciente más importantes así como informar al paciente y realizar la intervención elegida por el	Estructurar y persuadir al paciente de que ciertos valores son los más adecuados, así como informarle y realizar la intervención elegida por él
Concepción de la autonomía del paciente	Asumir valores objetivos	Elección de control sobre los cuidados médicos	Auto comprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos	Autodesarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos
Concepción del papel del médico	Guardián	Técnico experto	Consultor o consejero	Amigo o maestro

Tabla tomada de Emanuel y Emanuel (1999).

Habiendo conceptualizado los modelos de relaciones que se pueden establecer en el marco de la atención en salud entre médicos y pacientes, se hace referencia a la comunicación como elemento humanízate en dicha relación.

En la actualidad, las personas están más preocupadas por su salud y por la calidad de vida, lo que implica que la medicina se adapte a constantes innovaciones tecnológicas y modifique las prácticas que impactan los derechos del paciente y el rol de los profesionales. El resultado paradójicamente, es un escenario en el que la comunicación entre el profesional y el enfermo se modifica, y los pacientes se reivindican adquiriendo capacidad de decisión, donde debe asumir más responsabilidades derivadas de sus nuevas decisiones, y las orientan al control de la enfermedad o al mantenimiento de la

salud. De ahí que ya no centra únicamente la responsabilidad en el profesional, sino que promueve que el enfermo sea corresponsable y el adquiera un compromiso que resulte igualitario (Merayo, Bravo y Gordon, 2014).

Abadía (2008), señala que existe una relación entre cognición, reglas y experiencia que dificultan pensar en el lenguaje como una forma de comunicación exacta, en la medida en que “la experiencia que le da sentido al significado de cada palabra es contextual y personal y quien habla y quien escucha se relaciona con cada significado de forma diferente, por eso es fundamental que en las relaciones interpersonales se entienda que como oyentes nunca se sabe si el significado con el cual se está relacionando a determinada palabra es igual al significado que quiere expresar quien habla” (p.473).

Hamui-Sutton et al, afirman que la comunicación se trata de una relación simultáneamente asimétrica y simétrica, asimétrica porque una de las partes posee conocimientos de los que el otro carece, adquiridos a través de una formación profesional en la que buscó comprender, interpretar, diagnosticar y ejecutar diversas estrategias terapéuticas que dieran respuesta a la dolencia del paciente. Y simétrica porque la finalidad del establecimiento de esas relaciones está encaminada a una lucha contra la enfermedad a través de la negociación y la responsabilidad compartida. Esta comunicación se origina en un contacto confidencial y privado denominado consulta médica, en la que dos extraños establecen un vínculo terapéutico intenso y trascendental, el cual exige que el médico ponga a disposición del paciente sus conocimientos y habilidades, y que el paciente esté dispuesto a informar al médico y seguir sus instrucciones para colaborar con el tratamiento. Aparentemente las características de la comunicación que se configuran como simples, naturales y cargadas de sentido común; sin embargo, son estrategias realmente complejas que requieren ser aprendidas y practicadas para convertirse en operativas.

El médico requiere habilidades interpersonales basadas en principios bioéticos, “su mirada va acompañada de códigos emocionales, morales y sociales que en conjunto imprimen un carácter peculiar a lo que ahí se co-construye (...) y para que ésta sea efectiva requiere que ambas partes comprendan y a su vez se sientan comprendidas, por lo tanto, exige el entendimiento del mensaje, que se da cuando el contenido informativo,

emocional y relacional del mensaje intercambiado está en armonía y se genera en el ámbito terapéutico, de prevención y de asesoramiento” (Hamui-Sutton et al, 2015, p.18).

Entonces, esas formas de comunicación entre el médico y el paciente, son una representación del mundo sea real o imaginario, es decir, un mundo constituido lingüísticamente a través de procesos intersubjetivos situados en contextos sociales específicos que permiten una comprensión situacional y contextualizada de las realidades. Es necesario señalar que esos eventos comunicativos deben ser interpretados y contextualizados desde los conceptos del discurso de los actores y el análisis de esos discursos, pues éstos emanan de las interacciones sociales compartidas entre los grupos sociales y las estructuras complejas de la sociedad donde son capturados (Urta, Muñoz y Peña, 2013).

En psicología de la salud, “se ha investigado sobre la manera en que los discursos de expertos (oficiales) y las practicas institucionales (de promoción de salud, manejo del dolor, etc.) construyen y posicionan sujetos (por ej., en riesgo, responsable, pasivo, etc.), sugiriendo que dichos discursos configuran las formas en que experimentamos nuestros cuerpos e incluso nosotros mismos” (Urta, Muñoz y Peña, 2013, p. 51) y la construcción de narrativas dentro de contexto de salud suele estar centrada en el paciente, la comprensión integral del mismo y el reconocimiento íntimo de lo que médica, y las expectativas que median en el proceso. El contexto clínico, es un espacio normalizado por determinadas normas, reglas y valores que regulan la práctica médica y ponen de realce el análisis de las narrativas y los discursos emergentes durante el encuentro entre el médico y el paciente, “permitiendo identificar temas, contenidos, ideas, conceptos, emociones, incertidumbres, relaciones de confianza e intimidad, así como contextos sociales en los que tienen sentido su experiencia, es decir se genera un microsistema en el cual la comunicación porta significados culturales, palabras, gestos, ideas, afectos, conocimientos técnicos, actitudes profesionales y tonalidades verbales” (Hamui-Sutton, 2015, p. 22).

La antropología clínica explora esos significados, y aborda los problemas existenciales a través de las narrativas para reconstituir el contexto social de las personas, al recapitular las trayectorias biográficas de los pacientes se reconoce que están estructuradas en términos culturales y que suele incorporarse la enfermedad en la

vida cotidiana, y los actores establecen relaciones sociales entorno a su problema, incorporando lugares, tiempos, personajes y situaciones que denotan valores, creencias y prácticas concretas (Hamui-Sutton, 2015).

Son pocos los referentes empíricos que exploran los significados desde la voz del profesional, y con esta premisa se toma como referente el proceso investigativo realizado por Buscuñan en el 2005 en Chile, con el que se pretendía dilucidar los cambios de la relación médico paciente, los múltiples esfuerzos para describir la naturaleza de estos cambios, el nivel de satisfacción con el ejercicio profesional, así como el impacto que generan dichos cambios en la praxis médica. Ese estudio permitió hacer un reconocimiento al impacto positivo de una buena comunicación en la salud psicológica y física de los pacientes, lo que repercutía en el incremento de la confianza y compromiso con el proceso de salud, sin embargo, cuando esta no era idónea afectaba directamente al profesional, de tal manera que no sólo se cuestiona el ejercicio del médico sino que incluso existe la posibilidad de instauración de procesos legales contra los profesionales por aparentes malas prácticas.

Así mismo, los profesionales que participaron en dicho estudio y en los cuales se enfocó al investigación, cuestionan la transformación de la relación médico paciente dado al empoderamiento que tienen pese a estar enfermos, afirmando que si bien el principio bioético resalta la pertinencia de promover la autonomía de las personas, es necesario que se respete la autonomía del profesional en su praxis médica. Adicionalmente, se permite identificar que los cambios percibidos en la praxis médica afectan negativamente la satisfacción profesional y personal, indicando que la tecnificación y especialización médica han provocado en gran parte su deshumanización y ha contribuido al “desmembramiento del paciente en órganos y a la pérdida de la visión de conjunto, en este sentido el adelanto tecnológico desvirtúa la vocación médica. A esto se suma la burocratización de la medicina que refleja en una progresiva despersonalización de la relación donde no hay tiempo para crear un lazo afectivo con el paciente” (Buscuñan, 2005, párr. 12).

Adicionalmente, los profesionales manifiestan que los estándares internacionales, el postulado de desarrollo de medicina basada en la evidencia y la tecnología, van reemplazando el arte de la medicina, la experiencia y habilidades clínicas del médico;

pues aparentemente todo empieza a estar programado: el número de pacientes, el tiempo de atención para cada uno, incluso lo que debe hacerse en cada caso, transformando al funcionario en un sujeto que debe aplicar esos estándares sólo para satisfacer las demandas de un cliente. Finalmente, refieren una explosión y masificación del conocimiento donde los pacientes están más informados por medios como el internet o la prensa no especializada, generando que cuenten con información mayor o más actualizada que las de los médicos, lo que repercute en la solicitud desmesurada de exámenes que encarecen los servicios y generan en los médicos percepciones de pérdida de respeto, ingratitud y agresividad, sumado al incremento de las exigencias por un aparente derecho de estar sano dan paso a la aparición de exigencias imposibles de resolver, buscando que el médico evite acontecimientos naturales de la vida como el envejecimiento, el sufrimiento y la muerte. Estas situaciones según los médicos son asociados por los pacientes con resultados negativos producto de una mala praxis o porque existe un inconfesado interés económico detrás, lo que genera en ellos frustración a pesar de los esfuerzos que como profesional se ha hecho (Buscañan, 2005).

Si bien la investigación de Buscañan no permite realizar generalizaciones acerca del sentir de los profesionales, permiten dar una señal de alerta sobre lo imperativo que es dar voz a los médicos, reconocer cuales son los sus propósitos de acción, como la institucionalidad promueve, modifica o constriñe esos propósitos, qué percepciones genera esas situaciones y cómo se articula esto con la concepción de la persona que atienden.

El sentido práctico y el campo de la Salud

Es necesario reconocer el mundo social en el que un observador adopta un punto de vista sobre la acción, en éste el sujeto se sitúa en la actividad práctica real e inicia una relación con el mundo y esa práctica a través de acciones, gestos, palabras, incluso silencios configura contextos particulares. Es así que el concepto de *habitus*, hace referencia al sistemas de “disposiciones duraderas y transferibles, predispuestas a funcionar como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a una meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines, ni el dominio expreso de las operaciones

necesarias para alcanzarlos” (Bourdieu, 2007, p.85), el mundo práctico se relaciona con el habitus como un sistema de estructuras cognitivas y motivadoras, de fines ya realizados, procedimientos por seguir, y de objetos dotados de herramientas o instituciones, que tienden a aparecer como necesarias, incluso como naturales, por esto el habitus origina prácticas, individuales y colectivas, y por ende historia, “asegurando presencia activa de las experiencias pasadas que son registradas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamientos y de acción y tienden, con más seguridad que todas las reglas formales y todas las normas explícitas, a garantizar la confinidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo” (Bourdieu, 2007, p.89).

Para hacer evidente la manifestación del habitus en el profesional de medicina, se retoma el trabajo realizado en México por Roberto Castro en 2007, doctor en sociología de la Universidad de Toronto, quien a través de las observaciones en salas de atención de parto y hace un rastreo sobre las mentalidades de obstetras residentes y pasantes, lo subjetivo/subyacente sobre la mujer y su salud sexual y reproductiva, construido a través de la praxis obstétrica. Como se menciona al inicio de este capítulo, no se precisa un enfoque de género en esta investigación, sin embargo, los hallazgos del autor se ajustan pertinentemente al objetivo de esta investigación.

En primer lugar, reconoce que las intervenciones para mejorar la calidad en atención en salud, no deben limitarse a un enfoque netamente gerencial, sino que deben reconocer las percepciones, esquemas y apreciaciones dominantes del campo médico, por lo que generar y adoptar una sociología crítica que permita desencantar ese mundo y cuestionarlo radicalmente. Para ello es necesario entender que en el campo médico confluyen en conjunto instituciones y agentes de la salud que mantienen entre ellos relaciones de fuerza orientadas a “conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello” (Castro, 2007, p.173).

De esta manera las instituciones de salud, forman cuadros profesionales que pasan a ser parte de las facultades de medicina y los hospitales de enseñanza. Ese campo médico está organizado rígidamente en líneas de mando y agentes de salud con diferentes

cargos, los cuales se aprenden desde las dinámicas formativa de la academia, y permite que se produzcan simultáneamente una serie de subjetividades, entre las cuales se destaca el habitus médico, que comprenden un grupo de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación de estructuras objetivas, esas disposiciones se recrean en la cotidianidad de la práctica del profesional, generando conductas acertadas, espontáneas y dotadas de sentido común, que le permite al profesional la ejecución de conductas eficaces para los fines del campo médico, entonces el habitus se consolida durante los años de especialización en los hospitales, y la relación autoritaria que los médicos propenden a establecer con los pacientes (Castro, 2007).

En segundo lugar, el habitus médico es producto de los arreglos estructurales del campo médico, que hace posible un conjunto de conductas represivas muy eficaces en cumplir con los fines y la agenda de la institución médica, y funciona de esa manera porque las características del campo lo favorecen, es decir el habitus es la incorporación de la estructura social y de los arreglos de poder que lo caracterizan, y va más allá del consultorio médico (Castro, 2007). Bourdieu señala que el habitus hace posible “la producción libre de todos los pensamientos, las percepciones y todas las acciones inscritas en los límites inherentes a las condiciones particulares de su producción el cual cuenta con una capacidad infinita de engendrar, con total libertad (controlada), unos productos-pensamientos, percepciones, expresiones, acciones” (p.90) que siempre tienen como límite las condiciones histórica y socialmente situadas de su producción, esas condiciones sociales específicas permiten la objetivación de la historia, las instituciones, y la forma en cómo el individuo las ha incorporado en sí mismo. En este contexto toma forma la definición de *sentido*, concepto que se convierte en la macro categoría de análisis (ver figura 1).

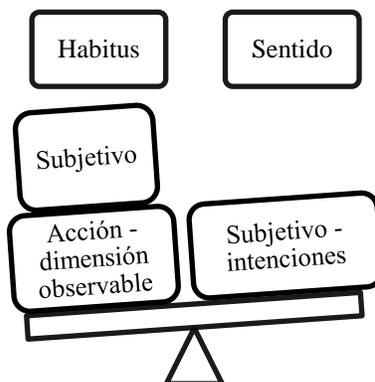


Figura 1. Habitus y sentido.

El concepto de *sentido* corresponde a cómo las disposiciones comprendidas en el habitus toman forma y se expresan en instrumentos morfológicos, sintácticos, léxicos, géneros literarios, es decir, el sentido en este proyecto es rastreado a través de las verbalizaciones que hacen los sujetos de cómo organizan y orientan la acción, a saber, el proceso comunicativo. El sujeto con sus mismas palabras genera discursos de la relación con el mundo social, dicho discurso refleja el *modus operandi* de las posibles acciones del sujeto y sobrepasa las intenciones objetivas que funcionan inconscientemente y de forma automática. El *sentido* objetiva las instituciones y se incorpora en la lógica del sujeto por medio de la historia colectiva, la cual se reproduce ajustándose al curso de una historia particular y los sujetos participan activamente en darle vigor de tal manera que la apropian para mantenerse en dichas instituciones. Entonces, si ese sentido es mutuamente comprendido y ajustado a la estructura de forma concertada, unitaria y sistemática, éste trasciende a las intenciones subjetivas, volviéndose proyectos conscientes, individuales, colectivos que generan un *sentido común* el cual se refleja en el consenso de las prácticas, experiencias y refuerzos que reciben de la expresión individual o colectiva. Así, las metas de la acción, el marco institucional que la produce y la interpretación que el agente de la acción hace de dichas metas y del contexto social que orienta la intención, serán rastreados para dar cuenta de los sentidos implicados en el proceso comunicativo (Bourdieu, 2007, p.94).

El *sentido común* puede entenderse como “un fondo de existencias compartidas por todos que garantiza, dentro de los límites de un universo social, un consenso primordial sobre el sentido del mundo, tácitamente aceptados posibilitan la confrontación, el

diálogo, la competencia, incluso el conflicto, y entre los cuales hay que reservar un lugar para los principios de clasificación tales como las oposiciones que estructuran la percepción del mundo, esos sistemas clasificadores son estructuras estructurantes... son producto de la incorporación de estructuras de las distribuciones fundamentales que organizan el orden social (Bourdieu, 1999, P.130). Se configura a través de una historia colectiva, que ha producido categorías de pensamiento, y la historia individual por medio del cual nos han sido inculcadas, por ejemplo, “la historia social de las instituciones de enseñanza, y de la historia de nuestra relación singular con esas instituciones suscitan revelaciones verdaderas sobre las estructuras objetivas y subjetivas (clasificaciones, jerarquías, problemáticas, que orientan el pensamiento” (Bourdieu, 1999, p. 23).

Desde la perspectiva del estructuralismo genético de Pierre Bourdieu, el poder constitutivo de la sociedad existe ontológicamente en las cosas y en los cuerpos, es decir, en las instituciones y en los cerebros; y pueden identificarse de manera objetiva y simbólica. A lo objetivo le denomina estructuras sociales, lugares donde se interiorizan los esquemas del habitus; y estructuras mentales, en las que se hace manifiesto el sentido. (Capdevielle, 2011). Las primeras corresponden a la objetividad de primer orden “trata la sociedad a la manera de una física social: como una estructura objetiva, captada desde afuera cuyas articulaciones pueden ser materialmente observadas, medidas y cartografiadas independientemente de las representaciones que se hagan aquellos que en ella viven (Bourdieu y Wacquant, 2008, p. 31).

Las segundas corresponden a la subjetividad de segundo orden que busca “reintroducir la experiencia inmediata y vívida de los agentes con el fin de explicar las categorías de percepción y apreciación (disposiciones) que estructuran su acción desde el interior” (Bourdieu y Wacquant, 2008, 35). Esa subjetividad se integra a la representación que los agentes hacen del mundo social y, más precisamente, su contribución de la visión de ese mundo, por lo tanto, a la construcción del mundo por medio del trabajo de representación que efectúan sin cesar para imponer su propia visión del mundo o la visión de su propia posición en ese mundo, de su identidad social (Bourdieu, 1990, p. 287). Es de anotar que estas estructuras tienen correspondencia la una con la otra son el producto de la incorporación de las estructuras objetivas del

espacio social. Donde los agentes tienen una captación activa del mundo. Pero esta construcción opera bajo coacciones estructurales.

Frente a las estructuras sociales o estructuras de objetividad de primer orden centro mi atención las *Instituciones*, que serán comprendidas como “sistemas de reglas sociales establecidos que estructuran las interacciones sociales, que limitan y al mismo tiempo permiten el comportamiento, y tienen el potencial de lograr cambios en los agentes, incluyendo cambios en sus propósitos o preferencias” (Hodgson, p.22).

Respecto a las estructuras mentales o estructuras de objetividad de segundo orden se enfatiza en las disposiciones y toma de posiciones. Las *disposiciones* son categorías de percepción, apreciación y acción. Producto de los condicionamientos, es decir, disciplinamiento, moldeamiento y/o domesticación; están asociados a una clase de particular de condiciones de existencia, y se consideran como principio generador y organizador de prácticas que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin (Bourdieu, 2007). *La toma de posición* puede entenderse como acción y representación, un conjunto “estructurado de las manifestaciones de los agentes sociales comprometidos en el campo (...); actos y discursos políticos, manifiestos o polémicas” (Bourdieu, 1990, p.4 y 5).

Este sentido Bourdieu (1999), afirma que la “pertenencia a un campo y la adhesión, unánime dentro de ese campo, lleva implícito tomarse ‘en serio el juego’, es decir, la *Illusio*, como creencia fundamental en el interés del juego, y el valor de lo que se ventila en él que es inherente a esa pertenencia” (p.24), es necesario aclarar que cuando se hace mención a la palabra juego se hace referencia al “juego de la relación médico-paciente o el juego de la medicina”. *La Illusio* surge de la relación entre agentes dotados del habitus “socialmente exigido por el campo y sistemas simbólicos capaces de imponer sus exigencias a quienes la aprehenden y los hacen funcionar y que están dotados de una autonomía estrechamente vinculada al campo” (p. 151).

La Illusio que constituye el campo como espacio de juego es lo que hace que los pensamientos y las acciones puedan resultar afectados y modificados al margen de cualquier contacto físico e incluso cualquier interacción simbólica. “El agente tiene una comprensión inmediata del mundo familiar porque las estructuras cognitivas que pone en funcionamiento son el producto del campo en el que actúa, porque los elementos de

elaboración que emplea para conocer el mundo, están elaborados por el mundo”
(Bourdieu, 1999, p.180).

Capítulo tercero

Método

Tipo de estudio

El tipo de estudio de esta investigación fue el análisis narrativo. Miriam Jimeno (2016), señala que la narrativa pertenece a un orden analítico delimitado por una temporalidad, en la que se desarrolla un tema central con inicio, nudo y final; donde se identifica una voz narrativa clara, que está inmersa en formaciones discursivas de tiempo y lugar, por lo que es considerado un hecho cultural. Frente a la función social de la narrativa, el sujeto establece vínculos con su entorno social y las narrativas circundantes, consideradas como raíces para la comprensión del mundo, permiten entender la formación de los sujetos y las relaciones que tejen con su entorno; donde las expresiones particulares narrativizadas sirven como referente, medio de expresión, incidencia y transformación del entorno social, y están vinculadas con la construcción y reconstrucción de referentes éticos y morales. Adicionalmente, la narrativa es una forma de traducir la experiencia en relatos que implica acceder a la significación de las condiciones particulares de creación y uso social del contexto, permitiendo realizar etnografía del contexto de producción y de las prácticas sociales que dan vida a dicho entorno, pues no son relatos meramente retrospectivos, sino que refleja también el significado de la memoria en el contexto que se hace el relato.

En ese orden de ideas “las personas dan forma a sus vidas cotidianas por medio de relatos sobre quiénes son ellos y los otros conforme interpretan su pasado en función de esas historias. El relato, en el lenguaje actual, es una puerta de entrada a través de la cual una persona se introduce al mundo y por medio de la cual su experiencia del mundo es interpretada y se transforma en personalmente significativa” (Blanco, 2011, p.139). De

esta manera, la investigación narrativa, como una metodología implica adoptar una óptica particular que ve a la experiencia como el fenómeno bajo estudio, donde los relatos son artefactos sociales que nos hablan tanto de una sociedad y una cultura como el que hacer una persona o un grupo, en los que se debe considerar la temporalidad, la ubicación histórica y geográfica; “mirar los acontecimientos como parte de un proceso y la intersección entre lo microsociedad y lo macroestructural. Además, como se ha señalado, la investigación narrativa se caracteriza por ser multidisciplinaria y también por la imprescindible inclusión del ámbito subjetivo y de las experiencias personales” (p.141). Esto se relaciona con el sentido en la medida que las narrativas son una forma de acción social, que justifican o legitima al pasado y las acciones presentes o futuras de los relatores, establece un propósito de las acciones y justifica las mismas asignándoles un valor, lo cual permite el desarrollo del sentido de eficacia y poder (Domínguez y Herrera, 2013).

Enfoque

El enfoque que se implementó en esta investigación fue el hermenéutico interpretativo, porque busca identificar el significado de los fenómenos desde la subjetividad de los individuos, como plantea Pérez (1994) éste paradigma intenta comprender la realidad, considera que el conocimiento no es neutral, es relativo a los significados de los sujetos en interacción mutua y tiene pleno sentido en la cultura y en las peculiaridades de la cotidianidad del fenómeno educativo. Reconoce que el sujeto es un individuo comunicativo que “comparte significados, y construye la acción interpretando y valorando la realidad en su conjunto de modo analítico-descriptivo desde el contexto se le da su significado pleno” (p.17). Así mismo, permite hacer una rigurosa descripción contextual de las situaciones que “posibilitan la intersubjetividad en la captación de la realidad, a través de una recogida sistemática de los datos que admite el análisis descriptivo por lo que tiene lógica remontarnos al pasado para comprender y afrontar mejor el presente” (p.18).

Participantes

De acuerdo con el reporte del observatorio de talento humano en Salud al año 2015 Colombia contaba con 924.790 profesionales en medicina reconocidos por el Registro de talento humano en salud (RETHUS). Considerando esto, el procedimiento para acceso al servicio de salud implica que el paciente elija un médico personal dentro de la Red disponible teniendo en cuenta que este se encuentre ubicado en un lugar cercano a su residencia o sitio de trabajo, esto determina que los pacientes en caso de requerir atención por parte de un especialista deben recibir por parte del médico general, quien en uso del principio de autonomía, emite la orden de interconsulta a la especialidad que considere pertinente y necesaria (Superintendencia nacional de salud, 2017) es por esto que se consideró que los participantes de este proyecto fueran médicos generales, pues son los primeros agentes de salud que atienden pacientes y su capacidad de atención incluye a los dos tipos de vinculación en salud, régimen contributivo o subsidiado. De ahí que los criterios de inclusión para la participación del estudio fueran: médicos profesionales que ejerzan su labor en instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, con atención a pacientes de régimen contributivo y/o subsidiado que aceptaran participar voluntariamente en el proceso de investigación, residentes en la ciudad de Bogotá, que firmaran consentimiento informado, con ejercicio de actividad médica mayor igual a 5 años Gladwell, (2008) menciona que para que alguien se considere experto en una temática, debe invertir como mínimo 10.000 horas en aquel contenido específico, por lo tanto esas horas corresponderían a 5 años de ejercicio profesional con jornadas laborales de 8 horas promedio.

En calidad de investigadora y profesional se reconoció la importancia de incluir un enfoque de género en las investigaciones de las ciencias sociales, pues permiten dar luces sobre “las diferentes formas de construcción de identidad de mujeres y varones, sus maneras particulares de actuar, percibir, entender, sentir, hablar e interactuar, además de los diferentes vínculos que se establecen entre ellos” (Inda, 2005, p.39). Sin embargo, la intención de la misma fue realizar una pesquisa con médicos indiscriminadamente de su género, por lo que el hecho de que sólo mujeres participaran en el proceso no fue intencional.

Instrumentos

Para la recolección de datos se implementaron instrumentos de registro de entrevistas a profundidad (grabadora de audio) y diarios de campo.

Tabla 2.

Diseño metodológico

Objetivos específicos	Categoría deductiva	Técnica	Instrumento	Aspectos de indagación
Identificar <i>el marco institucional</i> que produce narrativas en los profesionales de medicina asociadas a la concepción de paciente. (Estructuras de primer orden).	Condiciones objetivas de producción	Discursiva	Entrevistas y diarios de campo transcritos	Experiencias del contexto que generan perspectivas de pacientes. Reglas establecidas en la institución que orientan las perspectivas (indicadores de gestión y/o resultados). Interacciones sociales (paciente - institución) procesos administrativos vistos desde el profesional de medicina. Propósitos de la institución (académica y laboral). Propósitos del médico en la institución. Discurso ligado a la normatividad (¿se trata al paciente acorde a la ley?).
Conocer las narrativas de los médicos acerca de <i>las metas de acción</i> dirigidas a los pacientes. (Estructuras de Segundo orden)	Metas de acción	Discursiva	Entrevistas y diarios de campo transcritos	Finalidades de la profesión desde la perspectiva del médico. Concepciones sobre las finalidades de la profesión del médico desde las instituciones (académicas y laborales). Conocimientos le permite al profesional alcanzar los fines de su profesión
Identificar <i>las interpretaciones</i> que el profesional de medicina hace sobre <i>las metas de acción</i> y <i>el contexto social</i> que orienta la intención.	Condiciones subjetivas de producción	Discursiva	Entrevistas y diarios de campo transcritos	Cómo se concibe al pacientes producto de la academia Cómo se concibe al paciente producto de la actividad laboral Cómo se concibe al pacientes desde el rol de médico como paciente Reconocer las posiciones que adoptan los profesionales de medicina en la concepción de pacientes.

Procedimiento

A cada uno de las participantes en el estudio se les realizó una entrevista a profundidad por medio de la cual se recolectaron relatos que permitirá la construcción de narrativas, con una duración promedio de una hora en la que se persiguió el principio de saturación de la investigación cualitativa, entendido como el momento en el que “durante la obtención de información empieza a ser igual, similar o repetitiva, por lo tanto parece muy poco probable que el campo suministre información con subsecuente a la recolección inicial que cambie sustancialmente” (Álvarez-Gayou, 2003, p.11). Cada una de las sesiones será grabada previa autorización y firma de consentimiento informado del participante.

Posterior a la grabación se procedió a transcribir las entrevistas.

Se realizó el análisis de datos con el sistema de análisis de información asistida computacionalmente mediante Atlas TI, para esto se procedió a realizar la categorización de los datos y sistematización de información en ese software.

Los procesos de codificación se realizaron en tres niveles: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva. Las dos primeras codificaciones se relacionan en el Apéndice C, en el que se describen los códigos así como el nivel de fundamentación, es decir, el número de citas textuales empíricas que alimentaron ese código. Esta tabla se realiza de acuerdo con el reporte arrojado por Atlas TI.

Respecto a la codificación selectiva, se configuraron cinco categorías emergentes las cuales estuvieron alimentadas por los códigos de las dos codificaciones preliminares, estas fueron agrupadas en redes semánticas y permitieron de los cinco apartados relacionados en el capítulo de resultados (Ver Apéndice E).

Finalmente, se usó como mecanismo de validación de información cualitativa se realizó triangulación de datos y de teoría.

Aspectos éticos

El tipo de investigación fue de corte cualitativo por lo cual la investigadora reconoció “la subjetividad de los sujetos como parte constitutiva de su proceso indagador. Ello implica que las ideologías, las identidades, los juicios y prejuicios, y todos los elementos de la cultura impregnan los propósitos, el problema, el objeto de estudio, los métodos e instrumentos. Forman parte incluso de la selección de los recursos mecanismos empleados para hacer la presentación y divulgación de los resultados e interpretaciones del estudio (...). Eso significa que construye conocimiento mientras acoge – y al mismo tiempo que evita caer en reduccionismos – la complejidad, la ambigüedad, la flexibilidad, la singularidad y la pluralidad, lo contingente, lo histórico, lo contradictorio y lo afectivo, entre otras condiciones propias de la subjetividad del ser humano y su carácter social (...) son características del objeto de estudio a la luz del enfoque cualitativo, al mismo tiempo que son también valores cultivados durante la investigación” (Gastalado y McKeever, 2002)

La información recolectada fue y será usada con fines netamente académicos e investigativos garantizando lo exigido por la normatividad vigente en términos de reserva de la información (Congreso de la República, 2006), de ahí que la participación en el proceso fuera voluntaria y el tiempo de vinculación al mismo estuviese ligado al deseo de las participantes, por lo tanto podían retirarse en el momento que desearan sin repercusión alguna. Para esto se contempló la firma de consentimiento informado donde se señala el objeto del estudio (Art. 51), responsables, alcance, instrumentos, confidencialidad (Art. 5), anonimato de la información suministrada, mecanismos de análisis de datos y estrategias de socialización de hallazgos generales, ofreciendo a las participantes dos vías: la primera por correo electrónico o socialización de resultados en foro académico.

En virtud a lo anterior, únicamente tuvieron acceso a la información la directora y la investigadora principal, quienes durante y posterior a la finalización de la investigación guardarán la confidencialidad tanto de los datos de los participantes como de los resultados, al no revelar el nombre de las mismas, o de datos que puedan facilitar su identificación, tales como número del documento de identidad, lugar de nacimiento, estado civil o lugar de trabajo o similares sin su expresa autorización.

Se garantiza la no maleficencia en el proceso investigativo acorde con la Ley 1090 de 2006 Art. 9 ya que la investigación no representaron riesgos para los participantes puesto que el registro de datos se da a través de entrevistas a profundidad y no se manipuló la conducta del sujeto en ningún momento de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 (Ministerio de Salud, 2013 y Congreso de la República, 2006)

Respecto al valor social de la investigación, se generó conocimiento que aporta a la sensibilización frente a la pertinencia de integrar las perspectivas de los profesionales en medicina en la construcción de política pública en salud, así mismo identificar temáticas asociadas a las prácticas humanizantes en salud desde la formación profesional del estudiantes de medicina, promoviendo así la beneficencia como principio (Ley 1090, art. 3, lit.a.) y se realizó ese proceso con miras a la obtención del título de Magister en psicología por lo que se declara que no hay conflicto de intereses que puedan distorsionar los juicios, diseño o realización de la investigación. Art 55 (Congreso de la República, 2006)

Capítulo cuarto

Resultados

La formación en medicina: vocación y humanización, el deber ser y hacer de las médicas

La formación académica profesionalizante y de posgrado de las médicas en Colombia está transversalmente constituida por el modelo biomédico. Este apartado permite poner en contexto los procesos de formación y la pertinencia de los mismos en relación con los propósitos individuales de las profesionales al optar por esta disciplina. Inicio abordando las competencias de índole técnico, social e interpersonal que se les exige para ejercer como médicas y concluyo con la conceptualización de la vocación y la percepción sobre cómo la formación institucional las aproxima a ésta.

Este primer apartado permite dar respuesta al objetivo específico que buscó identificar el marco institucional que produce narrativas en las profesionales de medicina asociadas a la concepción de paciente

Para iniciar, se relacionan las competencias que a nivel técnico y social que se exigen y esperan del profesional de medicina según las participantes.

A nivel técnico, Aura refirió que ser médica implica tener la capacidad para integrar los conocimientos adquiridos, habilidades comunicativas orales y escritas, ser una persona responsable, disciplinada y “eficiente para hacer las cosas con el menor número de recursos”. A nivel social, Carolina mencionó como relevante la empatía:

“creo que lo más importante de todo a mi concepto, es la empatía, si tú no tienes empatía no te da para nada, no te sirve, y creo que eso es lo que más me ha servido para poder estar con los pacientes. Trabajar en un hospital de segundo nivel en una zona de estrato 0, 1, 2 me sirvió muchísimo para tener más empatía con los

pacientes, para darse cuenta de que no todo es color de rosa, para darse cuenta que hay gente peor que uno, entonces eso me sirvió muchísimo (Carolina, comunicación personal, agosto 2018).

De acuerdo con el Ministerio de Salud, las profesionales de medicina deben tener competencias que aporten al cuidado de la salud, las personas, las familias y las comunidades, eso implica que el médico despliegue conductas que den cuenta del dominio de áreas como: promoción de la salud, prevención de la enfermedad diagnóstico de la salud a nivel individual y colectivo, tratamiento médico y rehabilitación; todos estas competencias deben ser visibilizadas y operacionalizadas a través de técnicas educativas, ejecución de programas de salud pública, detección temprana de enfermedades, participación en acciones de vigilancia en Salud Pública, uso de ayudas diagnósticas por medio de herramientas tecnologías, examen físico, intervenciones acordes a la severidad de los diagnósticos, elaboración ejecución de planes de rehabilitación de acuerdo con la realidad física y psíquica de los pacientes, todos enmarcados en la optimización de recursos intersectoriales (Ministerio de Salud, 2016).

Ahora bien, estas competencias contemplan puntos que sin duda hacen parte de la formación técnica y especializada que privilegia el paradigma biomédico, el cual bajo supuestos del cientificismo es considerado como capital fundamental para que las profesionales puedan desempeñar su rol social y orientar el que hacer por el cual son reconocidas. Por eso, hablar de competencias profesionales implicó reconocer en primer lugar a las instituciones de educación superior como organizaciones productivas generadoras de conocimiento; que apalancan la gestión educativa, los procesos de evaluación, el seguimiento, el control curricular, y el aprendizaje efectivo y autónomo, en un enfoque de competencias clínicas (genéricas), de conocimiento científico (específicas) y de desarrollo moral (humanas). Competencias que son medidas a través de exámenes de calidad que dan cuenta de la habilidad de integración de dichas competencias en contextos determinados, de tal manera que los resultados obtenidos por las y los profesionales dotan a las universidades de elementos que le sugieren reflexionar sobre la calidad de la educación impartida, la calidad docente y la pertinencia de los modelos curriculares (Correa, 2016).

En segundo lugar, conllevó entender que una praxis competente agrupa el conocimiento que le ha otorgado una formación científica y técnica continúa, y habilidades de índole personal tales como calidez, compasión y amabilidad. Que en conjunto buscan el bien del paciente y orientan el que hacer primordialmente hacia su cuidado. Las afirmaciones de una de las participantes, dieron cuenta de esto al afirmar que el paciente que acude a la consulta médica espera la resolución o cura a su padecimiento, así como encontrar en la profesional que lo atiende alguien que lo escuche, lo entienda, lo trate con amabilidad “sentir que simplemente puede expresar lo que le pasa, lo que le sucede en su entorno, en su familia”(Laura, comunicación personal, agosto 2018).

A la conceptualización de competencias se vinculó el concepto de vocación, esto para dar paso a las percepciones de las participantes respecto al aporte de su formación académica en la medida que las aproxima o dista del propósito de ser médica. De ahí que la vocación fuese entendida como “el llamado que hace la sociedad al individuo, para que participe y se involucre en ella, desempeñando un rol u ocupación” (Guzmán, 2012, p. 76). Es algo para el que tiene capacidad de invertir en un sentido tanto pecuniario como psíquico, e implica estar preparado para la más "estricta especialización"(Weber, citado en Trawny 2016).

Esta vocación se manifestó en el relato de las participantes de dos maneras, la primera evocando su infancia, edad en la que afirman tenían claro que la profesión que querían para su futuro era medicina donde a través de su relato recordaban situaciones en las que podían personificarse a esa profesión. La segunda, desde su actual rol de médica, frente al cual señalaron que la vocación de su profesión es servir a quien lo necesita y anclando sus propósitos en esa dirección, de tal manera que servir a quien acuda a ellas, realizar prácticas coherentes con los conocimientos adquiridos, tratar bien y solucionar el motivo de consulta de quienes acuden a ellas es el fin de su elección disciplinaria.

Teniendo claro este panorama, se retoma el papel de las instituciones de educación superior en el proceso formativo de las participantes, y se indagó sobre cómo la educación recibida dotó de habilidades técnicas y personales que garantizaron no sólo la idoneidad para el ejercicio de la medicina, sino que de forma paralela permitiesen materializar el propósito de su elección profesional. Camila manifiesta que la labor de la

institución educativa es dotar al profesional de conocimientos suficientes para que al terminar su proceso de formación pueda hacerle frente al entorno laboral, resalta de manera particular que el trato al paciente es posible aprenderlo en un aula de clase “la formación académica en mi universidad es muy de acercarte mucho al paciente de una forma amable en la que se siente escuchado, se sienta importante” (Camila, comunicación personal, Agosto 2018). Sin embargo, afirmaron que pesar de contar con esta formación sólo la experiencia es la que les dio verdaderas herramientas para aprender sobre el trato con el paciente.

Para entender el valor de este fragmento es necesario comprender que la formación médica se remonta al siglo XVII, época en la que aquel que tuviera mayor experiencia hospitalaria era considerado el médico más sabio (Foucault, 1979). En ese entonces la instalación del poder médico no era evidente, dado que las relaciones jerárquicas no se manifestaban tan nítidamente como en la actualidad. Con la instauración del poder médico, el hospital, se consolidó como un lugar de cura, y como el escenario propicio para el registro, acumulación y formación de saber. De esta manera el conocimiento que se adquiría mediante los libros comenzó a tener su lugar en el hospital, y empezó a registrarse y a materializarse en este lugar (Bonet, 2008). De ahí que la formación del profesional articule la integración de conocimientos y el ejercicio práctico, donde se propende por una doble actuación técnica en los aprendices: por un lado, una actuación en la que se valgan de los conocimientos científicos de manera pertinente, y por otro una actuación en la que adquieran experiencia por medio de la interacción con casos clínicos similares entre sí o que carezcan de fundamento científico para su explicación (Azeredo y Schraiber, 2016).

Estas instituciones se encargan de producir discursos que enmarcan el deber ser y deber hacer del profesional. Uno direcciona los procesos de humanización donde se promueve el interés del profesional por la persona que es atendida y las acciones que se ejecutan están orientadas a la resolución del motivo de consulta. Otro, relacionado con el modelo médico hegemónico que procura garantizar la científicidad de la práctica médica y de forma paralela consolida un tipo de atención que ve al paciente desde un paradigma biologicista que lo fragmenta e infantiliza que lo aliena o lo despoja del derecho a

interrogar las intervenciones que se hacen o se van a hacer sobre su cuerpo, este discurso se amplió en el apartado dos.

Para ejemplificar lo anterior tomo los argumentos de Laura, quien narró que el atender pacientes adultos con condiciones de salud complicadas y obtener resultados favorables tras su intervención es de gozo para ella:

“ver cómo agradecen tu trabajo se siente muy bien, que el paciente diga llegué muy mal y voy a salir bien, y que yo pueda llegar a la casa y ver que le pude ayudar a ese paciente y decir, eso era lo que tenía que hacer, y saber que el paciente lo vio, lo sintió, entonces yo creo que es lo más lindo... es igual con los niños, es sentir y brindarles un momento de protección, de ayuda y decirles yo estoy aquí contigo, no estás solito.”

Este fragmento explicita formas de humanización, reflejan el reconocimiento del paciente, expresan empatía, transmiten respeto por la dignidad del otro y le da valor a la individualidad del paciente (De la Peña, S.f. Párr.1). La narración describe acciones que dan cuenta de la vocación deservicioy ayuda, a través de la cual las médicas implementan conocimientos adquiridos en la formación profesional y de especialidad. Así mismo refleja la sensibilidad propia del ser humano, la autoevaluación del deber cumplido que considerala satisfacción del usuario y el agradecimiento que éste da tras la intervención, permite ver coherencia entre la vocación a la que alude el profesional y la forma en que esta se sincroniza de manera tacita con la conceptualización de humanización.

Ahora bien, las participantes manifestaron que para cualificar la idoneidad de su intervención implementan estrategias de calibración que les ayuda a identificar aspectos a los que les atribuyen el éxito de las mismas, para ello se tomó de base la pregunta ¿qué consideran una intervención idónea? afirmaron, que son aquellas que responden a las inquietudes del paciente, en las que éste sale satisfecho con el plan ya sea que lo ejecute o no, intervenciones en las que el paciente siente que recibió una atención amena; aquellas en las que “el paciente recibe una información clara y la persona pudo caer en cuenta de los errores que comete medicamente hablando, creo que ese es el éxito, ser muy claros con los pacientes, qué tiene, qué va a pasar” (Carolina, comunicación personal, agosto 2018).

En este caso las estrategias de calibración adquieren un carácter humanizante, pues la comunicación permite el establecimiento de relaciones encaminadas a la resolución de la enfermedad, consolida la responsabilidad compartida sobre el padecimiento, y genera un ámbito terapéutico de armonía en el que ambas partes entienden los códigos que son compartidos en la comunicación y los transforman en prácticas operativas del padecimiento y el contexto que las suscita (Hamui-Sutton et al, 2015). Por otro lado, la preocupación de las profesionales respecto a la comprensión del paciente de la información proporcionada durante el acto médico, permite construir una relación de carácter informativo, en la que se suministra la información relevante. De esta manera, las narrativas sobre las prácticas humanizadas implicarían una orientación al servicio, al respeto, la protección del paciente y a la transmisión clara de información por medio de una comunicación abierta en la que el paciente decide o no seguir las recomendaciones del profesional.

De este primer apartado, se pudo afirmar que interpelar a las competencias técnicas y científicas de la medicina para la ejecución de una praxis competente está ligado a la adquisición y uso de habilidades interpersonales que doten de humanidad al paciente que acude a la consulta médica. Las competencias técnicas y científicas suelen ser reconocidas y articuladas en las instituciones de educación superior y son valoradas de manera periódica con el fin de objetivar las modificaciones o adiciones a los programas curriculares que dan paso a la formación profesional.

Así mismo, el fomento de discursos que promueven las prácticas humanizadas, se articulan de manera directa con la vocación y el propósito de las médicas, a pesar de esto las instituciones moldean conocimientos técnicos con ahínco dejando de lado al paciente, por lo que la capacidad de trato es adquirida con la experiencia y la vivencia de contacto tal y como lo manifiesta Aura: “yo pienso que la formación académica es eso; es formarte en conocimientos suficientes para que te enfrentes después a al mundo , porque tú sientes por que la carga diaria no puede meter en la academia ¿cómo tratar al paciente? eso lo van diciendo y tú lo vas aprendiendo de tus profesores y la experiencia” (Aura, comunicación personal, agosto 2018).

Lo anterior se convierte en otra estrategia de calibración de idoneidad de las intervenciones y está asociada a la evaluación que realizan las profesionales de la

formación académica recibida en el pregrado y/o postgrado y el aporte que ésta hizo para “acercarse o distanciarse” del propósito personal y profesional. En ese orden de ideas se evidencia consenso frente a la aporte que hicieron las instituciones respecto a conocimientos técnico científico, a pesar de eso fue necesario adquirir formación adicional y mayor experiencia profesional para sortear el manejo de pacientes.

Narrativas sobre el paciente: tensiones entre la humanización, la fragmentación e infantilización del paciente

Este segundo apartado, muestra cómo la formación en medicina desde el modelo biomédico orienta al profesional a la racionalización de un individuo reducido a aspectos biológicos apartando el carácter sensible que lo constituye. El material empírico recopilado permitió evidenciar la contradicción existente entre lo planteado en el primer apartado: un distanciamiento de las profesionales de prácticas humanizadas y sensibles orientadas al paciente.

Por consiguiente, en un primer momento hago referencia al modo en que las médicas configuran al paciente reduciéndolo a estructuras biológicas, rasgos etarios y pautas de comportamiento que definen si se es un paciente fácil o un paciente difícil. Después introduzco las narrativas que las médicas hacen frente a las situaciones en las que éstas deben asumir el rol del paciente. Y finalizo con las perspectivas sobre la diferenciación entre los términos paciente y usuario, los cuales dan paso a la introducción de mercantilización de la salud.

Este primer apartado permite dar respuesta al objetivo específico que buscó conocer las narrativas de las médicas acerca de las metas de acción dirigidas a los pacientes

Se menciona un apartado que ilustra cómo se comprende y se configuran perspectivas del paciente. Este fragmento muestra la clase de conversaciones que una de las participantes evita en el marco de la consulta médica:

“procuro no hablar mucho de la parte personal, es consulta médica y no tiene nada que ver, pero muchos pacientes llegan hablándome de esas cosas entonces, yo me dedico a escuchar y luego remito, uno los escucha y no hay problema, no opino, no doy consejos, sencillamente escucho y ya (Carolina, comunicación personal, agosto de 2018).

Lo anterior objetiva rasgos predominantes del modelo médico hegemónico, el cual orienta la práctica médica y el abordaje de la enfermedad del paciente desde una perspectiva biologicista que desconoce la complejidad de la persona atendida, y que direcciona un modelo de prácticas médicas que enfatizan en “las dimensiones biológicas de la enfermedad y pretende excluir las variables socioculturales de la gestión y la configuración de la enfermedad” (Ferrer, 2015, pág. 17). Así mismo, este fragmento permite ver que los aspectos personales del paciente son irrelevantes, pues se consideran elementos ajenos a la consulta médica y la gestión que pueda hacer la profesional. De tal manera la información que brinde el paciente en consulta ajena a la manifestación física y biológica de su padecimiento, puede ser considerada como irrelevante e inútil para el acto médico, entendiendo esa información como elementos que corresponden a la competencia y atención por parte de otros profesionales; de ahí que las respuestas a esa interpretación, y que van en sintonía con lo que su quehacer les permite, sería la remisión.

Es de anotar que la reducción biologicista del paciente puede jugar un papel determinante en el proceso de diagnóstico, tratamiento y pronóstico del paciente, pues hay aspectos de la individualidad del sujeto que no son conocidos por el profesional per se y de no ser puestos en interacción con las manifestaciones biológicas del padecimiento, no permitirían la ejecución de prácticas ajustadas a las necesidades del consultante. Camila ejemplifica estas afirmaciones al relatar un caso de su praxis profesional:

“tengo una paciente muy complicada porque tenía unas manchas de hace muchos años, ella ya estaba resignada a quedarse con las manchas porque nada le había funcionado, entonces yo me dedique a oírle para saber por qué no mejoraba y *juntas* descubrimos que por su trabajo viajaba de manera constante a la costa Caribe, y al broncearse usaba paraguas y no protector solar; ...el éxito de esa y todas las intervenciones fue tomarse el tiempo para entender a cada paciente, porque los libros hablan perfectamente de la enfermedad pero de los factores personales y los factores ambientales que afectan la enfermedad no, a eso le tiene que apuntar el médico, encontrar lo que tiene cada paciente y qué hace diferente su enfermedad de la de otros.”

Por la historia clínica de la paciente Camila sabía aspectos que podían influir en el mantenimiento de la mancha, que era una mujer latina, que tomaba determinado

medicamento anticonceptivo, etc. Sin embargo de no haber abierto espacios para hablar de la cotidianidad de la paciente, Camila no hubiese podido identificar con precisión que el estancamiento en la evolución de la mujer se debía a los recurrentes desplazamientos a zonas costeras y a las inadecuadas estrategias para protegerse del sol que usaba.

La perspectiva reduccionista sobre el paciente se hizo evidente en la clasificación que de éstos realizan las médicas. La asignación de la categoría “paciente fácil” o “paciente difícil” estaba basada en patrones de comportamiento que se dan durante la consulta. De esta manera, aquellos pacientes catalogados como difíciles suelen ser los que no acatan las indicaciones del médico, los que no toman con regularidad el medicamento que se les ha prescrito, los que consultan “[*cincuenta mil médicos más*]” antes de optar por determinada intervención, los que pueden ser irrespetuosos, los que cuestionan y no creen en lo que la profesional les dice. En ese orden de ideas, la categoría de “pacientes fáciles”, agrupa a aquellas personas que asisten de manera regular a sus controles, que respetan a la profesional y siguen de manera precisa las indicaciones que se le dan.

Estas afirmaciones debieron analizarse reflexivamente pues la clasificación realizada está ligada a la emisión de juicios por parte de las profesionales lo que conlleva, a distanciarse de la persona, haciendo difícil poner en práctica una actitud compasiva hacia el paciente. Los juicios llevan a encasillar a las personas, a etiquetarlas y quedarse con una imagen de ellas que quizá no es la que mejor las define. Desde esta etiqueta el paciente es reducido a un “acertijo biológico” que debe ser resuelto. Este empobrecimiento de la comprensión del paciente hace que no sea posible comprenderlos a profundidad (Nouwen citado por Rosas, 2017). De tal manera que si las médicas centran de manera exclusiva la atención a los pacientes desde esta perspectiva simplifica los hallazgos a una mera clasificación y a la confirmación de unos criterios de comportamiento asignados de manera arbitraria a la categoría de paciente fácil o difícil.

A propósito de la clasificación, doy continuidad a este aparatado poniendo en el panorama las narrativas de las médicas cuando deben asumir el rol de pacientes, los relatos dan cuenta de la dificultad de “estar del otro lado” y las reflexiones que emergen sobre la conducta de quienes fueron sus médicos o de su propio proceder en consulta:

Camila manifestó *“es terrible que a uno le digan ve y te pones una bata, uno se siente vulnerable delante del otro, que te estén preguntando y escribiendo al mismo tiempo en el computador es súper difícil”*.

Así las cosas, de las participantes emergieron dos tipos de consensos, uno en el que reconocen que la dificultad para asumir el rol de paciente está mediado por el hecho de ser poseedoras del conocimiento, lo que las lleva a cuestionar y dudar de los y las profesionales que funcionan como médicos, así como de las impresiones diagnósticas y tratamientos que ellos den. Otro en el que reflexivamente ven su diario proceder y notan que aquellas prácticas que las ponen en condición de vulnerabilidad cuando asumen el rol de paciente son las mismas que replican cuando ejercen como médicas sobre los pacientes que atienden.

De esta manera, el primer consenso que se señaló en el párrafo anterior es una clara manifestación de que las profesionales cuando asumen el rol de paciente se convierten en un paciente difícil. La experticia que poseen genera tensión con aquellos que intervienen en sus cuerpos por lo que poner en duda la competencia del mismo, o incluso dudar de los síntomas que padecen las convierten en un humano más dentro del sistema de salud. Lo que pone sobre la mesa el discurso ambivalente de las profesionales, por un lado esperan que aquellos que acuden a ellas sean pacientes fáciles, mientras que por el otro cuando asumen el rol de paciente emiten conductas propias de un paciente difícil.

Previamente se señalaron las características que tenían aquellos pacientes considerados como fáciles y los comportamientos esperados por ellos: que sigan instrucciones, que asistan a sus controles, que acepten los conceptos médicos, entre otros. Pero más allá del interés por una adherencia terapéutica, se percibe que la categorización del paciente está dada por los niveles de aceptabilidad y sujeción al criterio médico dentro de la consulta, así como una clasificación relacionada con el etario al que pertenece, de tal manera que el discurso de las participantes los describe en términos de edad y la enfermedad que padecen (p. ej. adultos con falla cardíaca, niños que necesitan escáner, o adolescente con leishmaniasis). Muestra de ello es el discurso de Laura frente respecto a la clasificación:

“creo que ahorita los pacientes fáciles son los niños, porque obviamente ellos creen todo lo que tú les dices, son los niños quienes en cierta forma dicen: bueno si ella me dice que haga esto, hago eso y hago caso.”

Las afirmaciones de Laura ponen sobre la mesa la tensión: humanización e infantilización, puesto que las conductas atribuidas a pacientes difíciles, tienden a ser aquellas que cuestionan el que hacer de las profesionales y que a la vez dan cuenta de la autonomía del paciente. Entonces, reconocerlas como criterios para clasificar a un paciente difícil advierten de la necesidad de “privación de señales o símbolos de la condición autónoma de adulto” (Eslava, 2002, pág. 66). De esta manera la relación que construye las médicas no reconoce un trato de iguales con los pacientes, sino que se ancla a la tradición del modelo paternalista en la cual el médico por medio de un trato autoritario discierne qué es lo mejor para el paciente, siendo este último quien debe “agradecer” por la decisión médica e incluso aceptarla aunque no esté de acuerdo con la misma (Mendoza, 2017).

En ese orden de ideas se ve una contradicción impalpable para las médicas, por un lado resaltaron que es importante orientar la comunicación al interior del acto médico con base en el principio de toma de decisiones informadas y autónomas, con las que los pacientes puedan o no realizar el despliegue de conductas que den resolución favorable al padecimiento o motivo de consulta. Por el otro, cuando el paciente ejecuta acciones que por diversas situaciones evalúan el criterio del médico tratante, haciendo buen uso del derecho de autonomía, lo que suscita la búsqueda de alternativas o planes que se ajusten con mayor precisión a sus valores y preferencias; son considerados como acciones que obstaculizan de manera intencional el trabajo del profesional, poniendo en el paciente de manera exclusiva la responsabilidad de que los procedimientos no funcionen a causa del poco seguimiento que hace a las instrucciones. De ahí que se hable de infantilización, pues son esas situaciones que dan muestra de agencia, gestión, y autonomía propias de un adulto, las que buscan ser minimizadas o entran en conflicto con la praxis de las profesionales.

Otro aspecto asociado con las narrativas del paciente, son las consideraciones que hacen las médicas respecto a la implementación de la palabra usuario o paciente para referirse a la persona atendida. Las participantes señalaron que el concepto usuario es la

muestra de la comercialización y consolidación de la salud como un negocio, en el que en vez de individualizar al paciente y llamarlo por su nombre, éste se vuelve una cifra más dentro de la institución lo que representa ganancias sólo para quienes administran el sistema de salud. Adicionalmente, las médicas señalan que implementar el concepto usuario vuelve más impersonal la atención; mientras que acudir al término paciente implica entender que *“la persona está esperando algo, a alguien que le va a resolver alguna cosa, y que se debe ser paciente para que eso se resuelva”* (Laura, comunicación personal, agosto 2018).

Para reflexionar al respecto se usa en la postura epistémica que aborda el tránsito de la expresión “mi paciente” a las expresiones “el paciente”, “el usuario” y últimamente “el cliente”. Ardila, (2016, p. 80) señala que este tránsito es causado y consecuencia lingüística de la doble expropiación que se dio al incorporar el binomio eficiencia-productividad en el contexto de salud: de tal manera que al profesional se le expropia el compromiso incondicional en el que el paciente es priorizado para que se preste atención, y al cuerpo de /el paciente se le despoja de las máximas posibilidades diagnósticas y terapéuticas al resignificarle como corporeidad que encarna el padecimiento financiero de los agentes del sistema antes que su propio padecimiento”.

Así mismo el concepto paciente hace referencia a quien:

“es padeciente, quien tiene paciencia y quien entra en contacto con un sistema de salud,(...) no es sólo un simple procesador de órdenes del médico, sino un verdadero participante activo. El paciente es quien decide si necesita o no consultar al médico, si debe hacer una cita o solicitar una asesoría telefónica o electrónica, si consultar a un generalista o a un especialista o, bien, a algún representante de las medicinas alternativas, si acude o no a un servicio de urgencias, si sigue las indicaciones del médico, si vigila la evolución y los efectos adversos, si participa en la educación de estudiantes de ciencias de la salud y en protocolos de investigación, expresa su opinión según la información que posea, pero también según sus creencias, prejuicios o temores; en fin, el paciente es el verdadero protagonista del acto médico” (Lifshitz, 2018, párr. 3).

Estas dos posturas dan pie a una reflexión sobre la afinidad de las médicas con el término paciente. Como se reportó en párrafos atrás al paciente lo conciben como un

sujeto que apaciblemente espera la intervención del profesional de medicina para la resolución de su padecimiento. Lo que pone de manifiesto la imposibilidad de las profesionales en ver un paciente actuante que tiene la capacidad de proveer información relevante para los procesos diagnósticos y de intervención, una persona que de manera activa participa en la generación de hábitos y pautas de consumo que contribuyen a la resolución del padecimiento.

De este apartado se concluye que las prácticas humanizadas que fueron consideradas relevantes en un primer momento, entran en conflicto con los planteamientos del modelo biomédico que impera en los procesos de formación y ejercicio laboral de la medicina en Colombia. Desde una perspectiva de humanización el carácter relacional de la profesión médica, tiene el compromiso constante de ejecutar de prácticas que consoliden un sistema que permita alcanzar el propósito de servir y ayudar, en el que se contemple al paciente como su razón de ser y en el que el profesional tiene la sensibilidad para responder de forma amable, cálida y comprensiva ante el padecimiento de quien consulta.

Mientras que desde el modelo biomédico se tiende a simplificar al paciente, en la medida que suele desconocerse la complejidad del ser humano y se reduce a dimensiones de orden biológico excluyendo variables socioculturales e individuales que pueden influir en la conceptualización de la enfermedad. Así mismo, la práctica médica al evidenciar posibles conductas que cuestionen la autoridad, fragmenta al paciente y le asigna de manera arbitraria atributos que lo clasifican como un paciente fácil y difícil. Esta clasificación permite dar cuenta de la necesidad de las profesionales de reducir las posibles manifestaciones de la condición de autonomía del paciente en la que el paciente se adhiera y sujete indiscutiblemente a los procedimientos de los profesionales de medicina.

La salud es un negocio

Este apartado pretende poner en el tintero la forma en la que las profesionales perciben la salud como negocio y cómo se inserta en los circuitos mercantiles al servicio de salud a través de leyes y normas que son poco garantes de la calidad de los servicios. Para esto, se hace referencia a la estructura del sistema general de seguridad

social en salud (SGSSS), los agentes que la conforman y el desequilibrio económico que entre ellos existe. Se continúa con la conceptualización de la problemática desde la consolidación de reglas formales e informales que se dan en la estructura del sistema, los discursos emitidos sobre las instituciones donde se manifiesta el negocio de la salud y las prácticas fraudulentas que desincentivan a los profesionales. Finalmente, se identifican intenciones que moldean formas de actuar dentro de la estructura y son asumidos con valor de verdad por parte de las profesionales.

Adicionalmente permite dar respuesta a dos objetivos específicos, uno que buscó identificar el marco institucional que produce narrativas en las profesionales de medicina asociadas a la concepción de paciente y otro que buscó identificar las interpretaciones que el profesional de medicina hace sobre las metas de acción y el contexto social que orienta la intención.

Para empezar, se hace referencia a la estructura del sistema de salud, en Colombia el cual está conformado por tres entes: “el Estado, cuya función es de coordinación, dirección y control, a través del Ministerio de salud y de la Protección Social; la Comisión de Regulación en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud, que vigila y controla a los actores del sistema” (González, 2012, pág.344). Esta estructura trabaja de manera articulada con las aseguradoras públicas o privadas que actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado; entendidas como las entidades promotoras de salud (EPS) o administradoras de riesgos laborales (ARL) y por último están las instituciones prestadoras de salud (IPS), véanse como hospitales, clínicas y laboratorios, instituciones que prestan directamente el servicio a los pacientes (González 2012).

El Ministerio de hacienda desembolsa el dinero a las aseguradoras, es decir las EPS o ARL, las cuales hacen de papel de intermediario frente a las IPS, que son contratadas por las EPS para la atención de los usuarios del sistema de salud, en este esquema las EPS compiten por la afiliación de los usuarios y tienen como objetivo la afiliación de la población al sistema, el recaudo de las cotizaciones y la promoción, la gestión, la coordinación y el control de los servicios de salud prestados por las IPS. Así mismo las EPS tienen la libertad de organizar la prestación de servicio a sus afiliados por medio de

sus propias IPS o contratar con IPS y profesionales independientes (Congreso de la República, 2018; Gorbaneff, Torres y Contreras, 2004).

En las instituciones de salud, los agentes que hacen parte de ella deben comprender y obedecer a la lógica de funcionamiento del sistema, donde indudablemente las EPS tienen un poder significativo respecto a las IPS, generando en un desequilibrio que explica las causas de la complicada situación financiera y las consecuencias de esta descompensación en la prestación del servicio y en el personal médico (González, 2012).

El desequilibrio toma forma en el reporte de la Superintendencia de salud la cual a cierre del año 2016 reportó que los ingresos a las EPS correspondían a \$44.75 billones, mientras las IPS facturaron \$41. billones, sin embargo al observar el indicador de utilidades las EPS tenían un déficit de -\$1.1 billones mientras que las IPS figuraban con un saldo a favor de \$2.2 billones. Aunque esa aparente utilidad no es tangible puesto que la mayoría del dinero corresponde a cuentas por cobrar (Portafolio, 2018), puede desencadenar medidas orientadas a la racionalización del gasto, reducción de costos y gastos administrativos, fortalecimiento de los ingresos de la institución, incentivo de retiro de funcionarios, disminución de glosas, y el que puede generar mayor impacto la reordenación de las instituciones dada la imposibilidad de intervención (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015). Es de anotar la culpabilidad del desequilibrio recae sobre “una rectoría, regulación y financiación del sector salud son débiles, confusas y poco efectivas, pues no estaban preparadas para la competencia ni para la venta de servicios que se enmarcan en la Ley 100. Entonces, la avalancha de decretos, resoluciones y nuevas leyes sobre el sistema de salud prácticamente sepultaron la poca funcionalidad que tenía; y la evasión y la elusión debilitaron más las finanzas públicas” (Echeverry, 2008; p. 212).

Ahora bien, las condiciones políticas, socioeconómicas y culturales que ofrece el sistema de salud colombiano al campo médico, dan paso a “un campo de fuerzas en el cual se ubican los agentes y las instituciones. De tal manera, que se va configurando estructuras objetivas de relaciones que permiten la formación y conformación de los habitus de las médicas, cuyo análisis se establece siempre en relación dialéctica con las estructuras que ofrece el campo” (Bourdieu citado en González, 2012, pág. 343). Estas estructuras plantean reglas del juego de carácter formal e informal: las primeras

asociadas a regulaciones, normas, decretos, leyes y estatutos que configuran el sector salud y la práctica médica; las segundas, tiende a ser implícitas, no se enuncian por sí mismas, y pueden denominarse como secretos públicos.

Para continuar con la caracterización del carácter de negocio que adquiere la salud, se indagó sobre la influencia de la normatividad en la atención del paciente a través de la pregunta *¿Se liga a la normatividad vigente la atención al paciente?* Ante esto las médicas manifestaron que por un lado la Ley 100³ amplió la cobertura a un número significativo de personas y a pesar de las falencias la cobertura es mejor que la de otros países. Sin embargo señalaron que de forma paralela trajo “*el negociode la salud*”, por lo que tanto profesionales como instituciones han perdido el horizonte de servir y han transformado el fin de la salud, lo que conlleva a que el servicio no funcione como debería hacerlo.

Echeverry (2008), plantea que el problema central sobre la Ley 100 en si es el esquema de la EPS como “negocio”, es decir, con fines de lucro. Por lo que el debate se centra en la concepción de la salud como una mercancía cualquiera (bien privado), que se debe comprar obligatoriamente mediante un seguro, y que debe dejar un margen de ganancia suficiente para las EPS” (párr. 20). Pero el problema no se centra en el mercado como tal sino el uso que le dan quienes la mercantilizan, puesto que por el afán de obtener un lucro, olvidan consolidar un servicio que sea inclusivo, justo, equitativo que reduzca las brechas para quienes se encuentran en condición de desventaja. Esto con el fin de que en algún momento todas las personas que componen la sociedad, prefieran optar por atenciones médicas que se adhieren al sector público y no al sector privado como ocurre en la actualidad (Echeverry, 2008).

En esta misma dirección se vinculan las normas técnicas de acreditación aplicables al sector salud, pues en virtud a dar cumplimiento a esos estándares de calidad, las instituciones moldean sus prácticas, instalaciones y equipo humano. Estas acreditaciones hasta el momento han sido consideradas como una figura que fomenta el mejoramiento

³La ley 100 buscaba resolver los problemas críticos de baja cobertura, inequidad al acceso de los servicios de salud, e introdujo el esquema de aseguramiento por medio de EPS. Adicionalmente “y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social” (Congreso de la Republica, 2018).

del desempeño y de la educación del personal asistencial tanto de las EPS como de las IPS, y tienen la intención de impulsar y fortalecer una atención de mejor calidad basada en la mejora continua y la autoevaluación permanente tomando como referencia instituciones de índole nacional e internacional (Brito, 2000).

Por lo anterior, se debe problematizar el hecho de que para cumplir con los estándares, algunas instituciones se valen de estrategias fraudulentas para lograr dichas acreditaciones. Se ejemplifica esta afirmación con la denuncia que hace Camila:

“Tener el rótulo de calidad no es garantía de nada, incluso creo que la calidad no debería depender de la visita de un par sino de resultados medidos en los pacientes. Porque algunas veces las instituciones lo que hacen es llegar y maquillar todo, equipos que no tienen, los alquilan los ponen en la institución y una vez termina la visita los devuelven, y quedan en las mismas condiciones”.

Estas situaciones desincentivan a las profesionales, pues las instituciones se vuelven cómplices de la mentira, favorecen *falsos positivos* en aras de aparentar una estabilidad que no poseen, poniendo soluciones temporales a problemas de fondo. De tal manera que las instituciones silencian la precariedad por la que pueden estar atravesando y por ende el personal de salud que labora en ellas. Por esto se consideró que las acreditaciones de calidad terminan configurándose como simples términos que carecen de capacidad resolutoria ante las dificultades del sistema, que no permiten responder de forma compasiva a las necesidades de quienes acceden a los servicios de salud, y que buscan posicionar una institución en el mercado para que adquiera mayor afluencia de pacientes, lo que repercute directamente la ganancia de capital económico.

Por esa razón ese tipo de conductas terminan siendo dañinas pues directamente no están vinculadas o no son propias del quehacer del profesional en medicina, sino que son producto de asignaciones arbitrarias de un sistema de salud donde la finalidad de la instalación de procedimientos, planes y protocolos no está encaminada a la promoción de buenas prácticas o mantenimiento de buenas costumbres, sino que al ser administradas de manera inadecuada, temporal, inoportuna, precipitada o similar y mercantilista continúan abriendo la fractura de la atención en salud, lesionan el patrimonio sanitario provocan dolor y dañan moralmente.

Sumado a lo anterior, es necesario considerar que el crecimiento de la productividad y el número de profesionales en medicina no implicó el crecimiento de indicadores asociados a salud poblacional, ni presencia médica en zonas geográficas históricamente desatendidas y carentes de la presencia estatal, por el contrario a la desatención se le sumaron crisis hospitalarias, cierres múltiples de IPS y hospitales a causa de desfalcos y corrupción dentro de las EPS, y sobre todo el mantenimiento de prácticas deshumanizadas por parte del personal médico así como el deterioro de las condiciones laborales de las médicas que hacen su rural en estas zonas apartadas y que en cierta medida se vuelven los únicos representantes de la medicina en dichas zonas (Ardila, 2016), esto permite ver la consolidación de la salud como un negocio, pues no persigue el fortalecimiento de un sistema de atención garantista del derecho a la salud sino se direcciona al su labor al enriquecimiento de unos pocos.

Ballén, (2012), hace referencia al negocio de la salud afirmando que con la creación de las EPS existe un Plan Obligatorio de Salud –POS–, en que los medicamentos deben estar al alcance de los pacientes, sin embargo, esto desató una guerra entre los laboratorios, en la que el campo de batalla son los usuarios o clientes del negocio. Ballén, (2012) afirma que:

“supuestamente las partes legitimadas en la discusión del POS son: los laboratorios, los pacientes y el Estado. Pero yendo a la realidad, todo queda en manos de los monopolios, porque las asociaciones de usuarios no tienen ninguna independencia, pues son las propias multinacionales de las drogas las que sostienen a esas asociaciones, mediante donaciones. Y, los organismos del Estado que deben hacer la lista del POS están infiltrados por los laboratorios”.

En este círculo mercantil se ven envueltos los profesionales de medicina quienes atraviesan por diversas circunstancias que ponen al descubierto la precariedad de esta profesión: mala contratación, salarios bajos que no justifican seis o siete años de preparación académica, multiempleabilidad, etc. (López, 2018)

Narrativas sobre el médico: “pasar de estar del top de la pirámide cultural al que hace el trabajo burdo y brusco”

El presente apartado permitió responder los tres objetivos específicos que guiaron la investigación, en la medida que las participantes mencionaron en sus discursos aspectos que giran alrededor de una “degradación” de la práctica médica lo que ha repercutido en la transformación del estatus de su profesión. En distintos momentos aludieron que años atrás el título médico implicaba tener importantes cúmulos de capital cultural, social y simbólico. Por tanto, ser médico era sinónimo de ser poseedor de altos niveles de conocimiento, garantizaba ser miembro de una elite de la sociedad y permitía que se asumieran roles significativos como el de “médico de la familia”. Sin embargo, las dinámicas sociales, las reformas legislativas y las normativas que confluyen en la praxis médica han transformado no solo la perspectiva de las profesionales sobre los pacientes sino también la percepción que tiene ellos de sí mismos. Así lo señaló Carolina quien refiere:

“ahora no tanto pero anteriormente el médico era como el Top en la pirámide cultural, uno tiene que saber de todo, es más, desde primer semestre la gente dice: usted está estudiando medicina, ¿qué será que me duele acá? Entonces creo que a nivel cultural, el médico está marcado por ser una persona extremadamente culta, que sabe mucho de todos los temas no solo de medicina sino de todos los temas, y es bastante exigido en ese sentido” (Carolina comunicación personal, agosto 2018).

La teoría de los campos propuesta por Pierre Bourdieu señala que “la construcción de identidad se basa en la posibilidad de establecer una relación dialéctica entre las estructuras que conforman un campo determinado y las representaciones que tienen los agentes de su posición distintiva en el espacio social” (González, 2012, pág. 340) por esto las afirmaciones de Carolina permiten dar cuenta de que la construcción de distinción del profesional se da a través de la acumulación de dos capitales, uno de tipo cultural el cual se adquiere en el seno de las instituciones, y es institucionalizado a través de la consecución de títulos y diplomas. Y el otro es el capital simbólico, relacionado con “el prestigio, el estatus, el reconocimiento, la legitimidad, la estigma social y la autoridad que se les asigna tanto al origen como a la posesión de otros capitales” (González, 2012, pág. 341).

Este posicionamiento en el campo hace que la legitimación del poder médico se funde en la autoridad técnico-científica, simbólica y social de su profesión, o en otras palabras, en la legitimidad de sus conocimientos, en la evidencia empírica que informa su quehacer y en la dependencia de la sociedad de los mismos. Es así que el poder médico, al ser organizado en grupos institucionales permite crear diversas formas en las que otros dependan de su conocimiento, materializando así, el carácter distintivo de la relación de dependencia del médico y el consumidor de la medicina. Desde ahí las interpretaciones que las profesionales hagan sobre el mundo y la realidad adquieren un valor de verdad y llegan a convertirse en referencias sociales con capacidad de transformación, es decir, esto los dota de autoridad cultural (Sart citado en Azeredo, 2016).

Dicha autoridad entra a jugar un papel significativo en la perspectiva del paciente que se atiende en consulta, puesto que las tensiones entre las prácticas humanizadas y las contradicciones médicas llevan a la infantilización de esa persona cuando toma acciones que si bien lo empoderan de su salud cuestionan la labor del profesional. Entonces, el poder adquirido a través de la formación profesional que solía ser garantía de un posicionamiento en el campo deja de ejercer su función de sujeción y el consumidor de medicina, hace un intento por desvincularse de la autoridad:

Camila señala que hay pacientes que son completamente demandantes *“desde que llega a la consulta, uno ya está perdiendo con él porque de entrada no te creen y vienen a retarte, a que cambies la manera de revisar. Mientras que hay otros pacientes que son completamente sumisos y lo que tú digas está bien y tampoco es la idea, hay pacientes que es difícil sacarles la información, ya sea porque están distraídos, o porque los obligaron”*

La aparente dificultad en mantener la autoridad cultural, social, científica y simbólica, se halla en que no es suficiente la existencia de voluntades de las médicas o de los pacientes sino que trasciende a los marcos institucionales que la posibilitan. En ese orden de ideas, la ejecución de los tratamientos además de estar sujeta a la perspectiva biologicista de las personas que tienen las participantes, se suman las restricciones de acceso de los servicios, a la carencia de especialistas dentro de la IPS, a la baja oportunidad de atención, u otras barreras similares que surgen de la mercantilización de

la salud, y por ende de la mercantilización del paciente quien se adhiere a la estructura por medio de una EPS.

Lo anterior cobra sentido en la medida que desde la perspectiva de “*el paciente difícil*” las profesionales podrían potencializar la dificultad de acceso a los servicios si pone barreras como “consentimientos por escrito, incremento de pruebas diagnósticas complementarias, dilatación de plazos, entre otras. Todo generado por la pérdida de confianza en el paciente, pues si el médico no ve un verdadero interés del paciente por curarse, cuando ve que es un incumplidor reiterado, cuando se reconoce que el paciente está obligado a hacer frente a una situación psicológica que le supera, el profesional inicia el despliegue consciente o inconsciente de una serie de comportamientos defensivos que incrementan los procesos burocráticos, aumentando así indirectamente los costes de salud, lo que reduce su propia resistencia a la frustración y, lo más importante se desinteresa y desvincula afectivamente del paciente (Merayo, Bravo y Gordon, 2014, párr. 37).

Por otro lado, las participantes sugieren que cada institución se acoge al sistema de salud de una forma diferente de tal manera que la precarización de la profesión puede ser vivenciada de diferentes maneras. Y una de ellas hace referencia a vivenciar un sistema en el que la institución que lo representa permite agresiones físicas y verbales hacia la médica; por otro lado uno que cuestiona de manera tacita el ejercicio en la consulta. Para dar valor a estas afirmaciones tomo como referencia los siguientes apartados:

“real y desafortunadamente, el sistema de salud no lo vives de la misma manera, yo creo que a nosotros nos deberían enseñar nuestros deberes, nuestros derechos y nuestras obligaciones y sentir al menos ¿cómo podríamos ser protegidos?, ¿cuántos pacientes llegan y te maltratan verbal o físicamente, pero la institución lo permite? ¿Cómo te proteges ante la misma ley? por ejemplo el MIPRES⁴ que es un formulario que tú llenas para algunos tipos de medicamentos, ese papel puede ser el mismo que el gobierno coja y te diga “usted tiene llenado esto de tal y tal manera” eso te puede acusar. Entonces si de pronto, un poco más de ¿cómo protegerse? de pronto en la práctica médica somos muy

⁴MIPRES es una herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios (Ministerio de Salud, 2019, párr. 1)

confiados en muchas cosas y nos falta más viveza, más de saber de leyes para estar más protegido, ... pensando en una posible complicación, o en un evento adverso durante la práctica médica.

Esta situación podría verse como la pérdida de autonomía para el ejercicio libre de la profesión, en la que el atributo de libertad de decisión para el reconocimiento de las condiciones de salud de las personas, las comunidades, y los grupos sociales se constriñen, lo que podría ser el equivalente a la negación de una condición fundamental del quehacer médico, (Azeredo, 2016). Sin embargo, reducir las consecuencias de una estructura de índole económico a la pérdida de autonomía, sería dar una mirada reduccionista a esta problemática de salud.

Por eso, es necesario hacer una lectura del fenómeno contemplando el modelo económico de neoliberalismo consolidado en las décadas de 1980 y 1990. Este modelo se erigió en el marco del consenso de Washington, como estrategia de orden mundial agenciada por los organismos multilaterales de crédito como el Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y El Banco Interamericano de Desarrollo (Puello - Socarrás, 2015).

Definido como una ideología de libre mercado en donde “el rol minimalista del Estado es asegurar que las reglas de la economía del mercado sean respetadas y que éste funcione de manera eficiente” (McGregor, 2001 citado en Colón, 2017, párr. 25). Al aplicarse esta ideología a los sistemas de salud, “el Estado pierde control sobre los servicios salubres, mientras las compañías aseguradoras y compañías de servicios médicos controlan y rigen las formas en que se proveen los servicios de salud” (Mulligan, 2014 citado en Colón, 2017, párr.25)”. Este sistema económico del capitalismo se configuró como un modo de producción social, en el cual verifica la exacerbación cuantitativa de las lógicas inherentes a la acumulación incesante de capital. Orientando el desarrollo económico a la expansión de los mercados; la explotación económica, dominación política, opresión social y alienación ideológica que ello supone. (Puello - Socarrás, 2015). Entonces, es necesario entender que el mercado libre y la libre competencia están orientados al dominio del medio de producción que permiten la acumulación de capital económico.

Ahora bien, es necesario dar reconocimiento de la precariedad de las condiciones laborales de las médicas, las cuales afectan la situación económica y social, especialmente para aquellas que cumplen funciones clínicas de atención directa a pacientes” (González, 2016, pág.343). Los relatos de las participantes, dan cuenta que los profesionales de medicina desarrollan su labor en instituciones saturadas, donde de manera reiterativa la oferta de médicos disponibles suele ser significativamente inferior respecto a la demanda de pacientes que acuden a la institución. Para materializar las condiciones laborales menciono tres apartados.

El primero explicita cómo el médico hace el trabajo “brusco y burdo” sin pago:

Laura: sigue habiendo una problemática y es que los hospitales no se comprometen con la formación de los estudiantes porque no están remunerados económicamente y esa es la falencia que a uno le queda, de hacer el trabajo brusco, burdo y de todo, pero a veces no hay la reciprocidad, respecto a todo el estudio y la exigencia.

El segundo, explicita prácticas “malas” de contratación para las médicas:

Aura: las instituciones te limitan el tiempo, te dicen que medicamento dar al paciente, además hay una mala contratación a los médicos, sin salud, sin prestaciones, sin vacaciones sin nada como, sin ser una empresa sólida te contratan para que uno atienda y ya, les importa cinco si tú estás bien, si estás mal, nada no les importa.

El Tercero, señala la necesidad de recurrir a la multiempleabilidad:

Carolina: empecé a trabajar en Meissen en urgencias pediátricas, estuve en pediatría mucho tiempo, durante ese tiempo me dieron otro contrato en ese mismo hospital concón los pacientes de medicina interna, además me dieron un contrato para la parte quirúrgica de ginecología, medicina general, ortopedia, entonces en las mañanas estaba en las clínicas y las tardes en cirugía., Terminé uno de los contratos empecé a trabajar en Unisalud en consulta externa en la parte de crónicos, (...) también trabajé en el en Cafam como médico escolar en los colegios de concesión, eran cuatro colegios que quedaban en Bosa, Santa Lucia, al sur o sea, hubo un momento en que tuve tres trabajos.

Estos tres fragmentos reflejan que las condiciones laborales de las médicas son la consecuencia de una administración desequilibrada e inapropiada de los recursos del

sistema de salud, y además justificado en algunos casos por el incremento exponencial de médicos graduados versus el limitado crecimiento de la oferta laboral. Es necesario contemplar que en los años 70 la concepción de salud sedio desde una perspectiva de mercados sujeto a la oferta, la demanda y la productividad, poniendo en un segundo plano la calidad del cuidado de la salud y el bienestar laboral. De esta manera aceptar las condiciones contractuales del campo médico en salud son necesarias para ser parte del mismo y necesarias para el mantenimiento de un estatus dentro del campo como lo afirma (Kottow, 2013, pág. 16) “la ciencia y la academia se engranan a las reglas sociales pautas que las personas deben cumplir dentro del campo en el que se desenvuelven, esto permite la depuración de su habitus en virtud de su pertenencia a un campo, es a hacer parte de la *illusio* en la que la médica sea considerada como una “jugadora competente, un miembro reconocido, la meta (...) es el éxito, el logro de una posición de reconocimiento e influencia, y el camino a seguir es ser políticamente correcto, adiestrarse en el ideario vigente, moverse en las instituciones con agilidad y prestancia, obtener logros a corto plazo y que tengan resonancia”.

De igual manera estas condiciones laborales se ajustan al descubrimiento de una manera de sacar provecho a la competitividad financiera de la biomedicina, pues al ser una profesión de medios y no de resultados, la competitividad sería medida por la capacidad de explotación de conocimiento habilidades del profesional (Ardila, 2016), entonces los profesionales “se encuentra sometidos por los parámetros de contención del gasto y de la ganancia económica” (...) deteriorando un principio fundamental de la salud que es la beneficencia, que los supedita a los criterios administrativos y normativos del sistema y a las políticas institucionales en las cuales predominan las estructuras administrativas verticales. En este contexto, la idoneidad del médico, sus valores y sus principios éticos como única garantía de calidad de la atención se ven confrontados con realidades que minan su autonomía y capacidad de decisión” (González, 2012, p. 343).

En ese orden de ideas, analizar los fragmentos previamente mencionados desde la perspectiva del neoliberalismo, implica reconocer en primer lugar que la privatización de las empresas sociales del Estado se alinea de manera directa con los objetivos de regulación autónoma de la economía nacional propuesta por el modelo. De esta manera

la legislación que dio paso a la constitución de los servicios de salud “como un negocio”, son el resultado del anclaje gubernamental con el modelo neoliberal.

Como se mencionó previamente, la finalidad de este sistema capitalista es favorecer el incremento sistemático de la acumulación de capital económico, en la que los beneficiarios son aquellos que cuentan con la capacidad de competencia y permanencia en el medio, es decir, las EPS que sobrevivan a los controles del mercado que los regula. Entonces las grandes industrias que hacen posible la producción de la salud instrumentalizan a los profesionales para que sean fuente de recursos, de tal manera que el médico o la médica, es despojada y enajenada de todo el capital social, cultural y simbólico que posee. Es así que la degradación laboral se da en términos del aprovechamiento que hace la institución frente al elevado umbral de fatiga del profesional de medicina, socavando y degradando su propia calidad de vida.

Es necesario enfatizar que si bien la estructura social del modelo neoliberal propicia estos despojos y degradaciones, no se puede caer en afirmaciones que únicamente victimicen al médico sin reconocer que éste, como sujeto social “también tiene poder de agencia y debe hacerlo por el bien de sus pacientes” (Ardila, 2016, p.132), porque parte del problema es que el profesional de medicina se volvió un reproductor de esa lógica al favorecer la segmentación en los procesos de salud que reproducen modelos industriales de organización y de división del trabajo que busca la eficiencia, y productividad antes que el bienestar poblacional. De tal manera que la responsabilidad laboral deja de ser la atención del paciente y prima responder por sus funciones entonces, el médico hace lo del médico, el enfermero lo del enfermero, los administrativos lo administrativo reforzando los límites de las intersecciones entre ellos ampliando la distancia con el paciente (Ardila, 2016), para ejemplificar esto, se retomarían las afirmaciones de una de las participantes en las que haciendo referencia a las narrativas sobre el paciente enfatizó que la consulta médica el médico se encarga de la manifestación física del padecimiento y un profesional diferente de la parte personal del paciente.

Lo anterior es un ejemplo de cómo se refuerza un sistema lucrativo que amenaza la vida y la dignidad, un sistema deshumanizado y deshumanizante que está en manos un sector asegurador con capacidades limitada para pensar en el cuidado solidario de otros y que centra la atención a producir y acumular capital, postergando las necesidades

sanitarias de quienes hacen uso del “servicio” (Ardila, 2016). De ahí que se considera la agencia de los profesionales la mejor estrategia para desvincularse de esas prácticas y controvertir al modelo.

Violencia simbólica: la naturalización de los “mini maltratos” en el entorno médico

El entorno médico suele ser reconocido por la presencia de jerarquías internas y externas que se vinculan con los procesos de formación y en el entorno laboral, es así como se pretende poner en evidencia cómo esa formación y la labor médica replica violencias que son validadas por las profesionales e incorporadas. De esta manera se da respuesta al objetivo que apuntaba a identificar las interpretaciones que el profesional de medicina hace sobre las metas de acción y el contexto social que orienta la intención

Para ejemplificar la situación y proceder con un análisis de las mismas se toma un apartado en el que se plasman las manifestaciones de violencia en el entorno académico y entorno laboral:

A: el entorno de los médicos es terrible, en el posgrado no. A ver el entorno inmediato del posgrado, compañeros profesores, en general en el entorno laboral era muy exigente, era muy hostil era muy chismoso, era muy indiferente, muy ofensivo, es que hasta había algo de bullying, de acoso por parte de algunas personas, era complicado

D: ¿y crees que se deba digamos a que su función aquí es aprender conocimiento y enfocamos todo a eso y no ser humano que hay detrás?

A: el que no se adapta a eso no se gradúa. Y así es, eso no es que entre alguien con arcoíris y esto va a ser un mejor mundo no, eso no funciona o sea la gente se adapta y responde o paila nada que hacer.

Para abordar la violencia se parte de la suposición de la existencia de una relación social, hablar de ella implica señalar los usos políticos del sufrimiento humano y las luchas de poder entre concepciones de prácticas de vida; la violencia supone ejercer una fuerza directa o indirecta a una voluntad real o supuesta, entenderla de esta manera conlleva suponer que va más allá de las manifestaciones físicas o verbales; abarca un sin número de conductas que quedan ocultas y no se identifican con facilidad. En el contexto médico, se puede entender que la violencia es posible por el marco de relaciones que la contienen, y a través del intercambio de símbolos esta se sostiene y mantiene en el

tiempo, de tal manera que permea todos los niveles de jerarquías existentes anclándose a las prácticas y discursos cotidianos (Marton y Echazú, 2010).

Por esto se consideró que la forma más adecuada para nombrar la violencia que se manifiesta en el contexto médico es la violencia simbólica, pues esta es capaz de “arrancar sumisiones” que ni siquiera son percibidas como tal y se soportan en expectativas colectivas o creencias socialmente inculcadas. La teoría de producción de creencias señala que “la labor de socialización es necesaria para producir unos agentes dotados de esquemas de percepción y de valoración que les permitirán percibir las conminaciones inscritas en una situación o en un discurso y obedecerlas (Bourdieu, 1997, p. 168). Estas creencias no son explícitas, sino que implican que las conminaciones (amenaza, intimidación, coacción o ultimátum) se adhieran de forma inmediata cuando existe sintonía entre el sujeto y las estructuras hacia las cuales están dirigidas (Bourdieu, 1997) el hecho que exista esta sintonía suscita que los agentes del campo validen el ejercicio del poder, por esto las manifestaciones de violencia simbólica que son identificadas llegan a instrumentalizarse y se consideran el único medio para llegar a un fin específico, muestra de ello es este fragmento del discurso de Karen al relatar porque su formación académica le permitió consolidarse como la profesional que es en la actualidad:

***Karen:** pues obviamente, la clara diferencia es que era una universidad militar, entonces todas las jerarquías estaban muy bien marcadas, la disciplina era muy marcada, habían jornadas extenuantes de trabajo (...) y bueno, obviamente si hubo ahí como un poquito de, como diría yo, como un **mini maltrato**, porque pues obviamente nos trataban supremamente fuerte para ser estudiantes, pues nos trataban como si ya fuéramos residentes o médicos ya graduados, entonces nos trataban un poco mal, pero digamos que como ellos mismos decían “eso forma carácter” y nos sirvió mucho pues para ya salir a la vida profesional y trabajar, sirve mucho... entonces sí, es totalmente diferente a las demás por eso.*

La sintonía del individuo con esas creencias lo sujeta a las manifestaciones de poder; un poder que típicamente suele ser considerado como algo que ejerce presión sobre el sujeto desde afuera, que lo subordina y lo relega a un orden inferior. Sin embargo si se entiende el ejercicio del poder desde la perspectiva de Foucault, se puede afirmar que

este es necesario para la formación del individuo pues tiene la cualidad de adherirse como una condición necesaria a su existencia, entonces no es algo a lo que simplemente se oponga, sino que algo de lo que se depende y es preservado en cada ser, por esto que se termina internalizando o aceptando, llegando al someterse a un discurso que no se elige pero que sustenta y potencia a las instituciones y quienes de ella hacen parte (Butler, 2010).

De ahí que sea pertinente abordar la violencia simbólica en el marco de las relaciones que se constituyen en el campo médico y que permiten su reproducción, pues asumir determinados roles inicia desde el momento en que la persona elige líneas de formación específicas. Para el caso de la medicina el posicionamiento y el rol que se asume va adquiriendo sentido y valor en el marco de referencia que les dota de conocimiento y que les permite la acumulación de capital cultural, a saber, cuando el estudiante inicia su rotación en las diferentes instituciones de salud como parte de su formación académica, es consciente de la presencia de jerarquías, haciendo imposible asumir que se tiene el mismo rol y la misma autoridad cuando se es “el interno de medicina” o “residente de medicina” aunque la manera práctica de diferenciarlos uno de otro es que el primero realiza su pregrado y es segundo su posgrado.

Lo anterior da paso a una de tantas apariciones de la violencia simbólica. Cuando en el discurso de una sala emanan afirmaciones que cuestionan el conocimiento que el otro tiene, cuando se restringen las líneas de comunicación con una jerarquía más alta (especialista o coordinador del servicio), cuando de manera reiterativa e incisiva se recuerdan los alcances de las funciones que en calidad de estudiante de medicina o médico se tienen, pero no a manera de enseñanza sino marcando pautas de “lo que yo puedo hacer y usted no”; relegando a un nivel inferior a una de las partes y replicándose de manera tangencial en las diferentes relaciones: el estudiante y el interno, el interno y el residente, entre los residentes “R1- R2- R3- R4” dependiendo de la duración de la especialidad, o entre los médicos generales y los médicos especialista.

Estas dinámicas adquieren forma en el contexto educativo ya que la acción pedagógica se constituye objetivamente en violencia simbólica, en la medida “que inculcan e imponen significados que imprimen la selección o la exclusión, como arbitrariedad cultural, dado que un grupo inculca sobre otro la aceptación y así mismo, el

rechazo pero no la aniquilación de la arbitrariedad” (Peña, 2009, p.5). Esta acción pedagógica impone formas de ser, actuar y pensar vinculadas a roles específicos (Muñoz Daré en Peña, 2009), de ahí que el médico se comporta como médico dentro de un sistema de salud y la idea de concebirse como otra cosa diferente a la que su rol le ha predestinado a causa de la posesión de un capital cultural y simbólico no es posible, no puede hallar otra razón de ser, y da cuenta de “como bajo la apariencia de un desarrollo normal, las instituciones esconden procesos muy sutiles de dinámicas particulares de poder, que no se alejan del espacio estatal, por el contrario se inherentes a la constitución del Estado, y es activada en rituales y rutinas institucionales cotidianos, que construyen cuerpos y subjetividades” (Marton y Echazú, 2010, p. 9).

Todas las manifestaciones de violencia adquieren forma y son tomadas como marco de referencia de la disciplina, son adoptadas por el gremio y normalizadas a tal nivel que van configurando tipos de interacción específica en las que se compromete la técnica disciplinaria de un saber experto con la posibilidad de violentar la integridad del otro, filtrándose por medio de las brechas y el distanciamiento que hay entre las diversas jerarquías y las estructuras institucionales que dan vida a las relaciones. Entonces, si se pone en un mismo panorama la violencia estructural originada por “la injusticia y la desigualdad como consecuencia de la propia estructura social, convertidas en violentas al no permitir la satisfacción de las necesidades de algunos grupos humanos en beneficio de otros” (Menéndez, 1998, p.407); las violencias que derivarían del mismo modelo neoliberal, tales como la degradación laboral y las que emergen de las instituciones educativas terminan socavando la calidad del ejercicio del médico y que paralelamente las mismas médicas legitimen esos “**minimaltratos**”.

Ahora bien, la palabra minimaltratos pone en consideración el tamaño del maltrato que es percibido por las profesionales, pues el simple hecho de cuantificar el maltrato, permite suponer que existen maneras más represivas, invalidantes y denigrantes de ser educadas, de trabajar, incluso de atender a un paciente; lo que lleva a considerar ¿qué tipo de prácticas se incorporan en mayores niveles de maltrato?, ¿la violencia directa contra el profesional entraría en esa clasificación gradual de maltrato?, ¿la organización del sistema de salud va delimitando los tipos de maltratos?, ¿cómo operacionaliza y describe el profesional el maltrato?, ¿es cuestión de género?, ¿de especialidad?, ¿qué

situaciones desencadenan la manifestación de maltratos en diferentes proporciones?, etc. Estos interrogantes hacen necesario suscitar espacios que permitan cualificar con precisión y de manera amplia esto que considero una categoría emergente a los sentidos implicados en la concepción de paciente.

Para finalizar, se enfatiza en el papel de la práctica dentro del marco de relaciones que se configuran dentro de los contextos institucionales, y cómo la toma de consciencia y capacidad de discernimiento de cada sujeto hace posible que las violencias simbólicas sean menos probables dada a la capacidad transformadora de los individuos. De ahí que se ejemplifiquen en primer lugar con los relatos de las participantes sobre la gestión que hacen para distanciarse de esas reproducciones sistemáticas de violencia, unas orientadas a la adaptación

Laura ejemplifica el trabajo a nivel personal que tuvo que desarrollar para fortalecer sus habilidades personales en el marco de su labor profesional y adaptarse a las condiciones de su entorno laboral y romper con ejercicios médicos que violentan al paciente:

¿qué tuve que hacer?, leer mucho, leer mucho, (llanto), me llegas al corazón por una cosa, porque he aprendido a ser mejor persona y he trabajado mucho en mí, en ser una mejor persona, para ofrecer eso en mi trabajo y eso me llena porque he trabajado en mí, y es muy difícil que los pacientes trabajen en sí mismos, porque el ego del médico hace ver que tú eres lo máximo y que no ahí llega no hay más, y mentiras, yo he hecho como el proceso como que cuando lleguen a mi sientan que los pueda colaborar como sea, en lo que necesite, en lo que requiera, pero que sientan un apoyo, entonces para eso tuve que trabajar en mi misma, y sentir que tienen una puerta abierta, porque a veces con el simple saludo uno cierra puertas y no permites que la persona se abra contigo, entonces digamos que es eso bonito, sentir que lo mejor de ti lo estás dando y ello sientan que lo están recibiendo. Eso no me lo dio la formación fue aparte (Laura, comunicación personal, agosto 2018).

Adicionalmente, se pudo evidenciar que la agencia de los profesionales también ha estado orientada a distanciarse por completo de la estructura que propicia violencias contra el profesional y contra los pacientes. Camila manifiesta:

“como especialista quería poder atender a pacientes del régimen subsidiado trabando en el Federico Lleras y a pacientes particulares que obviamente significa

mucho más ingresos para nosotros; el lío es que es imposible por la lejanía, por el tipo de contratación que existe para los médicos, por la inseguridad de algunos sectores; entonces digamos que uno lo tiene en la cabeza pero no es tan factible (...) lo que nos propusimos con Mauricio fue hacer un lugar tranquilo donde fuera rico ir a trabajar, que los pacientes estuvieran cómodos y enfocarnos mucho en la atención al paciente, tener un servicio Premium y pues que el paciente fuera el que empezara a consultar” (Camila, comunicación personal, agosto 2018).

Las prácticas que las profesionales realicen para reducir las violencias simbólicas consisten en ejecutar acciones que rompan hábitos y en las que realicen cuestionamientos sobre los juicios que favorece una práctica de coacción en las que la transgresión ya no se comporta como una excepción sino que hace parte de la vivencia cotidiana. Se busca que el cuestionamiento permita al sujeto sostener una relación productiva y crítica con los modelos de ordenamiento de las instituciones, en la que cuestione las jerarquías siendo consciente de las dificultades implícitas de negar las diferencias entre los sujetos; se esperaría que estas acciones y cuestionamientos sean movilizados para romper moldes e interpretaciones rígidas sobre la salud, reconociendo al sujeto como portador de derechos y el rol que asuma dentro del entorno no sea definitiva (Gil, 2014). El riesgo de este ejercicio es considerable “en la medida que el sujeto se distancia de lo que al mismo tiempo que lo constriñe lo hace legible” (Butler citado en Gil, 2014, p. 295), sin embargo se debería asumir este riesgo, puesto que el papel de la violencia desgarrar los vínculos sociales, la manera en la que el sujeto se une a otros para constituir la existencia misma y quiérase o no estamos atados a otros, sin embargo el desarrollo de prácticas éticas son capaces de producir sensibilidad para identificar la forma en que se quiere vivir sin idealizar o esencializar las relaciones humanas y las estructuras estructurantes que la conforman.

Menciona Quintana (2006), que aquel médico que construye una relación con el paciente desde la convicción de que el ser humano es un ser relacional, direccionará su saber y hacer desde el servicio, desde la disposición de dar a manos llenas a los demás porque esto lo reafirma como ser humano, entonces en esa medida, el médico está en capacidad de atender con competencias técnicas al paciente y ejecutarlas en marcos relacionales de calidez, compasión y amabilidad. Mientras que aquellos para los que su

profesión no es más que la búsqueda de una construcción propia de identidad individualista e institucional ejecutará y replicará acciones basadas en el control, el dominio, el sometimiento y el ejercicio del poder sobre el otro.

Capítulo quinto

Discusión

Una cualidad de los procesos investigativos, es la capacidad de cambiar las expectativas que se trazan los investigadores en el planteamiento del problema específicamente aquellas relacionadas con la población que se vuelve objeto de estudio. Esta discusión se inicia con una reflexión sobre la participación de los médicos en este proyecto y que suscitó preguntas que deben ser consideradas para acercarse a una población similar, sectores de la estructura social, o grupos que suelen ser considerados como élite de la sociedad: ¿qué tipo de espacios para la consolidación de información y producción de conocimiento serían favorecidos por los y las profesionales?, ¿Qué espacios serían valorados como propicios e idóneos para que un tercero pueda acceder a la “élite del profesional de medicina”?, ¿Por qué las mujeres tienden a ser más receptivas que los hombres en estos ejercicios académicos? (aunque ésta última está ligada a la casualidad que se dio en esta investigación, permitiría realizar un análisis desde un enfoque de género).

Acercarse a las respuestas de estas preguntas demandaría la apertura mental del investigador, implica entender que las estructuras sociales en las que se moviliza su población configuran necesidades que pueden alinearse con el momento investigativo, y precisamente, que el enfrentarse cara a cara al fenómeno es la única manera de entenderlo y poner en consideración la dificultad para acceder a quienes dan cuenta de los fenómenos, siendo esa dificultad parte de la lógica propia de la realidad que se pretende analizar (Portilla, Rojas y Hernández, 2014).

Las percepciones que se identificaron sobre el paciente dan muestra de un discurso ambivalente que humaniza al paciente vs uno que lo fragmenta. El primero reconoce que

empatizar con el consultante dentro del acto médico es garantía de un proceso exitoso, que lo aproxima a la vocación de servir y el propósito de ayudar. Mientras que el segundo, obedece a la formación disciplinar en medicina que imposibilita ver integralmente al paciente en la medida que lo reduce a un compendio de “acertijos biológicos” que deben resolverse en el marco de la consulta médica, y esta reducción está acompañada por la asignación de etiquetas de pacientes fáciles o difíciles conforme a patrones conductuales que se manifiestan en el consultorio. Entonces cuando ese paciente fácil o difícil asume un rol activo, las profesionales recurren a la infantilización para reducir toda manifestación que muestra de la autonomía adulta que tiene el paciente.

En segundo lugar, los hallazgos permitieron dar cuenta de cómo en virtud los manuales de acreditación en salud y calidad pueden gestarse prácticas en las que se “maquilla” la realidad de las instituciones y de manera “artificial” dan cumplimiento a los estándares del Plan Nacional de mejoramiento de la calidad; entonces el mejoramiento de la atención y obtención de resultados evaluables se reducen a una visita de inspección que realiza la entidad reguladora, por lo que se hace necesario que las instituciones integren a sus prácticas sistemas de gestión eficientes que puedan contribuir con la optimización de las actividades productivas, desde aspectos que se posicionan como determinantes de calidad en cualquier escenario: la satisfacción del cliente, seguridad y salud de los trabajadores, y el mejoramiento de la calidad de atención en salud.

La finalidad de sugerir una correcta gestión en torno a la calidad, se considera pertinente ya que la implantación de acciones de control oportunas, facilitan la gestión de los procesos, permite reconocer debilidades de la institución de manera eficaz de tal manera que no materialicen un riesgo que implique la no prestación del servicio de salud, y lo más importante proyecta a las entidades a un crecimiento en donde la gestión de recursos está orientada a la reducción sostenibilidad (Hernández, 2017).

Lo anterior se vincula con la estructura de las instituciones de salud producto de un modelo económico neoliberal, y debe ser interpretado desde la promoción de prácticas por parte de los actores en las que los profesionales sean capaces de tomar una posición crítica capaz de transformar las inequidades que ese modelo genera. Es así, que una de las formas de distanciamiento y agencia implica incorporar discursos que den reconocimiento del derecho del "otro" como un ser humano diverso, gestionando

acciones que rompan de raíz con la socavación de las personas que sirve en salud de tal manera que sea una obligación defender el derecho a vivir de manera saludable y con el mayor bienestar posible (Piña, 2012).

Finalmente, las voces de las participantes pusieron en el panorama la cuantificación de la violencia simbólica en el contexto educativo y el contexto laboral al que diariamente se ven expuestos todos los actores de la salud (estudiantes de medicina, médicos, pacientes, administradores de IPS). El material empírico recolectado permitió dar cuenta de cómo estas violencias son legitimadas desde la eficacia que tienen en su contexto, y radica en la validez que para los agentes sociales dominados tengan los símbolos o significaciones que se intentan imponer, defender o instaurar (Solarte y Ortiz, 2003). Castro, señala que los procesos de formación de los profesionales son cruciales para que se instauren patrones de abuso vinculados con una sistemática violación de la dignidad en los servicios de salud. Entonces el análisis sociológico desde la educación que reciben los médicos permite comprender los mecanismos responsables de la reproducción de estructuras sociales y mentales, y permite evidenciar cómo desde los años de formación universitaria se forma el habitus médico en base a un aparente currículo oculto que pone el autoritarismo como elemento clave durante la práctica profesional, este currículo pone los castigos y el disciplinamiento corporal en la formación del médico como un vehículo para la transmisión de conocimientos y la comprensión de las jerarquías (Castro, 2007).

Ahora bien, los hallazgos de este proyecto se vinculan a la perspectiva de Lupton, (2008) quien señala que en las sociedades occidentales hay una creciente desilusión con la medicina científica, aunque paradójicamente, también “dependen cada vez más de la biomedicina para resolver los problemas sociales y médicos (Asociación de editoriales Universitarias de Colombia, 2013, párr.1). De igual manera refiere que por una parte, se critica a los médicos por abusar de su poder al controlar y someter a sus pacientes; por la otra, la sociedad occidental suele considerar el acceso a la atención médica como un bien social y un derecho fundamental e irrenunciable para toda persona. Por esto algunos críticos sostienen que el poder y alto estatus social del gremio médico tiende a ser desproporcionado, que suele dárseles demasiada confianza a los médicos así como a los tratamientos que ofrecen en el marco del acto médico (Asociación de editoriales Universitarias de Colombia, 2013). Estos apartados permiten ejemplificar las constantes

disociaciones presentes en la conceptualización de la profesión de medicina y el campo de la salud y que se hicieron presentes en los discursos emitidos por las profesionales.

Por un lado, las perspectivas que tienen las profesionales sobre los pacientes fragmentan al ser que asiste a su consulta en términos de edad y patología– pacientes fáciles y/o difíciles dado a la incapacidad que tienen para ver aun ser autónomo, empoderado e integral, de tal manera que infantilizan al paciente cuando éste llega dar muestras de autogestión frente al cuidado y mantenimiento de su salud. Por otro lado afirman, que la implementación del término “usuario” es inapropiado porque vincula al paciente en el sistema mercantil de la salud, prefiriendo la implementación del término “paciente” ya que refleja el carácter de la relación que esperan que se constituya en el acto médico, es decir, el paciente que espera pasivamente de la intervención del profesional mientras el médico tiene bajo su responsabilidad cuidar del paciente, dotando a este último nuevamente de cualidades propias de un niño y dejando de lado la concepción de un ser humano integral y con capacidad de agencia.

Para finalizar esta discusión, se plantean nuevas propuestas investigativas desde dos líneas de acción. La primera orientada al reconocimiento amplio y suficiente de las violencias que se manifiestan en los entornos académicos y laborales de los médicos. La segunda relacionada con la conceptualización de violencias en el entorno médico desde un enfoque de género, esto considerando que los resultados de este proceso se consolidaron únicamente desde la voz de mujeres médicas, y se considera pertinente identificar semejanzas o disonancias de la manifestación de esas violencias de la voz de médicos hombres.

Referencias

- Abadía, C. (2008). Tiempos y lenguajes en algunas formas de sufrimiento. Ortega, F. (Eds.). *VeenaDas: Sujetos del dolor, agentes de dignidad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia:
- Abadía, C., Góngora, A., Melo, M. y Platarrueda, C. (2013). Introducción general. Vida, hegemonías y praxis antropológica. Abadía, C., Góngora, A., Melo, M. y Platarrueda (Eds.), *Salud, normalización y Capitalismo en Colombia*. (pp.09-26). Bogotá: Universidad del Rosario.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2015). *Informe de seguimiento al programa de saneamiento fiscal y financiero adoptado por la ese Engativá II nivel de atención*. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/BibliotecaPSFF.aspx/Saneamiento%20Fiscal%20y%20Financiero/PSFF/Resultado%20Seguimiento%20a%20Marzo%202015/Informe%20Seguimiento%20I%20Trimestre%202015%20Engativa.pdf>
- Alvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. Recuperado de: <http://www.ceppia.com.co/Herramientas/Herramientas/Hacer-investigacion-alvarez-gayou.pdf>
- Andrade, S.; Martínez, L.; Morales, P.; Ortiz, G.; Sandoval, H.; Zuluaga, G. (2005). Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. *Revista Ciencias de la Salud*, 3, 98-106.
- Ardila, M. (2016). *Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la profesión liberal al trabajo explotado*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/53386/1/598690.2016.pdf>
- Asociación editoriales universitarias. (2012) *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales*. Recuperado de: <http://catalogo.aseuc.org.co/la-medicina-como-cultura-la-enfermedad-44-las-dolencias-y-el-cuerpo-en-las-sociedades-occidentales-medicina.html>
- Azeredo, Y, y Schraiber, L. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva*. 12 (1). 9-21.
- Ballén, R. (2012). El negocio de la salud. *Revista semana*. Recuperado de: <http://www.semana.com/opinion/articulo/el-negocio-salud/253735-3>
- Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Nueva época*, 64, 135-156. Tomado el 20 Octubre de 2017, de la base de datos Redalyc.

- Bonet, O. (2008). *Saber y sentir. Una etnografía del aprendizaje de la Biomedicina*. Recuperado de: <https://www.anpocs.com/index.php/encontros/papers/22-encontro-anual-da-anpocs/gt-20/gt11-5/5127-obonet-saber/file>
- Bourdieu, P, y Wacquant, L. (2008). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bourdieu, P. (1990) *Espacio social y génesis de las clases en: Bourdieu Pierre, Sociología y cultura*, México: Grijalbo
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama
- Bourdieu, P. (1999).El campo literario. Prerrequisitos críticos y principio de método. *Criterios*. 25 (28). 2-42 Recuperado de:<http://educacion.deacmusac.es/practicaslegitimadoras/files/2010/05/bourdieuCampo.pdf>
- Bourdieu, P. (2007). El *sentido práctico*. Siglo veintiuno editores: Argentina. Recuperado de: <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/bourdieu-el-sentido-practico.pdf>
- Brito, P. (2000). Impacto de las reformas del sector salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Revista Panamericana de Salud Publica* 8 (1/2) 43-54
- Buitrago, M. (2013). Uno se vuelve cuidador, como ustedes dicen, por obligación. Las redes de poder de oficio de cuidar a personas en situación de discapacidad. Abadía, C., Góngora, A., Melo, M. y Platarrueda (Eds.), *Salud, normalización y Capitalismo en Colombia*. (pp.09-26). Bogotá: Universidad del Rosario.
- Buscuñan, M. (2005). Cambios en la relación médico paciente y nivel de satisfacción en los médicos. *Revista médica de Chile*. 113 (1) 11-16.
- Butler, J. (2010). *Mecanismos psíquicos del poder. Feminismos*. Ediciones catedra: España
- Capdevielle, J. (2011). El concepto de habitus “con Bourdieu y contra Bourdieu. *Revista ansaluza de ciencias sociales*. 10. 31- 45.
- Castro, R. (2007). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de sociología*. 76 (2) 167-197.
- Colon, A. (2017). *Confrontando Autoridad: Actores presentes, ausentes y omnipresentes en negociaciones médicas en pacientes puertorriqueños*. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico:
- Congreso de la Republica (2018). *Ley 100 de 1993*. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

- Congreso de la República de Colombia (2006). *Ley 1090 de 2006. Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones*. Recuperado de: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Correa, J. (2016). *Estado actual y perspectiva del enfoque basado en competencias dentro de las ciencias de la salud*. Bogotá: Universidad el Rosario. Recuperado de: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/29/29ea3987-89d0-43df-81f4-47cc3abbfa1e.pdf
- Dapuetto, J. (2016). Campo disciplinar y campo profesional de la psicología médica. Enfoque biopsicosocial de la medicina: 30 años después. *Revista Médica de Uruguay*, 32(3):197-204 Recuperado de: <http://www.rmu.org.uy/revista/2016v3/art9.pdf>
- Domínguez, E. y Herrera, J. (2013). La investigación narrativa en psicología: definiciones y funciones. *Psicología del Caribe* (30)3– 620-641. Tomado el 25 de Agosto de 2018, de la base de datos Scielo.
- Echeverry, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: El caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 24 (3) 210-216. Tomado el 21 de Noviembre de 2018, de la base de datos Scielo.
- Elías, E. (2014). *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud*. Recuperado de: http://www.lugareditorial.com.ar/descargas/libros/Trabajo_producci%C3%B3n_del_cuidado_subjetividad_en_salud.pdf
- Emanuel, E. y Emanuel, L. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. *Bioética*. 109-126. Tomado el 16 de Noviembre de 2017, de la base de datos Dialnet
- Eslava, D. (2002). *La elocuencia del silencio del cuerpo. A propósito de la educación de enfermeras*. 21 (1), 62-68. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/37551>
- Facchini, M. (2004). Behavior changes in long-term treatment: Physician-patient relationship. *Medicina (Buenos Aires)*, 64 (6), 550-554. Tomado el 05 de marzo de 2018, de la base de datos Scielo.
- Ferrer, M. 2015. *La maquila de médicos: Una etnografía en la guardia del Hospital Nacional de Clínicas*. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Forellat, M. (2014). Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Revista Cubana HematolInmunolHemoter*. 30 (2)179-183. Tomado el 30 Agosto de 2018, de la base de datos Scielo.
- Franco, T. y Merhy, E. (2014). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud colectiva*. 5(2): 181-194. Tomado el 11 de Abril de 2018, de la base de datos Dialnet.

- Gastaldo D, McKeever P. (2002). Investigación cualitativa, ¿intrínsecamente ética? En: Mercado J, Gastaldo D, Calderón C, (Eds.) *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica. Métodos, análisis y ética*. (pp. 475-479). México: Universidad de Guadalajara.
- Gil, S. (2014). *Ontología de la precariedad en Judith Butler Repensar en la vida común*. Recuperado de: http://revistas.uned.es/index.php/endoxa/article/view/9313/pdf_27
- Gladwell, M. (2008). *Outliers: the story of success*. Recuperado de: http://banco.az/sites/default/files/books/outliers-the_story_of_success.pdf
- Gómez, F. (2016). La crisis de la salud en Colombia, un problema moral. *Revista colombiana salud libre 11 (1)* 48-56.
- González, C. (2016). La relación médico-paciente o el sentido humano de la praxis sanitaria. *Revista conamed21 (1)* 3-6. Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/469/766>
- González, v. (2012). Construcción de identidades en el campo médico del actual del sistema de salud colombiano: una aproximación del análisis de campo de Piere Bourdieu. *Revista facultad nacional de salud pública 30 (3)*. 338-346.
- Gorbaneff, Y., Torres, S., y Contreras, N.(2004). Anatomía de la cadena de prestación de servicios de salud en Colombia en el Régimen Contributivo. *Revista de ciencias administrativas y sociales. 23 (1)* 168-181.
- Granados S.M., Martínez L.E., Morales P., Ortiz G.R., Sandoval H., Zuluaga G (2005) Aproximación a la medicina tradicional colombiana. Una mirada al margen de la cultura occidental. *Revista Ciencias de la Salud, 3(1)* 98-106.
- Guzmán, D. (2012). *Guía de orientación Vocacional*. Bogotá: Universidad Libre.
- Hamui-Sutton, A., Grijalva, M., Paulo-Maya, A., Dorantes-Barríos, P., Sandoval-Ramírez, E., García-Téllez, S., Durán-Pérez, V., Hernández-Torres, I. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista Conamed. 20 (1)* 17-26.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. Mc Bogotá: GraeHil: Recuperado de: https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Inda, N. (2005). *La perspectiva de género en investigaciones sociales*. Recuperado de: http://graduateinstitute.ch/files/live/sites/iheid/files/sites/genre/shared/Genre_docs/2864_Actes2005/2005_03_inda.pdf
- Jimeno, M. (2016). El enfoque narrativo. Jimeno, M., Pabón, C., Varela, D., Díaz, I. (Eds.) *Etnografías contemporáneas III: las narrativas en la investigación antropológica*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

- Jovell, Navarro, Maldonado y Blancafort (2006). *Participación del Paciente: Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario*. Tomado el 23 de Mayo de 2018, de la base de datos Sciencedirect.
- Kottow, M., (2013). Pierre Bourdieu: sociología reflexiva para salud pública y su bioética. *Nuevos folios de bioética*. 12 Recuperado de: <https://revistas.uchile.cl/index.php/NFB/article/view/32848/34604>
- Lifshitz, A. (2018). El paciente y el libro. *Medicina Interna de México*. 34 (1) 4-7. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2018/mim181b.pdf>
- López, G. (2018). La salud un negocio deshumanizado. *Las dos orillas*. Recuperado de: <https://www.las2orillas.co/la-salud-un-negocio-deshumanizado/>
- Martínez, A. (2013). *¿Calidad de la atención en salud o contención de costos? El neoliberalismo en el sistema de salud colombiano*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: http://www.fedesalud.org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia.pdf
- Marton y Echazú, (2010). La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la díada madre - hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana* 5, 119-143. Tomado el 30 de Octubre de 2019 de la base de datos Redalyc.
- Mayorga, P., Roa-Bohórquez, D. y Toro, M. (2017). *Autoatención en los procesos salud y enfermedad en personas no indígenas que acuden a los servicios de medicina tradicional indígena de cota*. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Mendoza, A. (2017): La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*; 63 (4) 555 – 564. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6268328>
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud - 1988 30 de abril al 7 de mayo*. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_médico.pdf
- Merayo, A., Bravo, E, Gordon, F. (2014). *La relación entre el personal sanitario y el enfermo. La comunicación con el paciente*. Tomado el 3 de Marzo de 2018, de la base de datos Elsevier.
- Mignolo, W. (2002). *Historias locales/ diseños globales. Colonialidad, conocimientos subalternos y pensamiento fronterizo*. Carolina del Norte: Akal. Recuperado de: <http://www.ram-wan.net/restrepo/decolonial/11-mignolo-un%20paradigma%20otro.pdf>.
- Ministerio de la Protección Social. (2011). *Manual de acreditación en salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia*. Recuperado de:

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio-hospitalario.pdf>
- Ministerio de Salud (2013). *Resolución 8430 de 1993*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de salud y protección social (2012). *Glosario de acreditación en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/glosario-manual-acreditacion-salud.pdf>
- Ministerio de Salud, (2016). *Perfiles y competencias de profesionales en salud. Perspectiva de las profesiones, un aporte al cuidado de la salud, las personas, las familias y comunidades*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>
- Ministerio de salud, (2019). *Mipres*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Mipres.aspx>
- Ministerio de Salud. (2016). *Plan nacional de mejoramiento de la calidad en Salud (PNMCS)*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>
- Nigenda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S. Y Orozco-Núñez, E. (2001). *La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia*. 43 (01), 41-51 Tomado el 15 de Marzo de 2018, de la base de datos Scielo.
- Observatorio Nacional de talento humano en salud (2016). *Ministerio de salud*. Recuperado de <http://ontalentohumano.minsalud.gov.co/indicadores/Paginas/NumeroEstimadoTalentoHumanoSalud.aspx>
- Ochoa, M., Ochoa, del C. y Merchán, P. (2011). Hacia la humanización de la medicina. *Revista médica HJCA IESS*. 3(2) 197-201.
- Peña de la, M. Humanización de la medicina. *Instituto Europeo de Salud y Bienestar Social*. Recuperado de: <http://www.institutoeuropeo.es/humanizacion-de-la-medicina>
- Peña, w. (2009). La violencia simbólica como reproducción biopolítica del poder. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 9 (2) 62-75.
- Pérez, G. (1994). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. La Muralla: Madrid
- Phillips, N. & Hardy, C. (2002). *Discourse Analysis Investigating Processes of Social Construction*. London: Sage Publication Inc.

- Piña, M. (2012). La ética y la crisis de la salud en México. *Revista cubana de Salud Pública*. 38 (3), 463-470. Tomado el Mayo 25 de 2018, de la base de datos Scielo.
- Portafolio, (2018). *Por qué IPS ganan \$2,2 billones y las EPS pierden \$1,1 billones*. Recuperado de: <https://www.portafolio.co/economia/por-que-ips-ganan-2-2-billones-y-las-eps-pierden-1-1-billones-516251>
- Portilla, M., Rojas, A. y Hernández, I. (2014). *Investigación cualitativa: una reflexión desde la educación como hecho social*. Recuperado de http://revistas.udenar.edu.co/index.php/duniversitaria/article/view/2192/pdf_34
- Puello-Socarrás, J. (2015). Neoliberalismo, Antineoliberalismo y Nuevo neoliberalismo. *Episodios y trayectorias económico-políticas Suramericanas (1973-2015)*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/306351988_Neoliberalismo_Antineoliberalismo_y_Nuevo_neoliberalismo_Episodios_y_trayectorias_economico-politicas_Suramericanas_1973-2015
- Rodríguez, J. (2010). Definición de ‘Profesión médica’, ‘Profesional médico/a’ y ‘Profesionalismo médico’. *Educación médica superior* 13 (2), 63-66. Tomado el 14 de Enero de 2019, de la base de datos Scielo.
- Rosas, C., 2017. Medicina Narrativa: el paciente como “texto”, objeto y sujeto de compasión. *Acta Bioethica*. 23 (2). 351 – 359.
- Secretaria Distrital de Salud. (2007). *Informe consolidado derechos de petición sistema distrital de quejas y soluciones – SDQS a III trimestre 2017*. Recuperado de: http://www.saludcapital.gov.co/Rendicin%20de%20Cuentas/Informes%20Sistema%20Distrital%20de%20Quejas%20y%20Soluciones%20-%20SDQS/2017/Informe_PQR_SDQS_III_Trim_2017.pdf
- Solarte, M., y Ortiz, P. (2003). *Acerca de las violencias simbólicas en las relaciones intergeneracionales de adolescentes*. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/1176/1/Prospectiva%208%2Cp.203-214%2C2003.pdf>
- Soriano P. (2015). Un paciente informado, es un paciente con mejor salud: iniciativa #FFpaciente. *Revista ENE de enfermería*. 9 (3). Tomado el 15 de Abril de 2018 de la base de datos Scielo.
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Recuperado de: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- Trawny, P. (2016). También una apología discurso epocal de Max Weber: “ciencia como vocación”. *Revista de estudios culturales*. 18 1-24. Recuperado de: http://www.latorredelvirrey.es/wp-content/uploads/2016/04/Articulo_Peter-Trawny.Discurso-epocal-de-Max-Weber.pdf

- Uribe, C. y Vásquez, R. (2008). *Historias de la misericordia: Narrativas maternas de hiperactividad infantil*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Urra, E., Muñoz, A. y Peña, J. (2013). *El análisis del discurso como perspectiva metodológica para investigadores de salud*. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706313726290>
- Zambrano, M (2016). La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista cuidarte* 7 (1) 1227-1231. Tomado el 25 de Noviembre de 2017, de la base de datos Proquest.

Apéndice A
Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO CARA A

SENTIDOS IMPLICADOS EN LA CONCEPCIÓN DE PACIENTES DESDE LA PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE MEDICINA

El Posgrado de Maestría en Psicología de la Universidad El Bosque, agradece tu interés en la participación de la investigación dirigida por Angélica Franco Gamboa y realizada por Diana Roa-Bohórquez, especialista en Psicología médica y de la Salud en calidad de investigadora principal. La cual tiene como objetivo: *identificar los sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales en medicina que ejercen su labor en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y atienden pacientes de régimen contributivo y/o subsidiado*, que se realiza con el propósito de obtener el título de Magister en Psicología.

Este proyecto se desarrolla con metodología cualitativa, razón por la cual tu participación consistirá en una entrevista a profundidad inicial, que requiere ser grabada en formato de audio para posterior análisis de información y construcción de resultados. De acuerdo con la necesidad de clarificar o ampliar los datos, es posible que se requiera sesiones adicionales de entrevista, los cuales serán concretados previamente.

Todos los participantes son médicos titulados, con más de 4 años de ejercicio profesional que actualmente laboral en IPS o EPS, que aceptan voluntariamente participar, y en virtud al carácter de voluntariedad, podrás desistir de tu participación en el momento que desees sin ninguna consecuencia. Esta investigación no acarrea riesgos médicos, psicológicos o sociales, sin embargo, dado que busca identificar narrativas personales y por ende sinceridad en la información suministrada, puede que algunas preguntas generen incomodidad la cual debe ser manifestada a la investigadora.

Por tu participación no se ofrecerá ninguna retribución económica o en especie, ya que se espera que los hallazgos de esta investigación permitan complementar a un vacío de conocimiento identificado, en la que la voz del profesional de medicina sea el eje central.

Toda información será confidencial y por ningún motivo tus datos de identificación y nombre serán revelados, esta información será restringida solo para ámbitos académicos y está sujeta al Código de ética y deontología del Psicólogo Ley 1090 de 2006. Razón por la cual solo se romperá dicho pacto de confidencialidad si tu vida o integridad está en juego.

Puedes realizar todas las preguntas que tenga sobre el proyecto y si después de ser respondidas a satisfacción decides participar, debes firmar en la parte inferior de éste consentimiento informado en señal de aceptación y participación. Si a lo largo del proceso surgen preguntas adicionales, estas pueden ser manifestadas y de ser posible serán respondidas inmediatamente, si de alguna manera la respuesta a esas preguntas interfiere, sesgan o desvían la genuina información que en calidad de participante suministres, se te informará y se te dará respuesta al finalizar la entrevista.

Los resultados de esta investigación se realizarán en foro académico de estudiantes de Maestría en la Universidad El Bosque, y de querer asistir puedes solicitar recibir notificación de la fecha y hora del evento. Otra opción es solicitar resumen escrito de principales resultados. Estas dos opciones se tramitan vía correo electrónico el cual debes suministrar.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARA B**

**SENTIDOS IMPLICADOS EN LA CONCEPCIÓN DE PACIENTES DESDE LA
PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE MEDICINA**

He sido invitado(a) a participar en el proyecto *Sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales de medicina*. Entiendo que mi participación consistirá en una entrevista a profundidad inicial, que requiere ser grabada en formato de audio para posterior análisis de información y construcción de resultados. De acuerdo con la necesidad de clarificar o ampliar los datos, es posible que se requiera sesiones adicionales de entrevista, los cuales serán concretados previamente.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (2 caras).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Marque con una "X" la opción deseada:

Deseo conocer los resultados de esta investigación SI _____ NO _____

Para lo anterior:

- Deseo recibir por correo electrónico la información sobre el foro académico de estudiantes de maestría para la socialización de resultados al correo electrónico:

- Deseo recibir por correo electrónico resumen escrito de principales resultados al correo electrónico: _____

Nombre del Participante

Firma del Participante y Fecha

Diana C. Roa Bohórquez
Investigador principal

Firma del Investigador y Fecha

Nombre del Testigo (I)

Firma del Testigo (I) y Fecha

Apéndice B
Guión de entrevista

PREGUNTA	OBJETIVO 1 Conocer las narrativas de los médicos acerca de las metas de acción dirigidas a los pacientes	OBJETIVO 2 Identificar el marco institucional de producción de narrativas en los profesionales de medicina asociadas a la concepción de paciente.	OBJETIVO 3 Identificar las interpretaciones que el profesional de medicina hace sobre las metas de acción y el contexto social que orienta la intención REFLEXIVIDAD COMO ESO PERMEA LA TOMA DE UNA POSICION PROPIA, LA ESTRUCTURA DICE Y LA SEGUNDA DICE QUE HAGA	
ACTIVIDAD REVISION HISTORIAS CLINICAS DE LOS MEDICOS		X		
¿Cuáles son los títulos obtenidos por usted en su condición académica de pregrado y postgrado?				
Dónde realizaste tu carrera?		X		
Al terminar tu bachillerato cuales eran tus opciones de carrera	X			PUESTA REFLEXIVA DEL MEDICO TOMAR CONCIENCIA PLENA DE LA DISTANCIA QUE HAY ENTRE LO QUE DICE QUE HACE Y LO QUE QUIERE HACER
¿Por qué medicina?				
Qué competencias técnicas sugiere tu carrera?	X			
Qué competencias sociales sugiere carrera?	x			
Qué competencias culturales sugiere carrera?	X			
Cuándo optó por determinadas opciones de formación, es decir cuando escogiste el plan curricular de la universidad, porque lo hizo?			X	
Por qué elegir una universidad privada y no publica?		X		PRIMER ORDEN DICE O REVELA QUE LA INSTITUCION QUE LE MEDICO
Retomando el porqué estudio medicina, que propósito tenía cuando realizó el pregrado y el postgrado (cuál era la meta al estudiar medicina)	X			
¿ Cuándoy en dónde empezó inicio tu labor profesional?		X		
¿Dónde trabajas actualmente?		X		
¿Quienes son las personas que atiendes?	X			
Consideras que hay clases de pacientes	X			
Que distingue a un paciente de otro	X			
Crees que tu lugar de trabajo clasifica de alguna manera a los paciente (no triage)		X		
Crees que la academia clasifica a los pacientes que vas a atender en tu labor profesional		X		
La formación académica que recibiste te ha permitido acercarte a las metas respecto a tu labor, las metas respecto al paciente que atiendes	X		X	1-3 las metas orientadas al paciente desde la institución hacia el paciente- como el médico filtra la producción objetiva de condición de médico. Modos de hacer y reproducir un fenómeno.
Tus intenciones han entrado en conflicto con las de la institución que laboras (si, no, porque)			X	
Su experiencia laboral o el entorno laboral te ha permitido acercarte a esas metas	X	X	X	
Consideras que hubo elementos de tu formación académica que te distanciaran de esa meta		X	X	
Consideras que hay elementos de tu contexto laboral que te distancien de esa meta		X	X	
Podrías describirme cómo tu saber hacer te permite lograr o alcanzar esa meta y esos propósitos que te trazaste		X		
Has tenido la experiencia de ser paciente			X	
Cómo fue esa experiencia, en que circunstancia, donde te atendieron, que recuerdas de positivo y que no lo fue			X	
Desde esa experiencia personal... qué percibiste del médico que te atendió, del hospital que te acogió?			X	
Que identificó en el que pueda ser similar o diferente de usted como médico respecto a la atención tuya como paciente	X			
Cuál ha sido la situación más desafiante a lo largo de su ejercicio profesional	X			

Que ha desafiado su capacidad de respuesta y no ha tenido una resolución ajustada a sus expectativas			X	
Como define la ley el concepto del paciente (PONER LA DEFINICION)	X			
Que piensas de la definición	X			
Cuál consideras que es la función del paciente en tu profesión	x		x	
Quiero que piense en tres momentos academia, recién egresado y actual situación laboral, cree que los pensamientos, ideas y sentimientos que tenía de los pacientes ¿ha cambiado? Y de ser así como ha cambiado?	X			
Háblame de una relación exitosa con un paciente	X	X	X	
A qué atribuyes el éxito			X	
Háblame de una relación no exitosa con el paciente	X		X	
A qué atribuyes ese no éxito- Qué hiciste - Cómo lo manejaste			X	
Fue posible comprender a ese paciente exitoso	X		X	
Que hiciste para comprenderlo	X		X	
Como manejas un paciente difícil	X			
Cuáles son los pacientes más difíciles que tienes	X		X	
Te es posible comprender a ese paciente difícil	X		X	
Qué tipo de conversaciones evitas con tu paciente	X		X	
Que consideras que es lo más difícil de sostener ese tipo de conversaciones			X	
De acuerdo con esos pacientes exitosos, poco éxitos y de esas conversaciones que no te gustan tanto. Cuáles consideras que fueron las herramientas que te dio la academia para sortearlas		X		
Eso que aprendiste en la universidad como lo aprendiste? ¿Qué tuviste que hacer para aprenderlo?		X		
Algo que hubieras esperado de la academia para sortear esas situaciones, y que las piensa o has pensado en el desarrollo de tu labor		X		
Tu entorno laboral te ha brindado herramientas para sortear esas situaciones		X		
Qué es una intervención idónea			X	
Cómo cree usted que debería llevarse a cabo una intervención idónea			X	
Qué mecanismos de verificación utiliza para asegurar que esa intervención fue idónea			X	

Apéndice C

Consentimientos informados de las participantes

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARA A**

**SENTIDOS IMPLICADOS EN LA CONCEPCIÓN DE PACIENTES DESDE LA
PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE MEDICINA**

El Posgrado de Maestría en Psicología de la Universidad El Bosque, agradece tu interés en la participación de la investigación dirigida por Angélica Franco Gamboa y realizada por Diana Roa-Bohórquez, especialista en Psicología médica y de la Salud en calidad de investigadora principal. La cual tiene como objetivo: *identificar los sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales en medicina que ejercen su labor en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y atienden pacientes de régimen contributivo y/o subsidiado*, que se realiza con el propósito de obtener el título de Magister en Psicología.

Este proyecto se desarrolla con metodología cualitativa, razón por la cual tu participación consistirá en una entrevista a profundidad inicial, que requiere ser grabada en formato de audio para posterior análisis de información y construcción de resultados. De acuerdo con la necesidad de clarificar o ampliar los datos, es posible que se requiera sesiones adicionales de entrevista, los cuales serán concretados previamente.

Todos los participantes son médicos titulados, con más de 4 años de ejercicio profesional que actualmente laboral en IPS o EPS, que aceptan voluntariamente participar, y en virtud al carácter de voluntariedad, podrás desistir de tu participación en el momento que desees sin ninguna consecuencia. Esta investigación no acarrea riesgos médicos, psicológicos o sociales, sin embargo, dado que busca identificar narrativas personales y por ende sinceridad en la información suministrada, puede que algunas preguntas generen incomodidad la cual debe ser manifestada a la investigadora.

Por tu participación no se ofrecerá ninguna retribución económica o en especie, ya que se espera que los hallazgos de esta investigación permitan complementar a un vacío de conocimiento identificado, en la que la voz del profesional de medicina sea el eje central.

Toda información será confidencial y por ningún motivo tus datos de identificación y nombre serán revelados, esta información será restringida solo para ámbitos académicos y está sujeta al Código de ética y deontología del Psicólogo Ley 1090 de 2006. Razón por la cual solo se romperá dicho pacto de confidencialidad si tu vida o integridad está en juego.

Puedes realizar todas las preguntas que tenga sobre el proyecto y si después de ser respondidas a satisfacción decides participar, debes firmar en la parte inferior de éste consentimiento informado en señal de aceptación y participación. Si a lo largo del proceso surgen preguntas adicionales, estas pueden ser manifestadas y de ser posible serán respondidas inmediatamente, si de alguna manera la respuesta a esas preguntas interfiere, sesgan o desvían la genuina información que en calidad de participante suministres, se te informará y se te dará respuesta al finalizar la entrevista.

Los resultados de esta investigación se realizarán en foro académico de estudiantes de Maestría en la Universidad El Bosque, y de querer asistir puedes solicitar recibir notificación de la fecha y hora del evento. Otra opción es solicitar resumen escrito de principales resultados. Estas dos opciones se tramitan vía correo electrónico el cual debes suministrar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARA B

SENTIDOS IMPLICADOS EN LA CONCEPCIÓN DE PACIENTES DESDE LA
PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE MEDICINA

He sido invitado(a) a participar en el proyecto *Sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales de medicina*. Entiendo que mi participación consistirá en una entrevista a profundidad inicial, que requiere ser grabada en formato de audio para posterior análisis de información y construcción de resultados. De acuerdo con la necesidad de clarificar o ampliar los datos, es posible que se requiera sesiones adicionales de entrevista, los cuales serán concretados previamente.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (2 caras).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Marque con una "X" la opción deseada:

Deseo conocer los resultados de esta investigación SI NO

Para lo anterior:

- Deseo recibir por correo electrónico la información sobre el foro académico de estudiantes de maestría para la socialización de resultados al correo electrónico: _____
- Deseo recibir por correo electrónico resumen escrito de principales resultados al correo electrónico: _____

Nombre del Participante

Rodriguez

Firma del Participante y Fecha

16-Oct-2018

Diana C. Roa Bohórquez
Investigador principal

Firma del Investigador y Fecha

16/oct/2018

Nombre del Testigo (I)

ua

Firma del Testigo (I) y Fecha

ua

CONSENTIMIENTO INFORMADO CARA A

SENTIDOS IMPLICADOS EN LA CONCEPCIÓN DE PACIENTES DESDE LA PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE MEDICINA

El Posgrado de Maestría en Psicología de la Universidad El Bosque, agradece tu interés en la participación de la investigación dirigida por Angélica Franco Gamboa y realizada por Diana Roa-Bohórquez, especialista en Psicología médica y de la Salud en calidad de investigadora principal. La cual tiene como objetivo: *identificar los sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales en medicina que ejercen su labor en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y atienden pacientes de régimen contributivo y/o subsidiado*, que se realiza con el propósito de obtener el título de Magister en Psicología.

Este proyecto se desarrolla con metodología cualitativa, razón por la cual tu participación consistirá en una entrevista a profundidad inicial, que requiere ser grabada en formato de audio para posterior análisis de información y construcción de resultados. De acuerdo con la necesidad de clarificar o ampliar los datos, es posible que se requiera sesiones adicionales de entrevista, los cuales serán concretados previamente.

Todos los participantes son médicos titulados, con más de 4 años de ejercicio profesional que actualmente laboral en IPS o EPS, que aceptan voluntariamente participar, y en virtud al carácter de voluntariedad, podrás desistir de tu participación en el momento que desees sin ninguna consecuencia. Esta investigación no acarrea riesgos médicos, psicológicos o sociales, sin embargo, dado que busca identificar narrativas personales y por ende sinceridad en la información suministrada, puede que algunas preguntas generen incomodidad la cual debe ser manifestada a la investigadora.

Por tu participación no se ofrecerá ninguna retribución económica o en especie, ya que se espera que los hallazgos de esta investigación permitan complementar a un vacío de conocimiento identificado, en la que la voz del profesional de medicina sea el eje central.

Toda información será confidencial y por ningún motivo tus datos de identificación y nombre serán revelados, esta información será restringida solo para ámbitos académicos y está sujeta al Código de ética y deontología del Psicólogo Ley 1090 de 2006. Razón por la cual solo se romperá dicho pacto de confidencialidad si tu vida o integridad está en juego.

Puedes realizar todas las preguntas que tenga sobre el proyecto y si después de ser respondidas a satisfacción decides participar, debes firmar en la parte inferior de éste consentimiento informado en señal de aceptación y participación. Si a lo largo del proceso surgen preguntas adicionales, estas pueden ser manifestadas y de ser posible serán respondidas inmediatamente, si de alguna manera la respuesta a esas preguntas interfiere, sesgan o desvían la genuina información que en calidad de participante suministres, se te informará y se te dará respuesta al finalizar la entrevista.

Los resultados de esta investigación se realizarán en foro académico de estudiantes de Maestría en la Universidad El Bosque, y de querer asistir puedes solicitar recibir notificación de la fecha y hora del evento. Otra opción es solicitar resumen escrito de principales resultados. Estas dos opciones se tramitan vía correo electrónico el cual debes suministrar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARA B

SENTIDOS IMPLICADOS EN LA CONCEPCIÓN DE PACIENTES DESDE LA
PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE MEDICINA

He sido invitado(a) a participar en el proyecto *Sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales de medicina*. Entiendo que mi participación consistirá en una entrevista a profundidad inicial, que requiere ser grabada en formato de audio para posterior análisis de información y construcción de resultados. De acuerdo con la necesidad de clarificar o ampliar los datos, es posible que se requiera sesiones adicionales de entrevista, los cuales serán concretados previamente.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (2 caras).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Marque con una "X" la opción deseada:

Deseo conocer los resultados de esta investigación SI NO

Para lo anterior:

- Deseo recibir por correo electrónico la información sobre el foro académico de estudiantes de maestría para la socialización de resultados al correo electrónico: _____
- Deseo recibir por correo electrónico resumen escrito de principales resultados al correo electrónico:

Nombre del Participante _____

Firma del Participante y Fecha _____

Diana C. Roa Bohórquez
Investigador principal

Firma del Investigador y Fecha

20/11/18

Nombre del Testigo (I)

Firma del Testigo (I) y Fecha

N/a

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARA A**

**SENTIDOS IMPLICADOS EN LA CONCEPCIÓN DE PACIENTES DESDE LA
PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE MEDICINA**

El Posgrado de Maestría en Psicología de la Universidad El Bosque, agradece tu interés en la participación de la investigación dirigida por Angélica Franco Gamboa y realizada por Diana Roa-Bohórquez, especialista en Psicología médica y de la Salud en calidad de investigadora principal. La cual tiene como objetivo: *identificar los sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales en medicina que ejercen su labor en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y atienden pacientes de régimen contributivo y/o subsidiado*, que se realiza con el propósito de obtener el título de Magister en Psicología.

Este proyecto se desarrolla con metodología cualitativa, razón por la cual tu participación consistirá en una entrevista a profundidad inicial, que requiere ser grabada en formato de audio para posterior análisis de información y construcción de resultados. De acuerdo con la necesidad de clarificar o ampliar los datos, es posible que se requiera sesiones adicionales de entrevista, los cuales serán concretados previamente.

Todos los participantes son médicos titulados, con más de 4 años de ejercicio profesional que actualmente laboral en IPS o EPS, que aceptan voluntariamente participar, y en virtud al carácter de voluntariedad, podrás desistir de tu participación en el momento que desees sin ninguna consecuencia. Esta investigación no acarrea riesgos médicos, psicológicos o sociales, sin embargo, dado que busca identificar narrativas personales y por ende sinceridad en la información suministrada, puede que algunas preguntas generen incomodidad la cual debe ser manifestada a la investigadora.

Por tu participación no se ofrecerá ninguna retribución económica o en especie, ya que se espera que los hallazgos de esta investigación permitan complementar a un vacío de conocimiento identificado, en la que la voz del profesional de medicina sea el eje central.

Toda información será confidencial y por ningún motivo tus datos de identificación y nombre serán revelados, esta información será restringida solo para ámbitos académicos y está sujeta al Código de ética y deontología del Psicólogo Ley 1090 de 2006. Razón por la cual solo se romperá dicho pacto de confidencialidad si tu vida o integridad está en juego.

Puedes realizar todas las preguntas que tenga sobre el proyecto y si después de ser respondidas a satisfacción decides participar, debes firmar en la parte inferior de éste consentimiento informado en señal de aceptación y participación. Si a lo largo del proceso surgen preguntas adicionales, estas pueden ser manifestadas y de ser posible serán respondidas inmediatamente, si de alguna manera la respuesta a esas preguntas interfiere, sesgan o desvían la genuina información que en calidad de participante suministres, se te informará y se te dará respuesta al finalizar la entrevista.

Los resultados de esta investigación se realizarán en foro académico de estudiantes de Maestría en la Universidad El Bosque, y de querer asistir puedes solicitar recibir notificación de la fecha y hora del evento. Otra opción es solicitar resumen escrito de principales resultados. Estas dos opciones se tramitan vía correo electrónico el cual debes suministrar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARA B

SENTIDOS IMPLICADOS EN LA CONCEPCIÓN DE PACIENTES DESDE LA
PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE MEDICINA

He sido invitado(a) a participar en el proyecto *Sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales de medicina*. Entiendo que mi participación consistirá en una entrevista a profundidad inicial, que requiere ser grabada en formato de audio para posterior análisis de información y construcción de resultados. De acuerdo con la necesidad de clarificar o ampliar los datos, es posible que se requiera sesiones adicionales de entrevista, los cuales serán concretados previamente.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (2 caras).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Marque con una "X" la opción deseada:

Deseo conocer los resultados de esta investigación SI NO

Para lo anterior:

- Deseo recibir por correo electrónico la información sobre el foro académico de estudiantes de maestría para la socialización de resultados al correo electrónico:
- Deseo recibir por correo electrónico resumen escrito de principales resultados al correo electrónico: _____

Nombre del Participante

Firma del Participante y Fecha 17/09/2018

Diana C. Roa Bohórquez
Investigador principal

Firma del Investigador y Fecha

Nombre del Testigo (I)

Firma del Testigo (I) y Fecha

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARA A**

**SENTIDOS IMPLICADOS EN LA CONCEPCIÓN DE PACIENTES DESDE LA
PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE MEDICINA**

El Posgrado de Maestría en Psicología de la Universidad El Bosque, agradece tu interés en la participación de la investigación dirigida por Angélica Franco Gamboa y realizada por Diana Roa-Bohórquez, especialista en Psicología médica y de la Salud en calidad de investigadora principal. La cual tiene como objetivo: *identificar los sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales en medicina que ejercen su labor en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS y atienden pacientes de régimen contributivo y/o subsidiado*, que se realiza con el propósito de obtener el título de Magister en Psicología.

Este proyecto se desarrolla con metodología cualitativa, razón por la cual tu participación consistirá en una entrevista a profundidad inicial, que requiere ser grabada en formato de audio para posterior análisis de información y construcción de resultados. De acuerdo con la necesidad de clarificar o ampliar los datos, es posible que se requiera sesiones adicionales de entrevista, los cuales serán concretados previamente.

Todos los participantes son médicos titulados, con más de 4 años de ejercicio profesional que actualmente laboral en IPS o EPS, que aceptan voluntariamente participar, y en virtud al carácter de voluntariedad, podrás desistir de tu participación en el momento que desees sin ninguna consecuencia. Esta investigación no acarrea riesgos médicos, psicológicos o sociales, sin embargo, dado que busca identificar narrativas personales y por ende sinceridad en la información suministrada, puede que algunas preguntas generen incomodidad la cual debe ser manifestada a la investigadora.

Por tu participación no se ofrecerá ninguna retribución económica o en especie, ya que se espera que los hallazgos de esta investigación permitan complementar a un vacío de conocimiento identificado, en la que la voz del profesional de medicina sea el eje central.

Toda información será confidencial y por ningún motivo tus datos de identificación y nombre serán revelados, esta información será restringida solo para ámbitos académicos y está sujeta al Código de ética y deontología del Psicólogo Ley 1090 de 2006. Razón por la cual solo se romperá dicho pacto de confidencialidad si tu vida o integridad está en juego.

Puedes realizar todas las preguntas que tenga sobre el proyecto y si después de ser respondidas a satisfacción decides participar, debes firmar en la parte inferior de éste consentimiento informado en señal de aceptación y participación. Si a lo largo del proceso surgen preguntas adicionales, estas pueden ser manifestadas y de ser posible serán respondidas inmediatamente, si de alguna manera la respuesta a esas preguntas interfiere, sesgan o desvían la genuina información que en calidad de participante suministres, se te informará y se te dará respuesta al finalizar la entrevista.

Los resultados de esta investigación se realizarán en foro académico de estudiantes de Maestría en la Universidad El Bosque, y de querer asistir puedes solicitar recibir notificación de la fecha y hora del evento. Otra opción es solicitar resumen escrito de principales resultados. Estas dos opciones se tramitan vía correo electrónico el cual debes suministrar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO
CARA B

SENTIDOS IMPLICADOS EN LA CONCEPCIÓN DE PACIENTES DESDE LA
PERSPECTIVA DE PROFESIONALES DE MEDICINA

He sido invitado(a) a participar en el proyecto *Sentidos implicados en la concepción de pacientes desde la perspectiva de profesionales de medicina*. Entiendo que mi participación consistirá en una entrevista a profundidad inicial, que requiere ser grabada en formato de audio para posterior análisis de información y construcción de resultados. De acuerdo con la necesidad de clarificar o ampliar los datos, es posible que se requiera sesiones adicionales de entrevista, los cuales serán concretados previamente.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia del mismo (2 caras).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Marque con una "X" la opción deseada:

Deseo conocer los resultados de esta investigación SI NO

Para lo anterior:

- Deseo recibir por correo electrónico la información sobre el foro académico de estudiantes de maestría para la socialización de resultados al correo electrónico:
- Deseo recibir por correo electrónico resumen escrito de principales resultados al correo electrónico: _____

Nombre del Participante

Firma del Participante y Fecha

Diana C. Roa Bohórquez
Investigador principal

Firma del investigador y fecha

Nombre del Testigo (I)

Firma del Testigo (I) y Fecha

Apéndice D

Tablas de codificación y niveles de fundamentación

Tabla A

Relación de códigos emergentes de codificación abierta y nivel fundamentación

Código	Fundamentación
¿Por qué medicina?, ¿Por qué esa universidad?	6
Competencias técnicas comunicativas con todos los actores.	6
El horizonte de las médicas es servir.	7
El entorno de las médicas, es exigente, terrible, ofensivo.	9
La formación no te enseña a tratar pacientes eso lo da la experiencia.	9
Un paciente fácil sigue las indicaciones, hace lo que uno dice.	9
Cuando soy paciente quedo a la merced de lo que quieran hacer.	10
Las instituciones de salud dan lineamientos sobre cómo tratar al paciente.	10
De la profesional se espera que sea una persona cálida, compasiva y amable.	11
El paciente difícil no acata ninguna indicación, hay gritos, grosería, la gente es supremamente grosera.	11
El medico tiene que hacer las cosas con el menor número de recursos.	12
De la profesional se espera que sea una persona cálida, compasiva y amable	16
Hegemonía, educación, pobreza, etnicidad y los pacientes que atiende.	20

Tabla B.

Relación de códigos emergentes de codificación axial y nivel fundamentación

Código	Fundamentación
El horizonte de las médicas es servir.	7
El entorno de las médicas, es exigente, terrible, ofensivo.	9
Un paciente fácil sigue las indicaciones, hace lo que uno dice.	9
Cuando soy paciente quedo a la merced de lo que quieran hacer.	10
El paciente difícil no acata ninguna indicación, hay gritos, grosería, la gente es supremamente grosera.	11
Lo contratan a uno para que atiendan y ya, le importa cinco si tu estas bien.	12
La formación no te enseña a tratar pacientes eso lo da la experiencia.	15
De la profesional se espera que sea una persona cálida, compasiva y amable	16
Idea de ser humano: patología y edad.	20
Las instituciones de salud dan lineamientos sobre cómo tratar al paciente. El médico tiene que hacer las cosas con el menor número de recursos.	21

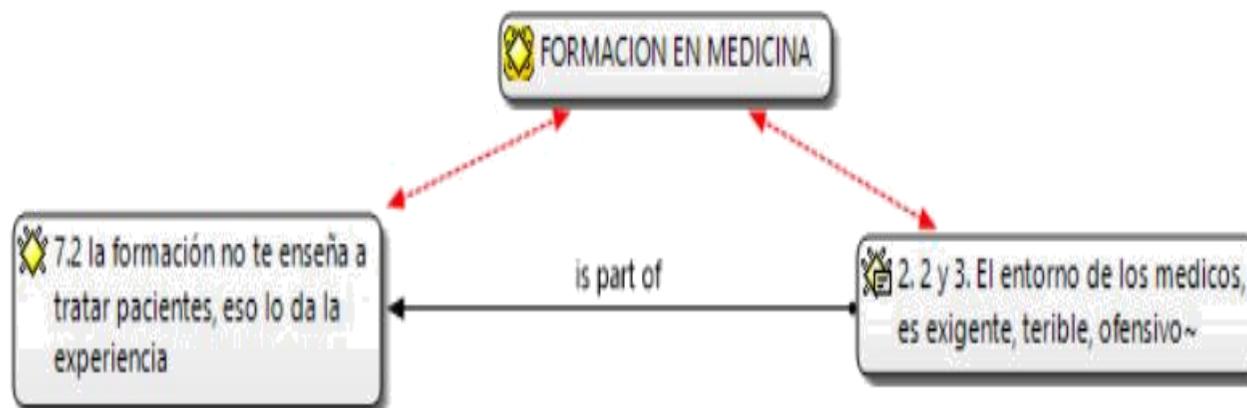
Apéndice E

Redes semánticas de categorías emergentes en codificación selectiva

Tabla A.
Relación de categorías emergentes de codificación selectiva y códigos que las fundamentan.

Categoría	Códigos que fundamentan la categoría
Formación en medicina	<ul style="list-style-type: none"> • La formación no te enseña a tratar pacientes eso lo da la experiencia. • El entorno de las médicas, es exigente, terrible, ofensivo.
Narrativas sobre la persona atendida: de la humanización a la fragmentación e infantilización del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • El horizonte de las médicas es servir. • De la profesional se espera que sea una persona cálida, compasiva y amable. • Las instituciones de salud dan lineamientos sobre cómo tratar al paciente. El médico tiene que hacer las cosas con el menor número de recursos. • Cuando soy paciente quedo a la merced de lo que quieran hacer. • El paciente difícil no acata ninguna indicación, hay gritos, grosería, la gente es supremamente grosera. • Un paciente fácil sigue las indicaciones, hace lo que uno dice. • Idea de ser humano: patología y edad.
Instituciones en las que se ejerce la medicina	<ul style="list-style-type: none"> • Las instituciones de salud dan lineamientos sobre cómo tratar al paciente. El medico tiene que hacer las cosas con el menor número de recursos. • Lo contratan a uno para que atiendan y ya, le importa cinco si tu estas bien. • El paciente difícil no acata ninguna indicación, hay gritos, grosería, la gente es supremamente grosera.
Interpretaciones del médico: “Pasar del top de la pirámide cultural a hacer el trabajo brusco y burdo”	<ul style="list-style-type: none"> • Las instituciones de salud dan lineamientos sobre cómo tratar al paciente. El medico tiene que hacer las cosas con el menor número de recursos. • Lo contratan a uno para que atiendan y ya, le importa cinco si tu estas bien. • El paciente difícil no acata ninguna indicación, hay gritos, grosería, la gente es supremamente grosera. • La formación no te enseña a tratar pacientes eso lo da la experiencia. • El entorno de las médicas, es exigente, terrible, ofensivo.
Violencia simbólica: la naturalización de los “mini maltratos”	<ul style="list-style-type: none"> • La formación no te enseña a tratar pacientes eso lo da la experiencia. • El entorno de las médicas, es exigente, terrible, ofensivo. • Las instituciones de salud dan lineamientos sobre cómo tratar al paciente. El medico tiene que hacer las cosas con el menor número de recursos. • Lo contratan a uno para que atiendan y ya, le importa cinco si tu estas bien.

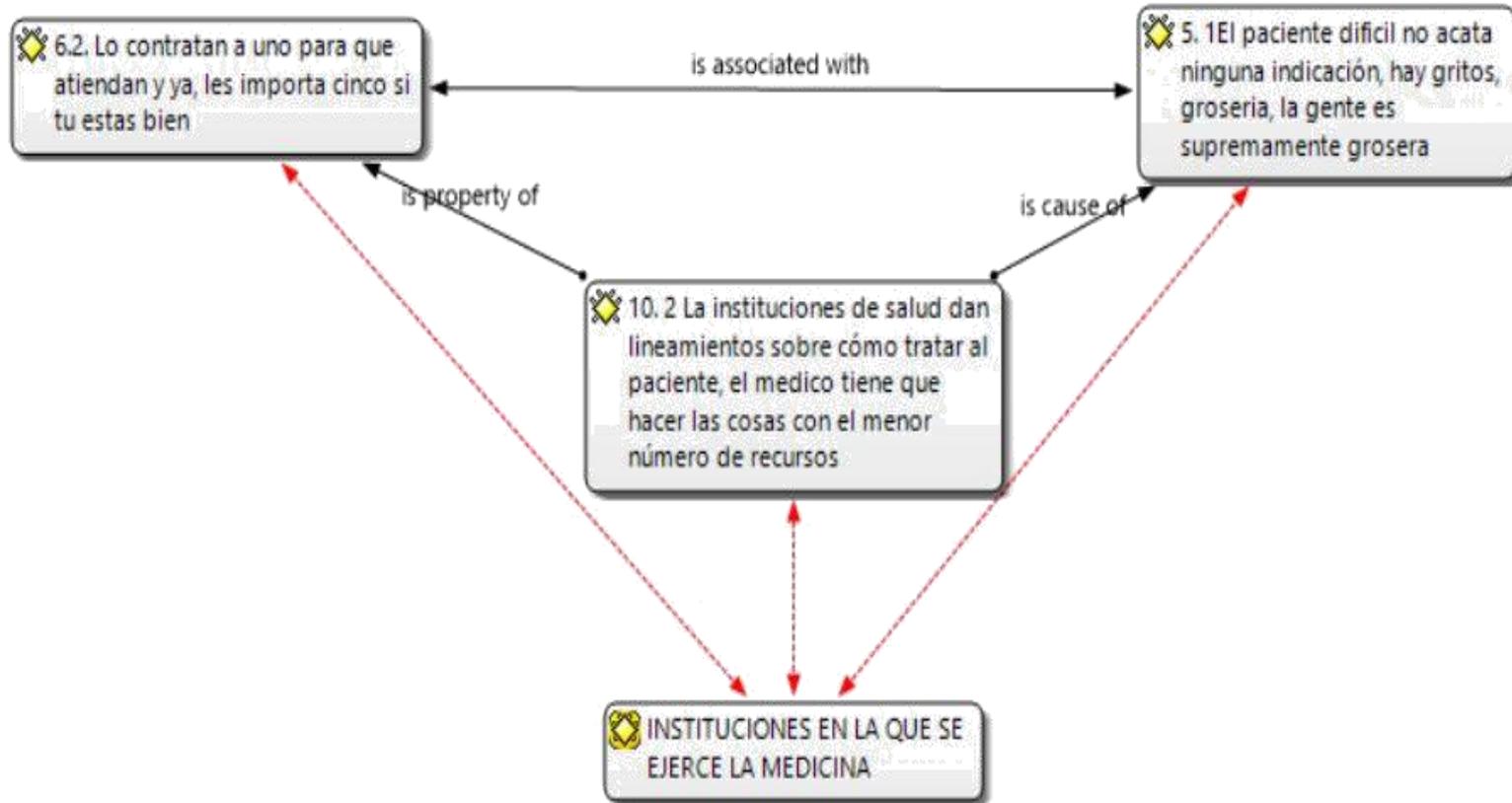
RED SEMÁNTICA “FORMACIÓN EN MEDICINA”



RED SEMÁNTICA “NARRATIVAS SOBRE EL PACIENTE”



RED SEMÁNTICA “INSTITUCIONES EN QUE SE EJERCE LA MEDICINA”



**RED SEMÁNTICA “INTERPRETACIONES DEL MEDICO:
PASAR DEL “TOP DE LA PIRAMIDE CULTURAL” A “HACER EL TRABAJO BRUSCO Y BURDO”**



RED SEMÁNTICA VIOLENCIA SIMBOLICA: LA NORMALIZACION DE LOS “MINIMALTRATOS”

