

LAS PERCEPCIONES SOBRE LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE CHIAPAS[§]

Julio Félix Álvarez Gordillo*
Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo**

RESUMEN: Con el objetivo de analizar las percepciones de los médicos sobre su práctica médica y los pacientes en la Región Fronteriza del estado de Chiapas, en el Sureste de México, se realizó un estudio cualitativo a través de entrevistas en profundidad a médicos, con énfasis en la pertinencia de la formación médica universitaria y la relación médico-paciente, las cuales se ven reflejadas en la práctica, como resultado de factores individuales, experiencias, emociones y el contexto de trabajo. De acuerdo con la información obtenida, lo más importante para los médicos fueron los factores fisio-biológicos de la enfermedad y no los enfermos, ni su contexto.

PALABRAS CLAVE. Relación médico-paciente, comunicación, educación superior, profesión, región fronteriza de Chiapas.

INTRODUCCIÓN

Las políticas educativas del nivel superior deberían dar respuesta a las problemáticas socio-económicas y culturales para orientar sus objetivos con fundamento en las necesidades de la sociedad. Una demanda de la sociedad es la atención en salud, para lo cual se requiere

[§] Investigación financiada por el Sistema de Investigación Benito Juárez, Oaxaca, Oaxaca, México.

* Maestro en Educación Superior, Universidad Autónoma de Chiapas. Labora en la Secretaría de Educación Pública, en Comitán, Chiapas. Correo electrónico: xilef59@hotmail.com

** Doctora en Ciencias Biológicas y de la Salud. Investigadora de El Colegio de la Frontera Sur. Correo electrónico: galvarez@ecosur.mx

una sólida e íntegra formación del personal de salud. La carrera de medicina muchas veces se limita a la ciencia positiva, al denominado “médico-centrismo”, al margen del individuo y el contexto. En muchas ocasiones, la atención de los problemas que se presentan al médico en diferentes contextos socio-culturales implica un aprendizaje durante la práctica profesional, ya fuera de la universidad y empíricamente.

La desmesurada aglomeración de pacientes, el ejercicio burocratizado de la medicina, la súper especialización, el uso excesivo de recursos tecnológicos, el olvido de los factores psíquicos en la génesis de la enfermedad y quizá otras causas, han propiciado la aparición de un problema particularmente grave: la deshumanización de la profesión médica, nombre que se ha convertido en lugar común y que expresa la mengua de los valores humanos en el manejo del enfermo, revelando al mismo tiempo la pérdida de la relación personal médico-paciente, elemento esencial en el ejercicio de la profesión. Ocurre que muchos médicos ponen todo su interés en el reconocimiento y tratamiento de las manifestaciones objetivas de la enfermedad, a las cuales ven como las únicas significativas y no prestan la atención debida a la subjetividad, es decir, a la experiencia interna de sus pacientes como personas. A muchos les parecen triviales las reacciones personales y las interpretaciones que los pacientes hacen de sus síntomas. Sin embargo, estas reacciones e interpretaciones, insertas en el nexos familiar y cultural, juegan un papel decisivo en la iniciación, el curso y el desenlace de muchas acciones médicas (Hernández, 1998: 86).

La formación profesional induce a los médicos a ver enfermedades y no personas. La persona objeto del sufrimiento es representada como el lugar de la enfermedad más que como un agente narrativo. El paciente es formulado como un proyecto médico, y dada la extrema presión del tiempo, la atención de casos es diseñada para excluir todo, excepto las que podrían ser ayudas para el diagnóstico y la decisión del tratamiento (Good, 1994: 65). Tales planteamientos llevan a preguntar: *¿cuál es la percepción que tienen los médicos acerca de su práctica profesional y los pacientes?*

La relación médico-paciente es la base de una adecuada terapia en cualquier enfermedad. Las percepciones y prácticas de los enfermos acerca de los padecimientos, y de la atención brindada por los

servicios de salud, varían de acuerdo con el contexto social y la historia personal ante la búsqueda de atención médica. Estos actores, el médico y el paciente interactúan en un proceso que puede evolucionar al éxito o al fracaso de la terapia.

Por tanto, el objetivo de la investigación fue analizar las percepciones que tienen los médicos de la Jurisdicción Sanitaria III en la Región Fronteriza acerca de la práctica médica y su relación con la formación profesional, para detectar las diferencias de acuerdo con los diversos contextos sociales y culturales.

También pretendemos acercarnos a la comprensión y el significado del proceder médico, generando conocimientos que apoyen a los programas de educación superior en medicina, a la capacitación médica continua y a la práctica profesional que incida en una mejor calidad de la atención a la salud.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio cualitativo a través de entrevistas individuales en profundidad, que consistieron en reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, orientados a la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Fueron entrevistas flexibles, dinámicas, no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas. Siguieron el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas (García *et. al.*, 1995: 8; Bisquerra, 2000: 106).

Las percepciones, traducidas en el currículo del médico, tienen influencia directa en las formas de relación con el paciente, que inciden en el éxito o no de un tratamiento específico. Una de las causas o explicaciones es que la formación profesional enfatiza el reconocimiento y tratamiento de las manifestaciones objetivas de la enfermedad, asignando un papel secundario a los factores ético-filosóficos, humanísticos y el contexto en que intervienen.

Contexto y sujetos participantes

La Región Fronteriza de Chiapas está compuesta por 9 municipios: Tzimol, Comitán, Frontera Comalapa, Las Margaritas, Chicomuselo, La Independencia, Socoltenango, La Trinitaria y Maravilla Tenejapa, de los cuales 4 están ubicados a lo largo de la frontera con Guatemala. Para esta investigación, se incluyeron médicos de unidades de salud de 5 municipios, que concentran información en la Jurisdicción Sanitaria III con sede en la ciudad de Comitán, cabecera municipal del mismo municipio, con una población de 121,263 habitantes (58,237 hombres y 63,026 mujeres), de quienes el 66.83% son residentes de áreas urbanas y 33.17% de áreas rurales (SHGCH, 2006). En la región se cuenta con un Hospital General de segundo nivel de la Secretaría de Salud (ss) y una Clínica-Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), una Clínica Hospital del Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas, adonde se remiten los enfermos con complicaciones que no es posible resolver en las unidades de salud de los 9 municipios de la Región y otros 17 municipios colindantes (Jurisdicción Sanitaria III, 2010).

De la Región Fronteriza, participaron 13 médicos que se eligieron a partir de un muestreo intencionado por su accesibilidad y número de pacientes que atendieron en los centros de salud durante el 2002, en las cabeceras municipales de Las Margaritas, La Trinitaria, La Independencia, Comitán y Tzimol. Por institución, 9 fueron de la ss y 4 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); 7 hombres, 6 mujeres; 5 médicos pasantes. Con la finalidad de comparar las percepciones y experiencias que tienen cambios a través del tiempo, se incluyeron médicos de pregrado que recientemente terminaron sus estudios de medicina y médicos con diferentes tiempos de experiencia profesional.

Instrumentos de investigación

Al inicio del estudio se aplicó a los médicos un cuestionario de datos generales y laborales con preguntas abiertas y cerradas, diseñado por los investigadores para conocer algunas características generales de

los médicos y sus antecedentes profesionales. Se incluyeron variables como: nombre, domicilio particular, distancia entre su domicilio y el centro de trabajo, lugar de origen, sueldo y carga laboral.

Se realizaron entrevistas en profundidad, con base en una guía de entrevista previamente elaborada por el propio investigador con preguntas abiertas a partir de las categorías de formación profesional, práctica profesional, percepciones acerca del paciente (García *et. al.*, 1995: 8; Bisquerra, 2000: 106). El tiempo de duración por entrevista fue de una a dos horas.

Cada entrevista fue grabada, previa autorización del médico entrevistado; en seguida se hizo la transcripción completa de las entrevistas y se procedió a leerlas en repetidas ocasiones, subrayando las ideas centrales, anotando observaciones que permitieron identificar ideas que corresponden a las categorías e indicadores para su análisis. Las citas textuales fueron capturadas en una base de datos del Programa de cómputo Excel, versión 5, y reorganizadas según las categorías del currículo de los conocimientos personales de los médicos descritas por Novack y colaboradores (1997: 502).

Procedimiento

Durante el trabajo de campo se entrevistaron en profundidad a 13 médicos con promedio de edad de 36 años, 10 de ellos con licenciatura y 3 con alguna especialidad.

Las entrevistas se realizaron en las propias clínicas, en horario laboral, acordando realizarla cuando no llegaran pacientes que atender, normalmente después de las dos de la tarde. Previamente a la entrevista se pidió consentimiento para grabarla y se mencionó la finalidad de la investigación, así como la discreción con que se trataría la información. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas por completo, en busca de categorías generales descriptivas que pudieran dar orden al análisis de los datos. Las entrevistas en profundidad se realizaron en el período comprendido entre enero y julio de 2002. Después de cada grabación, se procedió inmediatamente a la transcripción textual para no perder los detalles del contexto en que se realizaron las entrevistas.

HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

Descripción general

Los resultados de las entrevistas en profundidad se presentan a continuación con base en los puntos relevantes que tienen influencia en el trabajo médico cotidiano y en la percepción de sus pacientes y sus compañeros médicos, estos puntos se retomaron como ejes para las categorías de análisis. Se abordan las creencias y actitudes de los médicos, y también la filosofía personal, las influencias de origen familiar y las influencias socioculturales. De la respuesta a sentimientos y emociones de los médicos en los cuidados de los pacientes se incluyen: el amor, el cariño, la atracción y los conflictos; de las situaciones clínicas cambiantes: las dificultades con los pacientes y los errores médicos; del autocuidado médico, se abordó el balance entre la vida personal y profesional, así como la prevención y manejo del *stress* (Novack *et. al.*, 1997: 502).

La descripción y el análisis de cada categoría se presentan primeramente de forma cualitativa, incluyendo la interpretación y análisis del investigador, con algunas de las citas textuales de los informantes, elegidas con base en su representatividad del discurso de los demás informantes. En seguida se presentan algunas explicaciones e interpretaciones teóricas que pretenden articular este estudio en una discusión.

En esta investigación se encontró que los médicos de la Región Fronteriza de Chiapas tienen percepciones sobre su profesión y su relación con los pacientes, que son influenciadas por la exposición a los diversos factores en la formación médica, y los contrastes de los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desarrolla su práctica y la relación con los enfermos.

Estas percepciones sobre su práctica y los pacientes, son reflejo del currículo profesional del médico, tienen influencia directa en las formas de relación con el paciente, que inciden en el éxito o no de un tratamiento específico. Una de las causas o explicaciones evidencian que la formación profesional enfatiza el reconocimiento y tratamiento de las manifestaciones objetivas de la enfermedad, asignándole un papel

secundario a los factores ético-filosóficos, humanísticos y los diversos contextos en que intervienen.

Como principal aportación, este estudio representa una primera aproximación al punto de vista social de la práctica médica desde los actores, el cual plantea nuevas preguntas y enfoques en la atención médica.

Creencias y actitudes de los médicos

En este apartado se incluyen las creencias y filosofía personal, las influencias de origen familiar y las influencias socioculturales.

Creencias, filosofía personal y de origen familiar

Los médicos perciben su profesión como una práctica relacionada con la ayuda a los demás, caracterizada por la virtud de la paciencia, un trato igualitario y buena relación con las personas. Sin embargo, también existe la creencia de que la relación médico-paciente puede volverse tediosa, por tratarse de una relación rutinaria. En palabras de algunos de los informantes:

La profesión del médico no es de fatiga, no es de cansancio físico; yo pienso que es cansancio en el sentido [de] que uno está escribiendo mucho; aburre, pues en esos casos hay que salirse a tomar un refresco, o ir al parque a darse una vueltecita a olvidarse de los malos pensamientos. Es cansado para los cirujanos que están de arriba para abajo, es cansado, pero a pesar de eso se ve que lo hacen a gusto, pues (Informante 12, M52a).¹

¹ En adelante, consignaremos de esta manera las respuestas vertidas por los entrevistados, siendo la primera cifra el número de informante, mientras que en la expresión “M#a” la “M” identifica al informante como individuo del sexo masculino (alternativamente la “F” referirá a un informante del sexo femenino), y “#a” (donde “#” es un número natural) la edad. Así, en este caso particular, nos referimos al informante número 12, que es un médico varón de 52 años de edad.

A mi me gustaba más que nada tener la posibilidad de ayudar a la gente, de poder curar a alguien. Por cierto, desde que yo estaba en la primaria, en la secundaria le decía a mis papás: “voy a estudiar medicina, quiero ser médico” (Informante 4, M48a).

Cuando fueron entrevistados médicos pasantes, que están iniciando su práctica profesional, se constató que existe en algunos de ellos un ideal de servicio, del cual poco hablaron los médicos de más años de experiencia, a quienes se les olvida este ideal:

Lo que pasa de que ya ellos (*sic*), el médico, ya, este... como yo lo veo el médico (*sic*), ya se hace como comerciante así; él tiene varios trabajos, entonces lo que él necesita es ganar tiempo; entonces es difícil, no es que no sepa, ni que no lo haya aprendido sino que dice: “si me pongo a escuchar al paciente pierdo tiempo, necesito ir a otro lado, necesito ir a mi consulta, la privada”. Entonces no creo que no lo aprendan, o [que lo] desaprendan, sino que ya el interés ya no es tanto, ya no hay tiempo de escuchar al paciente, sino que el interés es ya económico, y he visto dos médicos nada más durante [el tiempo que] estuve en mis prácticas que sí, siempre lo más importante para ellos es el paciente (*sic*); se tardan horas en las visitas, pero escuchan al paciente y ¡eran pacientes que evolucionaban muy bien! (Informante 1, F23a).

La motivación para estudiar medicina fue el portar un uniforme que generalmente da un estatus social. Algunos mencionaron la influencia de los padres para que estudiaran medicina: “mi papá tenía la intención de que mi hermana la más grande fuera abogada, y yo, que le seguía, fuera médico” (Informante 5, F32a), y por supuesto, ayudar a los demás. Se considera como una creencia central el que la profesión médica posea un status social único: “Pues ahora sí que mis padres, principalmente mi mamá que sufría mucho, me despertaba algo de querer saber para

poder aliviar sus problemas, me orilló (*sic*) a esta carrera” (Informante 11, m5a).

Posteriormente, al finalizar la carrera, existe la idea de mejorar la situación económica, aunque ya se presenta un problema de desempleo en Chiapas:

Hasta tres empleos. Trabajaba en la mañana en el Seguro Social, llegaban checaban, se iban a dar consulta privada y se iban en la tarde a otra consulta. Ellos mismos te decían: “es que tengo mucho trabajo, no me da tiempo”, Entonces les querías preguntar sobre algún caso y ni a nosotros (*sic*). “Léelo y mañana hablamos”, “tengo consulta” o “me llaman del consultorio”. Entonces eran la mayoría de médicos, tienen más de dos trabajos (*sic*) y no sé como se reparten; como si los vas a ver a la privada (*sic*) es diferente: ahí les vas a pagar \$300 o \$400 o lo que te vayan a cobrar y te da un poquito más de tiempo para que le expliques, porque también eso lo tienen medido (Informante 1, F23a).

La idea de pertenecer a un estatus social elevado ha cambiado. Según los médicos, su profesión es similar a otras profesiones, sin embargo consideran que el médico debe tener más sensibilidad, ser más amable en el trato con las personas. Cuando se les preguntó sobre las diferencias al recibir o dar un consejo del médico, indicaron que es igual con todos los profesionistas. Algunos comentaron que en el nivel comunitario el doctor, el maestro y el sacerdote siguen siendo personas muy importantes para la toma de decisiones: “Todas las profesiones son buenas, y en otro sentido, uno es bueno dentro de su rama, ¿verdad? Pero yo creo que cada quien dentro de la rama que desempeñe (*sic*) puede tener el prestigio que él quiera, yo creo que es lo que uno vaya aprendiendo dentro de su profesión; se puede obtener el prestigio que quiera tener o avalar (*sic*)” (Informante 11, m45a).

En la práctica médica, la relación médico-paciente se llega a convertir en tedio; se trata de una relación rutinaria. Esta percepción se va elaborando según los años de experiencia médica, ya que se encontró que es diferente para médicos pasantes, que están iniciando su práctica

profesional, que todavía tienen un ideal de servicio, y a partir del cual critican a los médicos con más años de experiencia, a quienes se les olvida este ideal.

El médico general está cada vez más obligado a realizar estudios de especialización, ya que existe competencia en cuanto al número de pacientes que se atienden y al salario. Esto es consistente con la división social del trabajo vigente en el capitalismo (Rojas, 1990: 27), que da origen a una situación diferencial entre clases sociales. De acuerdo con los informantes, la especialización médica permite que se trabaje menos y se gane más, mientras que el médico general se desgasta más y gana menos.

Se encontró que la motivación para estudiar medicina, la vocación y las influencias familiares para estudiar dicha carrera, son reflejadas en las actitudes de los médicos en su relación con los pacientes. Las influencias familiares en la elección de la carrera de médico, así como la presencia de enfermos dentro del hogar, fueron en algunos casos determinantes para estudiar la carrera de medicina. De alguna manera influye la representación social que se tiene de la profesión médica desde la Edad Media, cuando las profesiones eran consideradas ocupaciones de caballeros (Stinnett, 1980: 18), lo que evidentemente se refleja en la consulta médica. Aunque los informantes no manifestaron falta de vocación profesional, se observó que hay tres creencias que influyen para la elección de la carrera de médico: en primer término, el profesionista médico es bien visto por la sociedad; en segundo lugar, se trata de una profesión bien pagada, y por último, aparece la inducción de los padres.

En la consulta, continúa siendo importante el papel de la mujer médica, porque son las que atienden los partos, curan a los niños y mantienen mayor comunicación y confianza con las mismas mujeres al igual que se ha descrito en otros estudios (Novack *et. al.*, 1997: 502; Cuevas *et. al.*, 1991: 576). Los informantes tienen la percepción de que las médicas mujeres son más responsables que los hombres, aunque esta percepción pudiera estar relacionada con algunos ejemplos de rechazo de algunas pacientes hacia los hombres. Por otra parte, estas diferencias son consideradas una cuestión ética que los médicos y médicas detectaron durante la consulta. Resulta interesante la mención de que

los pacientes hombres sean más difíciles para tomar los tratamientos médicos, probablemente debido a tradiciones que la sociedad patriarcal mantiene, que podrían afectar la calidad en la atención médica dirigida a varones, pero que en este estudio no se tuvo el alcance para profundizar y no se puede generalizar. En la clínica o en el hospital urbano, la situación cambia porque la atención se da por núcleos básicos o por área geográfica delimitada (micro-región), donde a la familia se le asigna un médico y no tiene otra opción. Estas percepciones de los médicos están relacionadas con una acción tradicional y racional en su mayoría. En general, los médicos no mencionan diferencias de género para otorgar atención a sus pacientes, ya que la elección de la consulta es dada por los pacientes.

Los médicos entrevistados durante el estudio reconocen que algunas veces se desesperan cuando los pacientes no saben leer y no entienden los tratamientos, cuando se refieren a las partes del cuerpo con otros nombres, cuando hay tradiciones alimenticias que no permiten que un tratamiento se cumpla. Por lo tanto, se reconoce que de acuerdo con los antecedentes históricos, los médicos aprenden sobre el contexto y la relación médico-paciente de manera intuitiva, cuando están en el lugar de los hechos, tal y como lo describen varios autores (Freyermuth, 1993: 48; Cuevas *et. al.*, 1991: 576; Aguirre, 1994: 325).

Las dificultades son mayores para el recién egresado, cuando en las unidades de salud existe insuficiencia de medicamentos, mínima infraestructura y escaso instrumental. Numerosas clínicas están cubiertas con personal no titulado en servicio social. Con todo lo anterior, al médico ya no sólo se le pide que cumpla con su tarea, sino que la realice con muchas carencias que no tienen que ver con su formación académica, sino con la situación de la realidad institucional y contextual. Algunos autores atribuyen esta situación al recorte presupuestal gubernamental en Salud y al poco conocimiento de la realidad socio-cultural, entre ellos Rojas (1990: 22-23) y Freyermuth (1993: 19-23). Los médicos con más experiencia normalmente ya no viven en la misma comunidad sino en la ciudad, y acuden a cumplir su horario de trabajo; ellos han entendido las diferencias del contexto por su propia experiencia, y aunque sufren de las mismas dificultades laborales que los pasantes, se van adaptando progresivamente al medio.

La relación médico-paciente según el modelo burocrático de la sociedad es eficiente tal y como se lleva a cabo en las unidades de salud, y ninguno de los informantes opinó negativamente del modelo. Max Weber, desde un singular punto de vista, aborda al capitalismo como una forma de organización económica, pero va más allá al apreciarlo sólo como uno de los factores de desarrollo social en el periodo moderno. Para Weber, la ciencia y la burocracia subyacen a los mecanismos económicos capitalistas. La ciencia ha configurado a la tecnología moderna y la burocracia como la única forma de organizar a grandes conglomerados de personas de manera eficiente y racional (Weber citado por Giddens, 1988: 705).

Weber (1972: 294), al presentar una concepción teórica más amplia del mundo moderno, no implica que no haya diferencias, como al configurar “el tipo ideal” de relación médico-paciente, que se propuso del modelo norteamericano; esta realidad no corresponde totalmente para el resto de los países como México, con una gran diversidad cultural. Sin embargo, también se encuentran ciertas similitudes en la formación profesional de los médicos de Estados Unidos con los de México y de Chiapas, ya que en el primer caso, en materia de patrones sociales de ingreso, existe un predominio de estudiantes de medicina varones de raza blanca, de clase media alta; imposición del contenido de la currícula por parte de la corporación profesional nacional, a través de las sociedades médicas locales; en cuanto a la autonomía sobre los términos y contenidos del trabajo, control a cargo del ejerciente individual; como objeto del trabajo, sujetos usualmente considerados por el médico como sus “propios” pacientes; instrumentos de trabajo consistentes en equipos propiedad de, o alquilados por, el médico y auxiliares o colaboradores contratados por éste; en general, planta física y establecimientos de propiedad o alquilados por los médicos, y en lo concerniente a la remuneración, determinación en gran medida de las horas trabajadas, nivel de dedicación y horarios por parte del ejerciente individual (Llovet, 1999: 336). Entonces, si la formación profesional es similar, se plantea la necesidad de encontrar respuestas que expliquen las diferencias en las percepciones y en la manera en que se conduce la relación médico-paciente. Consecuentemente, el método comprensivo ayuda a ir más allá de la descripción y trata de explicar algunos porqués

de estas diferencias, lo que basado en el análisis del discurso de los médicos presenta mayores ventajas.

El concepto de una relación médico-paciente se construye en la historia de vida del médico y del paciente. Estas percepciones que se complementan durante la formación universitaria y el desempeño profesional forman una filosofía, es decir, un sistema de creencias y valores más o menos coherente con la función social que implica la atención médica, que es en gran proporción curativa (Ceirano, 2000: 1). En el discurso de los informantes se encontró poco mencionada a la medicina preventiva, ya que están más enfocados a lo curativo, representado por la consulta médica. Las acciones son más bien racionales con arreglo a fines, y se ve a la relación médico-paciente como uno de los medios para conseguir la eficiencia médica.

Las influencias familiares, como la existencia de enfermos dentro del hogar, fueron en algunos casos determinantes para elegir la carrera de medicina. La presencia de otros médicos en la familia y las relaciones con el medio, como consultorios y reuniones con personal de salud también determinaron la vocación de algunos de ellos. En otros casos, sobre todo en personas casadas y mujeres, la existencia de hijos limitó su formación de postgrado o alguna especialidad clínica.

Influencias socioculturales

Existen ciertos contrastes del contexto, en relación con el lugar de origen y desarrollo de los médicos y las comunidades a las que llegan a prestar su servicio social o a laborar permanentemente. Esto permite que el médico ubique al paciente en diferente *status* social y cultural. Los médicos describen que los pacientes que tienen baja escolaridad, usan nombres diferentes a los comunes para los órganos del cuerpo y es difícil entenderles, además de que persisten prácticas de cuidado de la salud diferentes a las recomendadas por la medicina alopática:

Tengo un poquito de paciencia, y veces aquí la gente por la cultura que tienen (*sic*), en la clínica les explicas, les explicas y le preguntas al final si entendió y le vuelves a preguntar “¿cómo le dije?” y no lo sabe explicar; pero uno en-

tiende que es la cultura de la gente, y entonces tratarlo (*sic*) de explicar un poquito más claro, pues para que ellos lo puedan entender (Informante 1, F23a).

Es que ellos creen que el café es lo que más nutre desde bebés, son demasiado apegados al maíz; pongamos (*sic*), también la carne y es parte de que no se debe ir quitando después que se controlan otra vez nuevamente (*sic*), pero ellos piensan que su café, la tortilla y la carne nadie se los puede tocar, porque es algo que les inculcan desde pequeños, son los problemas que enfrenta uno aquí en la comunidad (Informante 8, M25a).

Se asume que durante la formación profesional, los médicos adquieren los elementos para adaptarse a los diferentes contextos, por cursar algunas materias relacionadas con la ética y la salud comunitaria. Sin embargo, desde el servicio social se enfrentan a un contexto cultural diferente al que imaginaron durante sus estudios.

El rescate de la cultura local también se manifiesta en la actitud de un médico excepcional que aprovecha los conocimientos propios de homeopatía, y los combina con los populares:

Utilizo la medicina común en 95% y la homeopatía 5%. Realmente la utilizo con pacientes que sí entienden, pues, que están de acuerdo; sí me entienden, pues, que la homeopatía es así, trabaja así y ya son pacientes que tienen en cierta forma una profesión, son contados; los demás no lo hacen (*sic*), prefieren al hierbero como tal porque llegan y dicen: “no, que esto no me va hacer nada, mejor tomo mis hierbas que están ahí” (*sic*) (Informante 8, M25a).

La relación médico-paciente puede realizarse mecánicamente o informada de valores humanistas. Esta elección no consciente, la hace el médico que, independientemente de ser un profesionista, es un ser humano dotado de racionalidad, creatividad y emotividad. La percepción que tiene el médico acerca del paciente, es una categoría representativa de los sentimientos y emociones de los médicos que

influyeron en el cuidado de los pacientes, situándolo en una dimensión individual y en otra socio-cultural; ubicando a los pacientes en una situación socioeconómica y de escolaridad baja, renuentes, agresivos, alcohólicos e incluso exigentes. Esta tipificación no es similar a la del rol del paciente desvalido, ni la actitud del médico desprovista de sentimiento que señala Talcott Parsons (1981).² Algunas veces los médicos reaccionan con enojo cuando hay pacientes que abandonan el tratamiento, que no lo toman regularmente o que llegan a consulta en una actitud muy exigente.

Los cuidados que los médicos proporcionan a los pacientes varían según las percepciones del médico sobre los mensajes transmitidos en la relación, donde contrasta un lenguaje médico muy técnico (Suchman *et. al.*, 1997: 678; Aguirre, 1994: 332) con los regionalismos y hasta las más sutiles actitudes y expresiones de emoción al ver el dolor en el otro, incluyendo la muerte. Estas actitudes imponen la confianza al paciente, la empatía, la explicación repetida y la paciencia. Se observa que muchos médicos ayudan a los pacientes al verlos humildes, mal alimentados; se muestran comprensivos con los que viven lejos y que llegan a las clínicas “casi muertos”. En el discurso de los médicos pasantes se repite el concepto de igualdad y se muestran cariñosos, tratan de romper las barreras sociales laborando lejos del escritorio o sin uniforme médico para mostrarse más amigables y cercanos al paciente. Los médicos titulados se limitan al diagnóstico, a esa relación técnica, pero al mismo tiempo con gran responsabilidad cuando dicen: “El paciente siempre espera que el médico lo vea”, con lo cual también coinciden Suchman y colaboradores (1997: 678). Existe una relación difícil con alcohólicos, hipertensos, diabéticos, sobre todo cuando no siguen las dietas y no toman los tratamientos; se habla de que hay que regañarlos para llamarles la atención. En otros casos, los médicos escuchan a sus pacientes, se enteran de sus problemas cotidianos y los visitan en sus domicilios. Los informantes perciben que la demasiada carga de consultas impide que haya más comunicación entre médico y paciente, en contraste con Pritchard (1990: 87), que no comparte esta preocupación porque concibe la consulta como “rol técnico” y

² Véase Aguirre (1994: 325).

asegura que el médico debería atender entre 22 y 76 pacientes por día, con consultas de 5 a 6 minutos. En el discurso de los médicos informantes, se recalca la necesidad de atender “humanamente” a los pacientes, tomando en cuenta el contexto y lo emocional, sin quedarse atrapado en la racionalidad de un rol técnico.

Los médicos de la Región Fronteriza sobreestiman capacidades como el realizar un buen diagnóstico, el cumplimiento de una dieta por su paciente y en general lo relacionado con el cuerpo. Esta situación se debe en gran parte a la presión administrativa que ve en el médico un “obrero” al que se le exige rendimiento; a la formación universitaria de los médicos que en la sociedad actual es concebida dentro de los parámetros de la teoría funcionalista, donde se valoran la eficacia y la eficiencia. Así, los médicos informantes, en virtud de la especificidad de su rol, aceptan que son simple y llanamente especialistas cuya superioridad sobre sus semejantes está confinada a la esfera de su adiestramiento técnico y de su experiencia (Aguirre, 1994:326). El funcionalismo, que se continúa tomando como base en las universidades de las que los informantes proceden, aplicado a la misma carrera de medicina se limita a impartir la ciencia positiva, al positivismo. Como se aprecia, la formación profesional induce a los médicos a ver enfermedades y no personas. La persona objeto del sufrimiento es representada como el lugar de la enfermedad más que como un agente narrativo y social. El paciente es formulado como un proyecto médico, solamente interesan las estrategias para el diagnóstico y la decisión del tratamiento (Good, 1994: 65). Tal es el caso de las percepciones médicas de los informantes, en las que los diagnósticos son más importantes que los pacientes como personas. Una observación importante fue que el médico pasante pone mayor énfasis en los aspectos psicológicos, culturales y sociales, en contraposición con los médicos que tienen mayor experiencia de trabajo. Lo anterior significa que aún con las limitantes de la preparación académica, sí existe esa noción humanista y se supondría que la experiencia de la relación médico-paciente debería ser mejor con el tiempo, y se esperaría que en su totalidad evolucionara en el sentido de la *atención integral*, pero en la realidad no es así.

El paso por la universidad supone una preparación integral, que sea formativa, informativa y racional. Sin embargo, se llega a mencionar

que el médico debe ser en su totalidad, provisto de conocimiento verdadero, bello, bueno, con alta autoestima y con fe (Novelo, 2003). La acreditación que otorga la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) (Hernández, 1998: 87), implica que la formación académica que se ofrece en la educación superior tenga bases racionalistas, pero también incluya conocimiento del contexto, la ética, lo emocional y una orientación humanista como parte de una formación integral. Sin embargo, en las universidades de los informantes, pocas son las materias que abordan los aspectos mencionados y que son dedicadas exclusivamente a estos temas: Psicología, Antropología Médica, Ética Médica, Historia de la Medicina y Salud Pública. Pero las cuestiones éticas y humanísticas no se pueden reducir a mera información en una asignatura; la asignatura por sí misma no forma, sino que son la familia y los maestros quienes forman en estos aspectos muy útiles a los médicos, que tienen que tomar muchas decisiones profesionales al atender a pacientes, y todo ello depende de lo que se haya apropiado el médico en tanto “ser humano” durante su formación. La sensibilidad al sufrimiento ajeno, la capacidad de asombro, su disposición para trabajar en equipo y hasta la capacidad física-deportiva del médico son “asignaturas” más formativas que informativas. En general, en la carrera de medicina de la actualidad se enfatiza lo técnico y racional. La universidad debería visualizar también los ideales del médico profesionalista, los sentimientos, emociones y pasiones, el ideal de servir y rescatar la acción del compromiso social, ético y humanístico.

Respuestas a sentimientos y emociones de los médicos en los cuidados de los pacientes

Se incluyen en este apartado las manifestaciones de amor, cariño, atracción y un conjunto de actitudes bondadosas en los cuidados médicos, así como algunas emociones tales como: temor, ansiedad, angustia, irritación e ira.

Los médicos reconocen que la situación socioeconómica de los pacientes es precaria, así como bajo su nivel de escolaridad. Este último limita la comprensión del lenguaje médico por parte de los pacientes, y

los entrevistados afirman que muchas veces, aunque les expliquen “tres veces” no les entienden, además de llegar “casi muertos”.

Es muy poca la gente que tiene un poquito de posibilidades económicas (*sic*), como el que tiene un poquito de escolaridad es un poquito más fácil tratar con ellos (*sic*), pero a veces son un poquito necios; pero no, la mayoría de personas, aquí tienen recursos económicos muy bajos, a nivel educativo (*sic*) le digo, que segundo o primero de primaria nomás (Informante 1, F23a).

Mientras más bajo es el nivel cultural más difíciles son, porque son los que vienen y piden; y más la gente que ya tiene primaria o secundaria, ya son más tranquilos (*sic*), ya se les dice: “no, mire es que eso era así” y así lo entienden (*sic*), pero los otros no, se aferran y van y se quejan y le dicen al presidente “que me dé mi consulta y ahorita quiero tres consultas” y se ponen en ese plan (Informante 8, M25a).

Se percibe que hay pacientes renuentes, agresivos, alcohólicos y aún exigentes que no permiten disfrutar la consulta diaria, como estos ejemplos mencionados por los informantes: “Tenemos en el control de enfermedades, por ejemplo 52 diabéticos y 47 hipertensos, y de esos pacientes por lo regular tenemos controlados la mitad y la otra mitad no se puede controlar, pero es por la renuencia de los pacientes, por las malas dietas, que no conocemos las dietas pero sí (*sic*)” (Informante 5, F32a). Por otro lado, existen personas que no aceptan el servicio médico: “hay muchos pacientes que acuden al médico porque los lleva otra persona, ya sea la esposa, ya sean los hijos o el esposo [...] si vuelve a regresar por el mismo padecimiento, o realmente dice: ‘no, es que yo no tomé la medicina’ (*sic*)” (Informante 7, F45a).

Los médicos mencionaron que han tenido algunas reacciones de enfado cuando hay pacientes que abandonan el tratamiento, que no lo toman regularmente, o que llegan “muy exigentes”:

Aquí en Trinitaria la gente que más exige es gente que se siente como con poder, por ejemplo aquí luego nos vienen a tratar de que “ahorita quiero mi consulta”; llevamos un orden de fichas y como van llegando se les va atendiendo y aunque sea el profesor o el ingeniero, si llegó al último, al último se tiene que atender. Hay gente que viene a exigir: que “soy el licenciado fulano de tal y quiero que me den consulta”, o “el ingeniero fulano y quiero que me den consulta”; pero sí nos han venido a exigir consulta (Informante 5, F32a).

A veces la gente no es muy colaboradora, pero cuando saben que se les va dar algo a cambio aquí los tienes para recibir; si les das algo a cambio llegan, si no, no llegan aunque sepan que es para beneficio de ellos. Con lo del PROGRESA³ al principio tuvimos un poquito de problema, porque es primer año que tienen PROGRESA aquí; entonces la gente venía a exigirte (*sic*), pero no quería dar nada a cambio, no querían venir a pláticas, no querían, fue un problemita pero ahorita ya más o menos van agarrando un poquito (*sic*). Aquí la gente es difícil porque si no le das algo a cambio no coopera (Informante 1, F23a).

La contraparte es encontrar un paciente que pregunte sobre su enfermedad, que entienda sobre el tratamiento y que se dé una buena comunicación, paciencia y cariño, como se aprecia en el discurso de los médicos: “Otra viejita que casi viene del diario por el oído, casi diario que lo limpie, que no maneja (*sic*), que le duele el párpado, que le duele el ojo, que si tiene una gota de sangre y no tiene nada en el ojo; que si desde el mismo instante me estaba esperando, pero ya estaba bien viejita (*sic*) , la señora” (Informante 3, F43a).

³ Programa de Educación, Salud y Alimentación creado e instrumentado por el gobierno federal en agosto de 1997, y reformado bajo el nombre de *Oportunidades*, en marzo de 2002.

Se hace notar la actitud de los médicos recién egresados de la universidad respecto al cuidado de sus pacientes, con actitudes abiertas al diálogo, al juego con los niños y a una actitud positiva:

Como todo, ¿no? No voy a estar pensando: “bueno, el paciente que va entrar ahorita me diga —ay doctora” (*sic*), porque no todos somos iguales, la personalidad de cada individuo es diferente; entonces no voy a estar pensando en qué paciente va venir, y yo soy el médico y me tiene que respetar: yo casi no uso la bata ni la filipina, a veces me la quito porque les da un poquito de miedo, el paciente se siente alejado del doctor; porque los niños le tienen miedo, nada más lo ven a uno con bata y ya no quieren entrar. También el escritorio es una barrera entre el paciente y yo, porque el paciente dice: “bueno, él nada más me vio así, ni me conoce” [...]. Entonces ahí vas aprendiendo que no es el medicamento el que va curar, claro que lo ayuda, pero es más el estado de ánimo; es muy importante para el paciente, que si el médico lo trata bien, mañana vengo a verlo. El paciente siempre espera que el médico lo vea, porque a veces piensa que cuando el paciente llegue ya se va sentir mejor; pero si sólo llega a decirle “sí, nos vemos mañana”, pues no, el paciente no sale (*sic*) (Informante 1, F23a).

Situaciones clínicas cambiantes

Se incluyen aquí las percepciones acerca de la comprensión sobre las dificultades de los pacientes, los cuidados de pacientes moribundos y los errores médicos.

En el nivel institucional se considera a todos los pacientes por igual, sin ver diferencias individuales, sociales y culturales. Pero en la práctica existe una diversidad de individuos, con diversos padecimientos y conceptos diferentes en cuanto a salud-enfermedad-curación:

Trato siempre de no desesperarme, sobre todo con los pacientes, ¿no? (*sic*), pero yo creo que me desespero y yo me voy a consolar cuando trato unos con otros pacientes (*sic*), o a veces al atenderla (*sic*) le digo cosas. Me ha pasado, pero trato de evitarlo. Sí de tratarle entender una a la gente (*sic*); a veces que tengo mucha gente y tengo que respetar la cola, por lo menos alcanzarla (*sic*) y que se vaya molesta, y decirle que hasta mañana de tanta gente (*sic*). Como el caso de don Alejandro, sí me desesperó: “—¿Me va usted a atender? —No voy atenderlo hoy, le dije, venga mañana”. Pues no se esperó, y se fue al hospital a decir que no le queremos atender y que quieren atención, que no le dimos, que no le he dado medicamento (Informante 3, F43a).

Los médicos reconocen que existen muchas dificultades en las comunidades por el acceso geográfico a los servicios de salud, por la falta de insumos médicos o por las prácticas de atención no médicas, por lo que consideran en general, que se necesita dar una mayor y mejor atención a los pacientes. Aunque existen aquellos renuentes y exigentes en el servicio cotidiano: “Hay una localidad que visité hace tiempo, todavía no entraba en eso (*sic*) y se pusieron agresivos; entonces a nosotros también nos sacan de nuestras casillas; no, tampoco les podemos obligar hacer todo lo que nosotros digamos (*sic*). Como sea, por la radio, la televisión o lo que sea la gente se interese más por su salud (*sic*)” (Informante 11, M45a). Es frecuente que los médicos se sientan saturados por actitudes de los pacientes:

Que tengo que ir por medicamentos, entonces por eso traigo aquí para no salir. Pero hay pacientes muy desesperados que vienen a exigir que los atienda habiendo otros antes que él (*sic*), y si les dice uno: “espéreme tantito, los voy atender conforme fueron llegando”, se van. A veces viene un herido, y tengo que atender primero pues al que está herido, entonces algunos lo entienden pero otros no;

no cómo va ser, “pero mire: está sangrando”, y dice: “no lo atienda” (*sic*) (Informante 1, F23a).

Sin embargo, esto se dificulta por el número de consultas, que alcanzan hasta 30 por día, y por el gran número de formatos que hay que requisitar para informar a los siguientes niveles superiores de atención. Mencionaron que en promedio el 50% del tiempo se dedican al llenado de los formatos o historias clínicas:

Supuestamente la norma es que atiendas 14 pacientes, y atiendo por lo regular de 14 a 16 pacientes; la consulta tarda yo creo entre 15 o 20 minutos, o sea depende (*sic*) de la persona; por cada consulta mínimo 10 minutos para papelería. A veces más tiempo, peor cuando es (*sic*) la primera vez (Informante 9, F37a).

Por lo regular son entre 15 y 20 en las mañanas, y ya en la tarde solamente si llega haber consulta general a veces damos 20, 25; 30, rarísima la vez cuando sale de vacaciones un compañero. Me tocan 40 ó 50 consultas en el día, pero solamente cuando estoy solo, pero cuando no, entre los dos (*sic*), entre 20 y 25, cuando mucho 30 (Informante 8, M25a).

Esto trae como consecuencia que la atención que los médicos esperan dar no sea de alta calidad, y se ponga mayor atención a los formatos de reportes de consultas y diagnósticos que al paciente. Aunque existen excepciones, como el caso siguiente:

En el hospital lo hacen así y me molesta, me molesta porque me dicen que no me quisieron atender (*sic*). A veces veo el horario y todavía es la una, y eso que tienen un horario los médicos de 8 a 3 y media, o de 7 a 2 y media, pero ya a la una no tienen fichas, aunque tengan pacientes, pero ya terminaron sus 15 fichas, ya no pueden dar más consultas aunque sea la una de la tarde, todavía faltan dos horas y media o más, o sea, ¿por qué no los atienden?;

por eso la ética del médico creo, ahí está mal, bastante mal, eso no debería suceder. Hay veces que dan las 15 fichas y ya no quieren dar otra consulta (Informante 10, m24a).

Otra observación frecuente fue la estancia corta de un año de los médicos pasantes, lo que hace perder continuidad en las actividades y la confianza de los pacientes. Esto es debido a que un alto porcentaje de unidades de salud solamente cuentan con pasantes:

Es un problema porque nos quedamos sin odontólogo, es porque siendo cabecera municipal no hay médico de base, no hay enfermera de base, todos somos pasantes, un año y, ¡pum! (*sic*) se van. Entonces ellos (*sic*) dicen: “¿Cómo por parte de la clínica hay enfermera de base?”, aunque sean enfermeras tienen más tiempo de conocer a la población, saben más sobre las enfermedades y la problemática de aquí; en cambio a nosotras nos cuesta un poquito más de trabajo al principio, no es lo mismo que hubiera alguien de base que le diera seguimiento, pues, de la comunidad, eso la gente lo pelea mucho aquí. Porque no tenemos laboratorio para los exámenes básicos, tenemos que mandarlos [a los pacientes] a Comitán; entonces ellos gastan en el pasaje de ida y vuelta; y ¡que no va sólo el paciente, va toda la familia! Si no tienen el pasaje de todos entonces no van. Y se acostumbran a la forma de trabajar que tiene uno, viene otro y tarda para que se acostumbren al otro nuevo (Informante 1, f23a).

Una limitante para una adecuada atención médica es la carencia de medicamentos y materiales clínicos para diagnóstico y curación en las unidades de salud, situación agravada por la falta de recursos económicos de los enfermos: “Hemos atendido dos partos nada más, casi no vienen aquí. Ahorita (*sic*) por ejemplo, no tenemos gasas; si tenemos gasas, no tenemos guantes; luego la gente no lo cree: '¿cómo que no hay gasas?', y se van un poco molestos... A veces lo hacemos con algodón, pero no es lo mismo” (Informante 1, f23a).

Todos los médicos refirieron haber estado ante un paciente moribundo o presenciado una muerte, despertando en ellos tal evento sentimientos de impotencia:

Gracias a Dios aquí no, pero en el internado varias veces (*sic*), pero sí se siente muy feo, así como ¡chin! (*sic*), tú sabes, qué le vas hacer, y tú sabes que ya nada puedes hacer más por el paciente ya en etapa muy avanzada (*sic*), pues se siente uno mal porque quisieras saber más o que hubieran cosas para que no pasara eso, sobre todo cuando es un familiar se siente muy feo, porque tú sabes qué le va pasar y ya no puedes hacer nada, se siente muy feo (Informante 1, F23a).

Da tristeza cuando sabemos que alguien se va morir, porque sobre todo sabemos que está condenado a eso, que todos vamos a morir, de eso no hay duda; pero sí somos seres humanos y el dolor humano se transmite por muchas cosas (*sic*), sobre todo por la muerte, y las otras (*sic*) por la desgracia de ver cómo está la familia, lo que sufre la familia, lo que sufre el paciente, la forma en que va morir (Informante 2, M46a).

La calidad en la atención se dificulta por el número de consultas, el gran número de formatos que hay que requisitar para informar a los siguientes niveles de atención, desde la unidad de salud, la Jurisdicción Sanitaria III y el nivel estatal. Los informantes mencionaron que en promedio, dedican el 50% del tiempo de la consulta médica al llenado de los formatos o historias clínicas. Como consecuencia, la atención durante la consulta limita la revisión al paciente y se prioriza el llenado de formatos, de reportes de consultas y diagnósticos.

Los médicos entrevistados no percibieron algún vacío en su formación universitaria, lo cual concuerda con la explicación que presenta el funcionalismo, ya el médico está en una posición preeminente frente al enfermo, y cuando se presenta el conflicto en la relación médico-paciente más bien se le adjudica a otros factores como la escolaridad, el poder y situaciones específicas del contexto de los propios pacientes.

Así lo expresan los informantes al tratar el asunto de los errores médicos. La orientación del proceder social se inclina hacia la acción tradicional donde la universidad reproduce a la sociedad que la creó, y al médico con las percepciones y actitudes de una sociedad de clases (Marx, 1982: 208).

Los errores médicos, se dice que se deben reconocer y con honestidad, con tacto, decirle al paciente o canalizarlo a otra instancia que pueda hacer un mejor diagnóstico o impartir un tratamiento adecuado:

Porque a veces no nos gusta que también sepan ellos que tenemos errores, ¿verdad?, porque se siente la carencia del médico, pero sí lo trataría de sacar (*sic*) diciendo: “¿sabe qué?, lleve esto con un especialista, un médico que se dedica a ver este tipo de problemas”, y no comento que su enfermedad no es lo que yo estaba diagnosticando, que su enfermedad, pues es otra cosa, pero sí tratar de comentarlo con el paciente para que no se alarme; por ejemplo aquí en Trinitaria si le dicen (*sic*): “es usted un diabético” luego se espantan, si le decimos por ejemplo que salió positivo (*sic*) para una tuberculosis, pues el paciente se deprime, entonces es importante justificarlo (Informante 5, F32a).

Hay problemas que no podemos resolver aquí, y esto porque realmente requieren de un médico especializado, y hemos estado con problemas de algunos pacientes hipertensos y que no se controlan, y hemos tenido hasta con 200/180 de presión o 300/180, que son pacientes que nos preocupan porque no los podemos controlar, pero en el hospital nos apoyan bastante porque pido consultas por teléfono, nos sacan (*sic*) del apuro (Informante 6, M25a).

Con alguna enfermedad en especial que no se le atine (*sic*), pues hay problemas. O sea que ya canalizando con los especialistas, problemas, por ejemplo, en mujeres con sangrados anormales; cuando ya detectamos que tiene problemas (*sic*) pues tiene que ir con un especialista, luego se canaliza a una intervención quirúrgica. Pero de que yo diga: “saber qué tendrá esta paciente” (*sic*), pues

no, porque haciendo un buen interrogatorio, una buena exploración física puede uno estar consciente de dar un buen diagnóstico del paciente (Informante 4, M48a).

Autocuidado médico

En búsqueda de percepciones sobre el balance entre vida personal y profesional, se encontró que la mayoría de los entrevistados refieren estar satisfechos con su práctica profesional, y además llevar una vida personal también satisfactoria: “Cuando me gradué, pensé que iba ser un poco menos (*sic*), pero a la fecha he comprobado que tengo potencial, he recibido agradecimientos, reconocimientos y no pensaba que iba ser un poco más (*sic*)” (Informante 8, M25a). Un médico piensa que otros trabajan únicamente por dinero y no tienen compromiso con las personas:

Yo siento que ahorita el médico tiene su trabajo sólo por ganar dinero. Yo me he dado cuenta que hay gente de Comitán que son (*sic*) de mucho prestigio y sólo llegan a traer el dinero ya no ven la calidad (*sic*), tienen 2 trabajos, 3 trabajos y ya ninguno de los tres atienden bien; siempre dice uno, pues, que le den oportunidad a las nuevas generaciones, para qué quieren acaparar todo si no me da tiempo de hacer nada (*sic*). Por ejemplo, yo mi control de embarazo lo llevé con un médico particular y la atención es buenísima, la tratan bien (*sic*): “siéntese, acá hay galletitas, dulces”, y muy bonita la consulta particular (Informante 5, F32a).

En el internado fue un cambio muy brusco porque es diferente estar en la escuela que llevarlo nada más así en la práctica (*sic*), y aquí he tenido, aquí es un poquito más relajado (*sic*), no es tanta presión pero sí se estresa uno porque ya no hay nadie que te diga: “haz esto, haz lo otro”, pero sobre todo porque no se cuenta con los mismos recursos... Aquí con poquitas cosas tienes que hacer bastante (Informante 1, F23a).

Bueno hasta ahorita este Programa gracias a Dios me ha dado, económicamente me ha dado bastante, sí, el sueldo que he recibido, pues sí (*sic*). Claro, queremos más siempre. Yo creo que nunca debemos ser en cierta forma conformistas... (*sic*). El poder adquisitivo que tenemos o que ganamos (*sic*), ya no puede ser lo mismo que antes (Informante 11, M45a).

Los médicos pasantes son los que mencionaron encontrarse en situación de agotamiento y estrés cuando atienden muchos pacientes, lo cual tratan de minimizar con tiempo de descanso, deportes y diversión: “Cuando el trabajo es bastante pesado, entonces aunque uno no quiera involucrarse en problemas personales o alguna vivencia que tengas (*sic*), pues te cansas, te fatigas. Pues trato de salirme 5 minutos, dormirme” (Informante 9, F37a). “En situaciones de fatiga, pues descansar, ponerme a ver televisión, la música y los deportes que también me gustan mucho. Habría que ver si es fatiga física, pero, por ejemplo, a mi me gusta mucho el deporte, lo practico y eso me relaja bastante por toda la semana de trabajo” (Informante 11, M45a). Para los médicos en servicio social la tarea resulta ser más pesada, por el horario de 24 horas para consultas y urgencias y el poco tiempo disponible para relajarse.

En general, los médicos informantes, frecuentemente no tienen un balance en sus vidas personales, con mucho tiempo dedicado al trabajo. Por lo tanto, se percibe la carga laboral como determinante en el origen del estrés y deterioro personal. Se encontró que el número de consultas atendidas va desde 15 hasta 35 por día, las jornadas laborales de 8 de la mañana a 4 de la tarde y en algunos casos la estancia del médico (médicos pasantes) es de 24 horas. Pese a lo anterior, la mayoría de los entrevistados refiere estar satisfecho con su práctica profesional y además llevar una vida personal también satisfactoria. Es de llamar la atención que hasta ahora la finalidad de los servicios médicos es brindar a la población la atención en salud de manera institucional, sin contemplar las motivaciones y problemas individuales en el caso de los médicos que prestan servicio, ya que se trata de cumplir con los objetivos adquiridos en la contratación del médico.

Como encarnación de los supuestos de la corriente funcionalista, el sistema médico no contempla el agotamiento de la fuerza de trabajo, el desgaste de energía, el envejecimiento prematuro —como lo explica el marxismo (Rojas, 1990: 27-35)— sino que presenta al médico y al paciente en una relación dual y antagónica. Las opiniones de los médicos de la Región Fronteriza, no están acordes con la tipificación funcionalista propuesta por Parsons (1981: 15), ya que comentan que ellos y los pacientes no juegan ese rol. Es más, hay un reconocimiento explícito de los médicos de que el trato con el enfermo no es una relación de poder y control social, sino de igualdad; y lo reafirman cuando mencionan que la del médico es una profesión de igual prestigio que otras. Sin embargo, en contraste con estas opiniones, la descripción que hacen de los pacientes reafirma esa relación dual y antagónica, ya que describen a pacientes “agresivos y exigentes”, y se acepta que la actitud del médico pudiera presentarse como “exaltada” en un momento dado. Al final, las conductas agresivas del médico se justificaron como respuesta a la del paciente, y no como parte de una relación de poder (Aguirre, 1994: 326; Rojas, 1990: 59). Esta relación médico-paciente así tipificada descubre las relaciones sociales que intervienen, y aunque se presenta como desigual, aparentemente no plantea ningún conflicto que amerite el cambio de actitud o el cambio social, y se revela así como una relación inscrita en la racionalidad instrumental que Weber destacó como crucial para el impacto mundial de Occidente, basado en su control de los recursos industriales y en su mayor poderío militar (Giddens, 1998: 243).

CONCLUSIONES

El concepto de una relación médico-paciente se construye en la historia de vida del médico y del paciente, aunque también ha conocido un proceso histórico. Las percepciones sobre la relación médico paciente están contenidas en un discurso, al que se le otorga racionalidad. Estas percepciones se complementan durante la formación universitaria y el desempeño profesional. Esta relación es social en cuanto se concreta en el sistema médico, que se inserta en el conjunto de la sociedad. El

currículo personal de los conocimientos de los médicos incluye a las representaciones sociales de la profesión y del sistema médico.

Los médicos de la Región Fronteriza de Chiapas están más enfocados a lo curativo que a lo preventivo y a las causas sociales de la enfermedad. Sobreestiman su capacidad para realizar un buen diagnóstico, el cumplimiento de la dieta, del tratamiento y lo relacionado con el cuerpo. Ello hace suponer que son más importantes los diagnósticos y el tratamiento médico que los pacientes como personas. Pero esta situación se debe principalmente a la presión administrativa e institucional que deja en segundo plano el contexto cultural, social y lo afectivo. El otro factor que interviene es la cientificidad y tecnificación de la medicina hegemónica, que difiere del lenguaje y códigos de las comunidades, por lo que no permiten el acercamiento entre el médico y el paciente sino hasta después de cierto tiempo de convivencia.

La formación profesional enfatiza el reconocimiento y tratamiento de las manifestaciones objetivas de la enfermedad, atribuyéndole un papel secundario a los factores ético-filosóficos, humanísticos y el contexto en que intervienen. El perfil del egresado de la carrera de medicina estipula que el ejercicio de éste tenga: *a)* bases científicas bio-psico-sociales; *b)* bases ético-filosóficas-humanísticas, y *c)* bases metodológicas y actualización; que permita resolver problemas en forma integral y se preste un servicio de calidad. Sin embargo en la práctica el médico está obligado —y es lo que de él se espera— a tratar los problemas en términos objetivos y científicamente validados, y con independencia de los factores afectivos. Consecuentemente sólo se está cumpliendo parte del inciso “A” acerca de la formación científica, con compromiso social y humanismo de la AMFEM (Hernández, 1998: 84) el resto sólo en teoría. Si la profesionalización de la medicina consiste en cubrir todos los estándares que propone la AMFEM, para procurar una formación y atención integrales, aún falta mucho por hacer.

El humanismo y la ética son perceptibles como necesarios en la práctica médica, sin embargo al paso de los años de servicio en las instituciones o en la práctica privada, las bases adquiridas durante la formación desaparecen gradualmente debido a la integración de los médicos a la libre competencia del mercado laboral y a la falta de actualización en esas asignaturas. Las materias que cursaron los

informantes en la universidad y que incluyen bases ético-filosófica-humanísticas son: Psicología, Antropología médica, Ética médica, Historia de la medicina y Salud Pública. Se observa que estas asignaturas comprenden los contenidos mínimos de aprendizaje para esas bases que requiere la AMFEM, pero es en el desempeño profesional es donde ellas deberán concretarse, lo cual sucede mayoritariamente al iniciar su práctica los médicos pasantes, recién egresados. Las percepciones del médico acerca del paciente cambian según la antigüedad de servicio del médico, al principio existen ideales pero progresivamente el médico se va burocratizando y mercantilizando.

Los médicos de la Región Fronteriza tienen percepciones sobre la relación médico-paciente que varían según el tiempo de experiencia profesional y de los contextos. En vista de que la formación profesional relacionada con las bases filosóficas y éticas no se considera importante durante la carrera, su contenido es aprendido empíricamente durante la práctica. Por otra parte, en función de la historia de vida de cada individuo, es difícil dejar atrás concepciones sobre un elevado estatus social del médico, la mercantilización de la medicina y la relación médico-paciente como una relación de poder. Continúa siendo más importante el objeto de estudio (diagnóstico y tratamiento certero) que la relación con el sujeto, como una persona que acude buscando alivio integral para un padecimiento.

Durante toda la historia de las universidades en el mundo, la carrera de médico ha sido rodeada de gran prestigio, y es la clase media-alta, eventualmente la trabajadora con muchos esfuerzos, quien logra realizar dichos estudios. Por ello existe todo un ritual académico, de iniciación, que lo ubica en la cúspide de las profesiones y del estatus social. La ideología de la clase media, fincada en los indicadores de ingreso, prestigio y poder no ha permitido una adecuada relación médico-paciente. En el discurso consciente de los médicos de la Región Fronteriza, la relación médico-paciente no es una relación de dominación, si algunas veces se exaltan los médicos es, dicen, en respuesta a que algunos pacientes llegan “agresivos y exigentes”. El rol del enfermo, que se encuentra en posición de extrema debilidad, lo hace particularmente vulnerable. La dolencia hace surgir en el enfermo y sus allegados complejos problemas de ajuste emocional. El médico, por su

parte, también ha manifestado las diferentes carencias de medicamentos, de instrumentos y de infraestructura en las clínicas. La carga excesiva de consultas impide que haya más comunicación con el paciente debido a la corta duración de la consulta por la presión del tiempo.

Se tiene la percepción de que las mujeres médicas son más responsables que los hombres. Aunque con limitaciones, por ejemplo, en la Ortopedia, donde se utiliza mucha fuerza durante su desempeño. En el terreno ético se dice que existe un profundo respeto hacia uno y otro género, pero en algunas comunidades se prefiere que laboren mujeres médicas porque son las mujeres de la comunidad quienes más acuden a consulta, y acompañando a sus hijos y otros familiares.

Los médicos de la Región Fronteriza de Chiapas, tipifican a los pacientes como renuentes, agresivos, alcohólicos y hasta exigentes. Pero ante estas actitudes imponen la confianza al paciente, la empatía, la explicación repetida y la paciencia. Se observa que muchos médicos ayudan a sus pacientes al verlos pobres y mal alimentados. En el discurso de los médicos pasantes se repite el concepto de igualdad y se comportan cariñosos, amigables, mientras que, los de más experiencia ponen más cuidado en el diagnóstico, en lo técnico, pero también responsablemente.

No es posible determinar el peso de cada uno de los factores del médico y su entorno, que influyen en la práctica, ya que forman parte de un complejo sistema integrado desde la formación profesional hasta los diferentes contextos socioculturales de la Región Fronteriza de Chiapas.

Se reconoce que en la comunicación entre el médico y el paciente existe un conjunto de símbolos, valores y principios que son individuales y diferentes. La empatía, que significa ubicarse en el lugar del otro, reconoce esta individualidad y la necesidad de conocer los diferentes contextos sociales, culturales y económicos.

El uso de técnicas cualitativas y el método comprensivo en el análisis, permitió alcanzar los objetivos, al describir e iniciar el proceso de comprensión sobre el fenómeno complejo de la relación médico-paciente. Las percepciones médicas, englobadas en un currículo central del médico, tienen influencia directa en las formas de relación con el paciente, que inciden en el éxito o no de un tratamiento específico. Una de

las causas o explicaciones del eventual resultado, es la ya mencionada formación profesional que enfatiza el reconocimiento y tratamiento de las manifestaciones objetivas de la enfermedad, minimizando los factores ético-filosóficos, humanísticos y el contexto en que intervienen.

En Chiapas, estado donde existen escuelas de medicina: una gubernamental, la Universidad Autónoma de Chiapas, y una particular, la Escuela de Medicina Salazar Narváez, pero grandes rezagos en salud, la educación médica general debería ubicarse en las prioridades de las políticas públicas. Y para hacer referencia a los factores que influyen en la formación médica, existe la imperiosa necesidad de integrar un currículo médico que resuelva problemas de salud pública en el estado.

En la Educación Básica, Media y Superior deberían incluirse asignaturas que además de exponer la ciencia positiva fortalecieran la formación del estudiante en actitudes éticas, compromiso social y habilidades de comunicación, que apoyen su trabajo, cualquiera que sea la carrera profesional elegida.

El esfuerzo por abatir los errores médicos, el abandono de tratamientos por parte de los pacientes, los fracasos terapéuticos, la morbilidad y la mortalidad, las limitaciones de recursos humanos y económicos, puede ser apoyado por una adecuada relación médico-paciente que genere mayor solidaridad y adherencia a los programas de salud pública y optimice los servicios prestados.

Dentro de las limitantes de este tipo de estudio, está la imposibilidad de generalizar los resultados a otros contextos sociales y culturales, así como el considerar únicamente la parte médica, estando ausente la parte del paciente. Por otro lado, existen diferentes corrientes teóricas que se podrían abordar en el análisis de la relación médico-paciente, pero el presente estudio no se propuso dichos alcances.

FUENTES CONSULTADAS

AGUIRRE BELTRÁN, G. (1994), *Antropología médica. Sus desarrollos teóricos en México*, México: Universidad Veracruzana (UV)/Instituto Nacional Indigenista (INI)/Gobierno del Estado de Veracruz/Fondo de Cultura Económica (FCE).

- BISQUERRA, R. (2000), *Métodos de investigación educativa. Guía práctica*, Barcelona: Grupo Editorial CEAC.
- CEIRANO, V. (2000), “Las representaciones sociales de la pobreza. Una metodología para su estudio”, en *Cinta de Moebio. Revista de Epistemología de Ciencias Sociales*, núm. 9, diciembre, Santiago: Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Chile. Artículo en línea disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/indice.html>. 2003.
- CUEVAS URIÓSTEGUI, M. L., ÁVILA MARTÍNEZ, I., OLIVER MÁRQUEZ, J., SUMANO CATALÁN, M., PALOMARES HERNÁNDEZ, G., GARDUÑO ESPINOSA, J. (1991), “Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica”, en *Salud Pública de México*, vol. 33, núm. 6, noviembre-diciembre, México: Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), pp. 576-583.
- FREYERMUTH ENCISO, G. (1993), *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, San Cristóbal de Las Casas: Gobierno del Estado de Chiapas/Instituto Chiapaneco de Cultura/Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) del Sureste.
- GARCÍA F., GUTIÉRREZ J., DELGADO, J. M., GUTIÉRREZ, J., SANTAMARÍA, C. (1995), *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid: Síntesis.
- GIDDENS, A. (1977), *El capitalismo y la moderna teoría social*, Barcelona: Labor.
- (1988), *Sociología*, Madrid: Alianza.
- GOOD, B.J. (1994), *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*, Cambridge, UK/Nueva York: Cambridge University Press.
- HERNÁNDEZ, G. (1998), *La calidad de la educación médica en México. Principios básicos*, México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)/Plaza y Valdés.
- JURISDICCIÓN SANITARIA III, REGIÓN FRONTERIZA (2010), *Panorama Epidemiológico y registros estadísticos. Departamento de epidemiología*, Comitán: Instituto de Salud del Estado de Chiapas (documento interno).

- LLOVET J. J. (1999), "Transformaciones en la profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo", en Mario Bronfman, Roberto Castro (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América latina*, México: EDAMEX/INSP, pp. 336-349.
- MARX, K. (1982), *El Capital. Crítica de la economía política*, tomo 1, México: FCE.
- NOVACK, D. H., SUCHMAN, A. L., CLARK, W., EPSTEIN, R. M., NAJBERG, E., KAPLAN, C. (1997), "Calibrating the Physician: Personal Awareness and Effective Patient Care", en *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 278, núm. 6, 13 de agosto, Chicago, IL: American Medical Association, pp. 502-509.
- NOVELO, M. (2003), "El lado humano de las profesiones". Ponencia en la Mesa redonda *Semana de la Ciencia y Tecnología*, febrero, Teatro de la Ciudad, Comitán: Instituto Tecnológico de Comitán, Chiapas.
- PARSONS, T. (1981), *La sociedad. Perspectivas evolutivas y comparativas*, México: Trillas.
- PRITCHARD, P. (1990), "El rol técnico del médico general", en *Manual de atención primaria de salud. Su naturaleza y organización*, Madrid: Díaz Santos, pp. 87-113.
- ROJAS, R. (1990), *Crisis, salud, enfermedad y práctica médica*, México: Plaza y Valdés.
- Secretaría de Hacienda del Gobierno de Chiapas (SHGCH) (2006), *Anuario estadístico de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez: Talleres Gráficos del Gobierno del Estado.
- STINNETT, T. M. (1980), "Perspectivas históricas/status profesional y legal/organizaciones profesionales", en *La profesión de enseñar*, Buenos Aires: Troquel, pp. 10-27.
- SUCHMAN, A. L., MARKAKIS, K., BECKMAN, H. B., FRANKEL, R. (1997), "A model of Empathic Communication in the Medical Interview", en *JAMA*, vol. 277, núm. 8, 26 de febrero, Chicago, IL: American Medical Association, pp. 678-682.
- WEBER, M. (1983), *Economía y sociedad: esbozo de sociología comprensiva*, 6a reimpr., México: FCE.

——— (1972), “La racionalización de la educación y la instrucción”, en *Ensayos de sociología contemporánea*, Barcelona: Martínez Roca, pp. 294-299.

Fecha de recepción: 6 de enero de 2009

Fecha de aprobación: 21 de diciembre de 2009