



II CURSO DE MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA

**SALUD INTERCULTURAL Y HUMANISMO, BASES DE LA
RELACIÓN MEDICO- PACIENTE EN EL AREA RURAL**

MUNICIPIO DE BETANZOS -POTOSI-

LUIS SERGIO CÓRDOVA CUETO

TUTORA: KATHIA BUTRON Ph.D

Sucre – Bolivia

2006

Al presentar esta tesis como uno de los requisitos previos para la obtención del grado de magister de la Universidad Andina Simón Bolívar, autorizo al centro de información o a la biblioteca de la universidad para que haga de esta tesis un documento disponible para su lectura según las normas de la universidad,

Estoy de acuerdo en que se realice cualquier copia de esta tesis dentro las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica potencial.

También cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar los derechos de publicación de esta tesis, o de parte de ella, manteniendo mis derechos de autor, hasta un periodo de 30 meses después de su aprobación.

Luis Sergio Córdova Cueto.

Sucre, septiembre de 2006

RESUMEN

El continuo avance científico tecnológico del saber humano y sobre todo de la Medicina obliga a que no solo los conocimientos médicos tengan una continua vigencia y actualización, sino también en nuestro caso los referidos al comportamiento y desempeño profesional con relación al paciente. Para este cometido, la *relación médico-paciente* depende de una serie de factores; entre los que sobresalen nítidamente la interculturalidad y el menoscabo humanista.

La inexistencia de una investigación al respecto; identificado como el factor principal de restablecimiento de la salud, nos ha llevado a la búsqueda de una solución que tiene la pretensión de ofrecer las bases seguras para un comportamiento y ejercicio profesional competente.

El diseño propone una investigación cualitativa con enfoque sistémico a la consecución de un mejoramiento de la *relación médico-paciente* dentro en el área rural, -Municipio Betanzos del Departamento de Potosí- tomando como base el gran reto de la interculturalidad., que se reflejan en el modelo propuesto, como una alternativa para superar la insuficiente *relación médico-paciente*, que permitirá mejorar la imagen del profesional médico.

*“Las medicinas serán bien utilizadas cuando el médico comprenda su naturaleza, **que es el hombre**, que es la vida y que son el estado físico y la salud. Conociendo bien estos aspectos se conocerán sus opuestos. Entonces sabrán bien como diseñar un remedio”*

Leonardo da Vinci

DEDICATORIA:

*A mi Maestro Médico y a quienes como él creen que, por sobre todas las cosas la Medicina debe recuperar su ethos de ciencia humana, que entienda al paciente como un ser humano, que vive, siente, y sufre el dolor de la enfermedad. Solo el médico humano, ético, generoso, consagrado, y comprometido, será el que logre superar, ya barreras culturales, geográficas, lingüísticas y hasta de sometimiento burócrata-administrativo, en aras de lograr una **relación médico-paciente** ansiada.*

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi profundo agradecimiento a la Universidad Andina "Simón Bolívar" por la oportunidad que me dio de conocer, comprender y aprender en profundidad la Salud Pública.

Al Director del Área Salud; Dr. Dorian Gorena Urizar por su apoyo y colaboración prestada en todo momento.

A mi tutora Dra. Katia Butron, por sus valiosas enseñanzas, su tolerancia y comprensión en el camino recorrido en la elaboración de la presente Tesis.

Mi gratitud también a los profesores que impartieron sus conocimientos en forma magistral, durante todo el desarrollo de la maestría.

A todos mis compañeros de curso, por los gratos instantes que pasamos juntos y en los cuales encontramos espacios de discusión y trabajo que nos permitieron profundizar nuestros conocimientos.

Deseo dar un especial reconocimiento a las anónimas estudiantes de la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Autónoma Tomás Frías de Potosí. Sin cuya colaboración la investigación no hubiera alcanzado los objetivos deseados.

Mi reverencia al paciente indígena, cuyo dolor y miseria solo se puede entender cuando se lo ven de cerca; mi consideración a la difícil labor del médico rural.

Finalmente deseo expresar mi agradecimiento y valoración a mi querida familia en especial a mi adorado padre por su benevolencia en mis luchas.

A todos ellos, mi agradecimiento eterno.

INDICE

	PAGINA
INDICE	5
CAPITULO I. INTRODUCCION	8
ANTECEDENTES. DIMENSION DE LA TEMATICA	8
NECESIDAD DE UN NUEVO HUMANISMO BASADO EN EL	
CONOCIMIENTO DE LA INTERCULTURALIDAD	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACION E IMPORTANCIA	19
OBJETIVOS GENERAL Y ESPECIFICOS	21
CAPITULO II. MARCO CONTEXTUAL	22
Antecedentes.....	22
Algunas características de Bolivia.....	26
Algunas características del departamento de Potosí.....	26
Principales características del Municipio de Betanzos.....	28
CAPITULO III. MARCO TEORICO	33
Antecedentes.....	33
CAPITULO IV. METODOLOGIA	52

Enfoque de la investigación.....	52
TIPO DE ESTUDIO.....	53
AREA DE ESTUDIO.....	53
Criterios de inclusión y exclusión.....	54
Fuentes de información.....	55
MUESTRA.....	55
Recolección de datos.....	56
Elaboración de la guía de grupos focales.....	56
Constitución y desarrollo de grupos focales.....	57
Entrevista a profundidad a médicos.....	58
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	62
TRIANGULACION.....	63
CAPITULO V. RESULTADOS.....	64
CAPITULO VI DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	85
CAPITULO VI.	
MODELO DE UNA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE HUMANISTA	
CON ENFOQUE INTERCULTURAL	88
Características de la dimensión humanista e intercultural.....	91

Fundamento humanista.....	96
Fundamento sociológico e intercultural.....	97
Rutas para el mejoramiento intercultural y humanista.....	101
ANEXOS.....	108
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	118
BIBLIOGRAFIA.....	119

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES. DIMENSION DE LA TEMATICA

La **relación médico-paciente** es la vinculación entre dos personas, por un lado el médico y por otra el paciente a la que además se integra la sociedad, comunidad. El médico realiza su trabajo, pero este no es un algo aislado, irresponsable, sino una actividad en la sociedad y para la sociedad, buscando un sentido nuevo, un sentido adecuado a la sociedad actual en que nos encontramos.

La definición operativa que asigna la Salud Publica a la relación medico-paciente es como el de una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud, se trata de una relación donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud uno de las mas preciadas aspiraciones del ser humano.

Ahora bien el concepto de salud pública no hace referencia solamente a la salud de la población, sino también a la salud generada por la población e incluidas además las actuaciones del Estado como su principal instrumento institucionalizado. Entonces si la relación medico-paciente es la base de la gestión en salud y una actividad en la sociedad y para la sociedad, ¿cual es la sociedad en la que se desenrolla esta relación en Bolivia?.

El dato mas profundo de nuestra realidad es la existencia de muchos pueblos, y estos representan situaciones notablemente distintas según su ubicación geográfica. Una consecuencia inmediata de tan compleja diversidad de nuestra realidad es que hoy en día en el país existen situaciones socioculturales y lingüísticas que todavía predominan como secuela de la gran concentración de población originaria.

Actualmente las condiciones de salud de la población originaria (indígena) y según múltiples análisis en los diferentes países de América Latina, se localiza en el nivel más bajo y con grandes desigualdades respecto a la población no indígena.

El acceso a la salud de los indígenas es insuficiente y además esta basado en un modelo no acorde a la realidad de la situación de salud de la población indígena, lo que genera baja aceptación con escaso personal de salud idóneo.

El concepto de salud enfermedad que tiene estas culturas originarias es otro, pues esta ligado al concepto de equilibrio o desequilibrio con las fuerzas de la naturaleza similar al de las sociedades primitivas.

Los sistemas de atención en salud hasta ahora por lo general han pretendido abordar el problema de un modo homogéneo desconociendo el contexto plural y multicultural mediante la implementación de políticas de salud únicas, aplicadas por igual en este contexto diverso.

El resultado de esto en lo que a salud se refiere son las grandes inequidades y desigualdades en la situación de salud y en el acceso a los servicios de salud entre la población indígena y no indígena.

Ante este contexto es pues importante saber como puede desenvolverse la relación medico-paciente entre el medico que tiene una formación académica basada en el modelo biomédico occidental y el paciente indígena que tiene otro modelo explicativo de la salud y enfermedad.

En el paradigma medico occidental, forma al medico a ver la enfermedad como el mal funcionamiento de procesos biológicos y psicofisiológicos sin incluir el conjunto de reacciones personales y culturales ante la enfermedad, es decir el padecimiento. En contraposición la experiencia del paciente ante la enfermedad esta siempre fuertemente moldeada por los factores culturales y socioeconómicos, así lo demuestran los estudios antropológicos y sociales. Estos factores son los

que determinan la conducta del paciente para quien no es tanto la enfermedad como el padecimiento lo que tiene mayor importancia.

Edmundo Husserl postulo que es mas interesante “como es percibido un objeto que el objeto en si mismo”. Esta reflexión viene al caso porque en un ámbito intercultural, la misma enfermedad no es una realidad compartida por el medico y el paciente. El foco de atención del medico esta determinado por sus conocimientos propios de su profesión, en tanto que el foco de atención del paciente están determinados por sus costumbres y creencias.

Durante los últimos 50 años con la introducción de los avances en la ciencia y la tecnología, gran parte de los profesionales médicos, progresivamente han perdido la imagen humanista que los identifico con el modelo hipocrático mantenido durante muchos siglos, para ser considerados como simples técnicos, ávidos de reconocimiento económico y profesional, adheridos al modelo racional cientificista y tecnológico, divorciado de la sensibilidad humana, consustancial al ejercicio de la medicina clásica y tradicional, cuyo humanismo sustentaron para la posteridad medica los mas calificados cultores del pensamiento universal. La tecnología debe ser considerada como un elemento, antes que negativo, mas bien como un poderoso instrumento al servicio de los pacientes y quizás también como una ayuda para resolver muchas de las demandas.

Es cierto que cuando hablamos de “Tecnología” referido al equipamiento e instrumentos médicos no estamos diciendo nada. Generalmente es usado este tópico para ser utilizado como un factor deshumanizante, que en gran medida satanisa a la maquina y la opone al hombre. Pero ¿Por qué debemos considerar como opuestos a la tecnología y el Humanismo?. De hecho ambas características son complementarias. Las maquinas nacen de la inteligencia y de la habilidad de los seres humanos. No hay nada de inhumano en ellas.

Las **concepciones culturales de salud y enfermedad y su influencia en la relación médico-paciente** la Organización Panamericana de la Salud ya señalo:

“...La interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar...”

Interculturalidad significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan entender mutuamente, comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra, de esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo.

Respecto a ***sí existen estudios afines a la temática elegida en Bolivia***, pese a nuestro esfuerzo no se pudo encontrar investigaciones específicas a la *relación médico-paciente* en un contexto intercultural, por el contrario sí se encontraron bastantes estudios de orden cualitativo de la demanda de los servicios de salud.

Rescatando lo más significativo, se puede afirmar que el término de Salud Intercultural, no bien precisado todavía, sin embargo que su uso será cada vez más frecuente en nuestro contexto; adquiere una real importancia, mucho más cuando grandes cambios se vislumbran no solo en Latinoamérica sino, ahora más que nunca en nuestro propio país. En este contexto debe ser preocupación nuestra saber que factores son los que influyen desde el punto de vista intercultural y también desde el punto de vista humano en la *relación médico-paciente*, que es el propósito de nuestro trabajo.

Al inicio de la propuesta intentaré reflexionar sobre el comportamiento médico especialmente desde el punto de vista de la interculturalidad y de la naturaleza humana, sobre lo que hace y su papel en la conducta humana, en la conducta del médico; para ver si es necesario encauzar y enderezar el rumbo en que el médico se desenvuelve frente a una sociedad indígena no siempre bien comprendida.

Un paso previo a comentar de acuerdo al enfoque de nuestra propuesta y en consideración a la magnitud de la población indígena de nuestro país y la región; nos marca primero tratar de definir la *noción de indígena*, ya que su adscripción hasta la fecha puede ser todavía origen de consecuencias negativas.

La *expresión indio* empleado desde la colonia, se aplico en la gran variedad de los pueblos americanos, a una masa de personas con posibilidades de ser explotadas y convertibles a la fe. Pese a esto el concepto de indígena todavía no esta resuelto, y dentro los varios criterios que para la cuestión deben ser tomados en cuenta, destacan:

- *Identificación individual*, en virtud de su descendencia.
- *Identificación de un territorio concreto como indígena* y calificar a las personas que lo habitan con este termino.
- *Identificación de un grupo como indígena*, a través de criterios socioculturales y legales

Como podemos darnos cuenta todos estos componentes, adolecen de muchas dificultades. Quizás los criterios más rescatables para nominar a un grupo como indígena podrían ser:

Raciales o biológico y socioculturales, entre los que destaca el idioma, los conocimientos, actitudes y prácticas comunes, con conciencia propia de identidad y voluntad de proteger y transmitir sus elementos de identidad.

Al respecto, otros datos importantes de la población indígena nos muestran, que actualmente se estima que la población indígena del continente americano es de aproximadamente 40 millones de personas; apuntando también que la población indígena de nuestro país representa mas del 40% de la población total.

Pero un algo que tiene también importancia y que juega un rol preponderante en la *relación médico-paciente* desde el enfoque intercultural, es que el conjunto de población indígena de nuestro país, (quechua, aymará, guarani, etc.) representa una gran variabilidad de culturas, idiomas, y formas de entender y cuidar su salud. Si sumamos a esto que nuestros sistemas de salud tienen por lo general todavía un enfoque muy asistencialista y que además choca con las medicinas tradicionales, olvidando que el sujeto es un ser integral, que forma parte de un entorno físico y espiritual que condiciona su estado de salud; fácil es darse cuenta de los numerosos problemas que tiene la salud.

Todas estas dificultades van creando una *relación médico-paciente* desde el punto de vista intercultural todavía no bien comprendida, tanto por el médico como por el paciente indígena.

Por esto la salud concebida para el paciente indígena, de la cultura indígena, puede ser entendida, como ya lo definieron algunos sociólogos, en una aproximación como la que sigue:

La **salud indígena** es el estado de normalidad, de equilibrio del hombre con su propio espíritu, con su familia, con su grupo social, con la naturaleza y con los espíritus y fuerzas que la rigen. (1)

Por tanto esta unión y armonía también se espera que se de en la *relación médico-paciente*, como consecuencia del cumplimiento de un conjunto de normas de conducta y valores humanos que son transmitidos culturalmente. La pérdida del equilibrio entre dos culturas acarrea al sufrimiento y la **necesidad del restablecimiento de uno nuevo**.

De ahí que, la atención y comportamiento del médico en el área rural deberá ser orientada teniendo en cuenta el enfoque intercultural, que es motivo de nuestra

investigación; ya que nuestra población no puede ser abordada de modo homogénea, desconociendo el contexto de pluralismo multicultural de nuestro país, de nuestra región; que dan como resultado grandes problemas de salud y falta de acceso de la población indígena a los servicios sanitarios rurales del país.

Mientras las sociedades indígenas no sean vistas con una realidad cultural propia y mientras los diferentes originarios no sean gradualmente y armoniosamente incorporados, y las sociedades se tornen más homogéneas, suponemos que la poca armonía en la *relación médico-paciente* seguirá siendo causa y origen de la insuficiente atención médica.

Se hace, pues, imperativo valorar la situación de salud desde el punto de vista del primer contacto con el paciente, sin olvidar que nuestra población indígena presenta una serie de variables asociadas con su estado de salud, en relación muy estrecha con su pobreza, su pluralidad, su cultura, tradiciones, su analfabetismo, etc.; que deberán ser superadas con otros condicionantes de la salud.

Una otra relación importante es la referida al comportamiento humano, dentro del acto médico para nuestro caso particular, el comportamiento del médico con el indígena *-relación médico-paciente-* que significa el primer contacto de una alta responsabilidad del encargo social.

El médico realiza su trabajo, pero este no es un algo aislado, irresponsable, sino una actividad en la sociedad y para la sociedad.

NECESIDAD DE UN NUEVO HUMANISMO BASADO EN EL CONOCIMIENTO DE LA INTERCULTURALIDAD.

Durante los últimos 50 años, la mayoría de los profesionales médicos, progresivamente han perdido la imagen humanista que los identificó con el modelo

hipocrático mantenida durante muchos siglos, para ser considerados como simples técnicos, ávidos de reconocimiento económico y profesional, pero, divorciados de la sensibilidad humana, consustancial al ejercicio de la medicina clásica y tradicional, cuyo humanismo sustentaron para la posteridad médica los más calificados cultores del pensamiento y la medicina universal, tales como Hipócrates, Galeno, Aristóteles, Platón. Ellos aportaron los conceptos esenciales que definen la espiritualidad humana, hoy tan olvidados en el ejercicio profesional.

Estos cambios profundos no pueden ignorarse indefinidamente tanto desde el punto de vista humano, político, cultural y de salud, ya que la evidencia de las diferencias en el estado de salud, desde el primer contacto, están relacionadas no solo con factores ambientales, culturales, étnicos, de género, de accesibilidad y acercamiento de los dos personajes que tienen que ver en la *relación médico-paciente*, sino que deberán ser también abordados desde el punto de vista humano-intercultural, para conseguir una salud eficaz y adecuada a nuestra propia realidad.

Es importante también la comprensión de los procesos determinantes en los que se desenvuelven las poblaciones indígenas respecto a las mestizas y los factores que condicionan las diferencias, para una adecuación del comportamiento en la atención de salud. De acuerdo a esta interculturalidad no debemos entender el humanismo y la tradición humanista como una invención o recreación cultural del pasado, sino como una apertura a nuevas situaciones, a nuevos espacios que se abran ante los hombres médicos, además de un compromiso con nuestro propio tiempo, un nuevo humanismo construido sobre un legado del pasado, para lanzarse a encontrar sus propias respuestas en el comportamiento del nuevo médico, del médico ideal del presente, científico y humano teniendo en cuenta las características, conocimientos, hábitos, creencias, tradiciones, etc. del poblador indígena, que nos trasladara a una visión integral de la salud.

La búsqueda realizada a fin de encontrar referentes bibliográficos que sirvan a nuestra investigación se ha centrado en ubicar trabajos en los diferentes contextos de nuestro país.

Como ya lo mencione lamentablemente no se pudo encontrar investigaciones específicas a la *relación médico-paciente* en un contexto intercultural, por el contrario sí se encontraron bastantes estudios de orden cualitativo de la demanda de los servicios de salud. En tal sentido remitiremos algunas de estas investigaciones que consideramos importantes de ser tomados en cuenta y que en nuestro criterio ya conflictúan la *relación médico-paciente*.

En el libro “Hagamos un Nuevo Trato” del Grupo Solidaridad de El Alto y el Taller de Historia y participación de la mujer (TAHIPAMU) escrito en el año 1994 en la página 8, menciona que las mujeres que tuvieron sus hijos en servicios de salud al margen de recibir un trato frío y maltrato, se pudo constatar que el personal médico suele desconocer las costumbres, creencias y expectativas de las mujeres indígenas.

En el estudio “Barreras y Viabilizadores en la atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales”. La Paz Bolivia, Mother Care y Marketing S.R.L de septiembre de 1996 en la página 124 menciona que para varias mujeres especialmente del área rural, es una experiencia casi traumática el de ser sometidas a procedimientos clínicos totalmente ajenos a su cultura.

Otro estudio realizado por el Centro de Investigación, Accesorio y Educación en Salud (C.I.A.E.S) junto al apoyo de UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Maternidad Tradicional, Conocimientos actitudes y prácticas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo”, Cochabamba-Bolivia, página 10, concluye “Que las mujeres del grupo estudiado no usan los servicios de salud porque no tienen las

condiciones financieras para pagarlos, *porque no les gusta el trato que reciben cuando acuden* y porque en muchos aspectos de los servicios chocan con sus ideas de salud”.

Más recientemente un estudio de “Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia” OPS-OMS 2004 (Organización Panamericana de la Salud; Organización Mundial de la Salud), indica “que un 60% de las causas de exclusión son externas al sistema de salud y tienen que ver con factores culturales, educacionales y la dispersión geográfica; y con la discriminación por motivos étnicos”. (10)

El mismo estudio estima que alrededor de un 77% de la población boliviana se encuentra en la actualidad excluida en diversas formas del sistema de salud, siendo las poblaciones mas afectadas aquellas comunidades que viven en el altiplano y valles rurales.

Son estos porcentajes, como el que 77% de la población esta excluida del sistema de salud y que las poblaciones mas afectadas son las que viven en el altiplano y valles rurales, sumado al 60% de que las causas de exclusión son culturales y étnicas, las que representaron el acicate y fundamento para el trabajo de investigación y por las cuales se eligió el Municipio de Betanzos del Departamento de Potosí.

El otro hecho que la cultura quechua en su etnofisiología (forma en que concibe un grupo étnico su cuerpo y su relación con el mundo externo) tiene otro concepto de concebir el proceso de salud y enfermedad, nos plantea un otro motivo de indagar sobre la *relación médico-paciente* en el contexto intercultural.

Por todo lo expuesto, se insiste que es de gran importancia conocer con mayor profundidad aspectos cualitativos como son los conocimientos, percepciones, expectativas y actitudes de la *relación médico-paciente*, que influyen en un mejor acercamiento y por ende en la calidad de atención, tanto desde el punto de vista de los pacientes del área rural y de los médicos que trabajan en la misma.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una atención idónea y con calidez se inicia entre el médico y el paciente, ambos están solos y a solas debe uno decidir; y otro satisfacer sus expectativas ante la incertidumbre del temor y angustia que causa la enfermedad. En suma el paciente debe abandonarse al conocimiento y a la conciencia del médico que representa su única posibilidad para recuperar la salud, pero la confianza del paciente será tanto más grande cuanto mayor sea el conocimiento del médico y en mayor grado le muestre que lo conoce.

Muchos hechos y observaciones en mi vivencia personal como médico del área rural que tiene que ver con esta relación me han motivado para iniciar mi trabajo de investigación, entre estos sobresalen:

- Barreras lingüísticas y de comunicación intercultural, en la relación de los indígenas con el médico y las instituciones de salud.
- Cierta resistencia al uso de los servicios, a pesar de ser algunos gratuitos, y muestra de desconfianza hacia la medicina ofertada, al parecer por experiencias negativas de actitud discriminatoria.
- Incomprensión del indígena sobre el propósito y la necesidad de algunas intervenciones, tales como vacunación, inyecciones, exámenes de sangre, y otros de de gabinete, que terminan por distanciar y alejarlos de los puestos de salud.
- Falta de cumplimiento de las prescripciones médicas.
- En el caso de la atención ginecológica existen barreras específicas como el pudor y el hábito de ser atendidas solo por mujeres y de acuerdo a sus tradiciones.

- La población indígena parece además tener siempre presente el estigma de la marginación y la pobreza.
- Frustración, impotencia, de los médicos al no lograr participación y compromiso de la población en los programas y actividades de salud.

Por tal razón se plantea el siguiente problema a ser estudiado:

¿Cuáles son los factores y condiciones básicas inherentes al médico, al paciente rural y a la institución de salud, que facilitan o limitan, dentro un contexto intercultural, la *relación medico paciente*, esencia de la labor médica?

JUSTIFICACION O IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Por lo manifestado podemos decir que la investigación es importante, pues la información que presentamos será muy útil para los actores de la *relación médico-paciente*; inherente al propio médico, al paciente indígena y a las institución prestadora de salud, ya que la averiguación que se pretende recoger y analizar será muy útil y podrá generar cambios y transformaciones en los componentes que tienen que ver con la ansiada y efectiva *relación médico-paciente*.

Siempre se ha enfatizado con esclarecida sapiencia que la esencia y la principal razón de ser del acto médico en el transcurso de los tiempos es el amor al prójimo – humanismo-. Sin embargo la medicina practicada en el área rural, padece actualmente de un desconocimiento o poca valoración al prójimo -indígena-.

En este contexto, la salud se ha convertido también en una mercancía costosa generalmente inalcanzable por la mayoría nuestra población, precisamente más por razones de desconocimiento social y cultural, que de mercantilismo. El costo de esta enajenación es muy elevado, porque de este modo el médico se niega a sí mismo, proyecta una imagen profesional negativa, que es percibida por la comunidad indígena como carente de sensibilidad humana.

Las sociedades de países como el nuestro, no son ajenas a este proceso de deshumanización médica, en perjuicio de los sectores sociales menos favorecidos - población indígena-, para quienes el acceso a los servicios de salud a menudo es inalcanzable; no obstante la propaganda en sentido contrario.

El sistema universitario nacional a través de sus Facultades de Medicina, es otro factor estructural que contribuye al problema al formar médicos ajenos a la realidad del país tal aseveración se puede apreciar al observar la curricula de materias de las distintas facultades de medicina del país ya que todas adolecen de una falta en materias de Antropología Médica, Salud intercultural, Deontología y Ética Médica, etc. Lo contrario ocurre en otros sistemas universitarios del continente como ejemplo explícito se puede ver la incorporación de estas materias en la curricula de las universidades de Chile o México solo por citar algunas, ¿entonces podríamos afirmar que el sistema universitario en Bolivia representan un otro factor de deshumanización, al no formar médicos acordes a nuestra realidad?.

Se hace imperativo, entonces, la real comprensión, aceptación y aproximación mutua entre los gestores de salud y la población indígena, que permita un mayor acercamiento, teniendo en cuenta sus características, conocimientos, hábitos y creencias propias del paciente rural.

La investigación contribuye a innovar la *relación medico-paciente*, desde el enfoque intercultural, pues la misma se desarrolla en un municipio del área rural, municipio de Betanzos del departamento de Potosí.

Son estos algunos de los argumentos planteados los que justifican la presente investigación.

OBJETIVOS:**a) OBJETIVO GENERAL**

Explorar cuáles son los factores y condiciones básicas inherentes al médico, al paciente rural y a la institución de salud, que facilitan o limitan, dentro de un contexto intercultural, la *relación médico paciente*.

b) OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Identificar y describir los factores relacionados con actitudes, sentimientos y prácticas de los pacientes del municipio de Betanzos que influyen en la *relación médico-paciente*.
- 2 Identificar la percepción de los médicos respecto a la visión que tienen sus pacientes sobre la salud y enfermedad, así como sus expectativas respecto a la atención médica.
- 3 Identificar que factores relacionados a la actividad *medico-paciente* son determinantes para el acercamiento de los pacientes del área rural a los servicios de salud.
- 4 Identificar que factores inferidos a la institución son determinantes para el acercamiento entre médicos y pacientes del área rural.
- 5 Diseñar e implementar un proyecto o modelo humanista con enfoque intercultural para una adecuada *relación médico-paciente*; pilar fundamental y determinante para una recuperación y restitución del paciente indígena.

CAPITULO II

MARCO CONTEXTUAL

ANTECEDENTES

Desde que apareció el hombre en la tierra ha estado sometido a algún tipo de padecimiento, probablemente una herida haya sido la primera injuria, y en su impotencia de asistirse o curarse solo; busco otra persona, un compañero que lo asista y ayude a recuperarse de su dolencia, esa persona quizás fue escogida como la más idónea, pero que, además gozaba de su simpatía y confianza, y así probablemente surgió la primera *relación médico-paciente*.

Asustado por el misterio del dolor, la enfermedad y la muerte que lo deja indefenso, el paciente sabe que debe abandonarse al conocimiento y a la conciencia del médico que representa su única posibilidad. Es el encuentro de una confianza y de una conciencia.

Es bien sabido que la medicina y la biología han hecho progresos espectaculares en estos últimos decenios, que aportan beneficios considerables a la salud y al bienestar de hombres y mujeres. Sin embargo sobre las peculiaridades de la *relación médico-paciente*, todavía psicólogos, filósofos, sociólogos, antropólogos y hasta teólogos siguen haciendo de la *relación médico-paciente* objeto de documentados análisis, reflexiones voluminosas y no pocas controversias.

Dicha relación constituye en verdad, el núcleo vertebrador del quehacer, la razón de ser de la profesión médica, que representa una cotidiana reafirmación de la creencia en las más genuinas virtudes humanas: fe, esperanza, coraje, disciplina, confianza

devoción, fortaleza moral, aceptación de la adversidad como fenómeno vital y como experiencia racional.

Cualquiera que sea el marco legal o social, la intervención médica, es decir, el diagnóstico y el tratamiento de un paciente, se realiza a solas. El médico esta solo y el enfermo esta solo. El enfermo tiene una infinidad de derechos, pero lo que espera del medico es finalmente que el haga lo mejor, es decir le brinde una atención concienzuda, diligente y conforme al estado de los conocimientos médicos.

Partiendo de estos principios ineludibles, es pues, de suponer que la *relación médico-paciente*, en nuestro país con un contexto socioeconómico dentro los mas pobres del continente, sumado a un alto porcentaje de población indígena con usos y costumbres de distinta visión a los de la biomedicina occidental, la *relación médico-paciente* seguramente se encuentra atrapada entre dos mundos, en un ciclo de incomprendiones de repetidos encuentros no deseados y de actividades en salud realizadas en condiciones de riesgo, que muchas veces lamentablemente acaban con la muerte del paciente, así lo demuestran los bajos indicadores en salud que ostenta nuestro país en Latinoamérica.

Sumado a este desalentador contexto, es bien conocido que en Bolivia la mayoría los servicios de salud disponibles son inaccesibles para gran parte de la población, sobre todo rural, debido a barreras culturales, sociales, económicas y geográficas, entre otras.

Por esto, a través de la presente investigación me propongo conocer sobre las expectativas, conocimientos, actitudes, practicas y percepción de la *relación medico-paciente* en el contexto intercultural del área rural; de que manera estos factores intervienen en el acercamiento, en el contacto entre el médico y el paciente, en los distintos servicios de salud del municipio de Betanzos.

El presente estudio se realizó en el Municipio de Betanzos del Departamento de Potosí, uno de los departamentos con mayor población indígena, altas tasas de analfabetismo y morbi-mortalidad en Bolivia; apoyado por representar éste un lugar conocido por nosotros a la vez que constituir el sitio de nuestro desempeño profesional.

El tipo de estudio elegido es *cualitativo, el etnográfico-fenomenológico*. Etnográfico para buscar los patrones existentes en la *relación médico-paciente*; fenomenológico para identificar la forma en que perciben médicos y pacientes la *relación médico-paciente* en el contexto intercultural del área rural.

ALGUNAS CARACTERISTICAS DE BOLIVIA

Bolivia, país mediterráneo, ubicado en el corazón de América del Sur está situada entre los 22° 54' y 9° 38' de latitud sur. y los 57° 29' y 69° 38' de longitud oeste. Tiene una extensión territorial de 1.098.581 km², es atravesada por la cordillera de los Andes de norte a sur la misma que topográficamente establece una división neta en tres regiones geográficas, cada una, con características climáticas propias: el altiplano, los valles y los llanos, con temperaturas medias de 10° C, 18° C, y 25° C respectivamente, es importante tener en cuenta esta división topográfica dispar ya que ésta también condiciona particularidades propias para cada región.

Acercas de la demografía según el Censo Nacional de Población y Vivienda efectuado en el año 2001 (CNPV'01) la población de Bolivia alcanzó a 8.274.581.habitantes.

Algunas cifras importantes actuales son:

- Concentración urbana (porcentaje).....62.43
- Concentración rural(porcentaje).....37.57
- Tasa Anual de crecimiento ínter censal (porcentaje).....2.74
- Tasa global de fecundidad(hijos por mujer)..... 4.74
- Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos).....60.60
- Tasa de mortalidad materna (por cien mil nacidos vivos).....390
- Esperanza de vida al nacer(años).....62.5

Se considera parte del área urbana a las localidades de 2 mil y más habitantes; área rural a las localidades que tienen menos de 2 mil habitantes.

El Instituto Nacional de Estadística, INE, calcula que un 3.47% de la población no se censó en 2001; otras fuentes consideran mayor este porcentaje.

En 1976, el 31% de la población residía en las nueve ciudades capitales de departamentos y lo que hoy es la ciudad de El Alto. Para 1992 estos centros urbanos concentraron 43.7%, para el 2001 el 62.43% de la población es urbana y el 37.57% es rural.

El idioma que predomina en Bolivia es el castellano. De acuerdo con el censo de 1992 el 87.4% de los bolivianos hablan el castellano y más de un 50% de la población es bilingüe, tomando en cuenta sobretodo los idiomas nativos (quechua, aymará, y otros).

De acuerdo a un estudio realizado por la “Comisión Económica para América Latina y El Caribe” (CEPAL). Bolivia viene a resultar la nación “más india” del continente pues tiene una población indígena de 51%. Pero el estudio reconoce una clara subestimación de los porcentajes por varias razones entre ellas: La discriminación, aculturación y por lo difícil que resulta categorizar al indígena como tal.

Otra fuente como la de los Pueblos Indígenas y Originarios Bolivia, de acuerdo al Diagnostico Nacional Dialogo 2001, estima que la población de indígenas y originarios en Bolivia es de 4.979.276 habitantes, lo que daría mas del 51% de población indígena.

ALGUNAS CARACTERISTICAS DEL DEPARTAMENTO DE POTOSI

El Departamento de Potosí es uno de los nueve departamentos de Bolivia, esta ubicado en la zona sur occidental del país, en latitud sur 19° 35´, en latitud oeste 64° 45´ y a una altitud de 3.945 m.s.n.m. Tiene una extensión geográfica de 118.218 Km², constituye el 11% del territorio nacional y ocupa el cuarto lugar en extensión.

Limita al norte con los Departamentos de Oruro y Cochabamba, al sur con las Republicas de Argentina y Chile, al este con los Departamentos de Chuquisaca y Tarija, y al oeste con la Republica de Chile.

De acuerdo al último censo del año 2001, tiene una población de 709.226, su densidad poblacional es de 6,0 habitantes por Km² habitantes de los cuales 469.930 viven en el área rural y 239.083 viven en el área urbana. Vale decir un 66% de su población es rural.

En las zonas urbanas del departamento el 69% se identifica con el pueblo quechua y un 13% con el pueblo aymará. En las zonas rurales el 75% se identifica con el pueblo quechua y el 21% se identifica con el pueblo aymará.

Políticamente y administrativamente, el departamento de Potosí está dividido en 16 provincias y 32 municipios, uno de los cuales es el municipio de Betanzos.

En la mayor parte de los hogares, el quechua se constituye en el idioma más hablado, pero existen también hogares donde solamente se habla el castellano o ambos (castellano y quechua).

El Ministerio de Salud y Deportes contempla una división territorial de nueve Servicios Departamentales de Salud, siendo uno de ellos el Servicio Departamental de Salud Potosí, el cual a su vez se divide en once Redes de Servicios, siendo uno de ellos la Red de Salud Betanzos.

De acuerdo a la última Encuesta de Demografía y Salud (ENDSA) 2002, los indicadores de salud más importantes para el Departamento de Potosí son los siguientes:

- Tasa global de fecundidad es de 6.3% para el periodo 1998-2002, con marcada diferencia entre el área urbana (4.1%) y el área rural (7.2%).
- La tasa de mortalidad infantil es de 99 por mil, de 77 por mil en área urbana y de 111 por mil en área rural.
- La tasa de mortalidad de menores de 5 años es de 114 por mil nacidos vivos.
- De acuerdo a la ENDSA 2002, Potosí tiene una de las altas tasas de mortalidad materna de 290 por cien mil nacidos vivos.
- En cuanto al control prenatal de acuerdo al ENDSA 2002, solo un 43% de las madres recibieron atención prenatal por personal de salud y el 69% de los partos tuvieron lugar en el domicilio.

Estos principales indicadores en salud evidencian que el estado de salud de los habitantes de Potosí del área rural principalmente, presenta grandes interrogantes en cuanto a la demanda y accesibilidad de sus pobladores a una atención médica.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL MUNICIPIO DE BETANZOS

El Municipio de Betanzos forma parte de la provincia Cornelio Saavedra y esta localizada en la región este del departamento de Potosí. Es la primera sección de la provincia.

Limita al norte y al este con las provincias de Oropeza Yamparaez y Zudañes del departamento de Chuquisaca; al sur con la provincia Linares y el cantón Chaqui; al norte con el cantón de Tacobamba y al oeste con los cantones de Colavi, Machacamarca y la provincia Tomas Frías, todas del departamento de Potosí.

Geográficamente se encuentra entre los 19° 13' y 19° 39' de latitud sur y 64° 50' y 65° 33' de longitud oeste. El municipio de Betanzos tiene aproximadamente una superficie de 1.668 kilómetros cuadrados correspondiendo al 60% del territorio de la provincia.

Administrativamente y políticamente Betanzos esta compuesta por 132 comunidades, 8 juntas vecinales y 301 secciones.

La mayoría de la población tiene como actividad económica la producción agropecuaria. El manejo espacial de los territorios comunales, tiene un ordenamiento que permite la producción de cultivos anuales bajo riego y temporal (época de lluvias).

Ecológicamente Betanzos presenta un gran paisaje topográfico caracterizado por cordilleras, con presencia de serranías de mediana altitud y de relieve pronunciado, en general presenta abundantes afloramientos rocosos y pedregosidad superficial. En el micro paisaje se destacan las superficies de pendiente ligeramente inclinadas, encontrándose pie de monte, terrazas y lechos de río, los dos primeros presentan poca pedregosidad superficial.

Cuenta con tres pisos ecológicos que son:

1. Valles zonas comprendidas entre los 2.000 a 2.800 m.s.n.m que se localizan en la parte central y noreste del municipio, en la influencia del río Pilcomayo.
2. Cabecera de Valles zonas comprendidas entre los 2.800 a 3.200 m.s.n.m que se localizan en la parte sureste del municipio.
3. Puna Alta zonas comprendidas entre los 3.600 a 4.100 que se localizan en el extremo oeste del municipio.

Su clima se clasifica como semiárido templado, con periodo libre de heladas durante 7 meses, entre octubre y abril, tiene una precipitación pluvial que varía entre 300 a 600 mm³, siendo los meses más lluviosos diciembre a febrero y/o marzo; la evapo-transpiración es alta determinando un déficit hídrico de magnitud.

Betanzos es su centro poblado más importante y está ubicado a 45 Km. de la ciudad de Potosí, sobre la carretera troncal asfaltada de 167 Km., que une las ciudades de Potosí y Sucre, capital del país.

De acuerdo al Censo de población y vivienda del año 2001, tiene una población rural de 38.441 habitantes, el total de la población es considerada rural.

La migración temporal alcanza un 38.7% y la migración definitiva un 11.4% de la población total para la gestión 2002, los emigrantes temporales generalmente se trasladan a las ciudades de Santa Cruz, Sucre y Potosí, los emigrantes definitivos en su mayoría a la república de la Argentina.

De acuerdo al Censo del 2001, el 88.1% de los habitantes de Betanzos son pobres, 37.2% están en un grado de pobreza moderada y el 13.7% son indigentes. Solo el 4.9% tienen sus necesidades básicas satisfechas.

De acuerdo al Plan de Desarrollo Municipal de Betanzos (PDM), elaborado en el año 2003, en relación a los servicios básicos, el 43.5% de las comunidades cuentan con agua por cañería que no esta potabilizada, la provisión de agua en el resto de las comunidades es de vertientes naturales. Solo el centro poblado de Betanzos cuenta con un sistema de alcantarillado y el resto de las comunidades no cuentan con letrinas, eliminan sus deposiciones al aire libre con los peligros de contaminación que ello significa.

Solamente el 29.6% de la población total cuenta con el servicio de energía eléctrica y el restante 70.4% carece de este servicio básico, por lo cual el principal combustible para este número mayoritario de la población es la leña y el kerosén. El principal medio de telecomunicación del Municipio es el que brinda la Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL).

Siguiendo a la misma fuente, Betanzos es un municipio eminentemente agrícola, los cultivos principales son la papa, la cebada, el maíz, trigo, principalmente y hortalizas, verduras y frutales secundariamente. El destino principal de la producción es la venta en un 60%, la reposición de la semilla, el trueque y el consumo interno.

La existencia de ganado mayor en la zona es reducida, las especies de mayor importancia son el ganado ovino y caprino, esta actividad no tiene una orientación económica, sino más bien complementaria a la agricultura.

En relación a la educación, la tasa de alfabetizo en el municipio de Betanzos es de 47.33% lo que significa que aproximadamente 5 de cada 10 personas saben leer y escribir.

El Municipio cuenta 64 centros educativos, la cobertura abarca a un 69.7% de la población en edad escolar de 6 a 19 años, se observa que la mayor cobertura a barca

a los varones en relación a las mujeres. La tasa de deserción escolar alcanza a 3.8% de los varones y un 4.9% en el caso de las mujeres.

La población del Municipio de Betanzos es de origen eminentemente quechua. La lengua materna es el quechua, sin embargo existe una influencia creciente de la lengua castellana, sobre todo en la población más joven que es bilingüe, castellano-quechua, parlante.

Las principales causas de morbilidad identificada en el Municipio de Betanzos de acuerdo a datos proporcionados por el Servicio Departamental de Salud de Potosí son: enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades diarreicas agudas, parasitosis intestinales y estados carenciales.

De acuerdo a la misma fuente, las principales causa de mortalidad identificadas en el municipio de Betanzos son: enfermedades del aparato cardiocirculatorio, enfermedades del aparato digestivo e intoxicaciones.

Cabe señalar que en relación a las principales causas de mortalidad, en muchos certificados de defunción figura como causa de muerte “paro cardiorrespiratorio”, sin especificar cual fue la causa básica de la muerte lo que lleva a una distorsión sobre las principales causas de muerte.

La atención que se brinda en salud esta ofertada por la Red de Servicios constituida por el Hospital “Roberto Loayza” de Betanzos, siete Centros de Salud y dieciséis Puestos de Salud.

La infraestructura del Hospital, Centros y Puestos de Salud son en general precarios y el equipamiento es insuficiente.

Los medios de transporte y comunicación que cuentan son radiotransmisor en todos los Centros y Puestos, incluido el Hospital, dos ambulancias, un Jeep y dos camionetas además de 16 motocicletas.

En relación al personal de salud, en el Hospital de Betanzos cuenta con 11 médicos generales, 3 especialistas: un ginecólogo-obstetra, un cirujano general y un anestesiólogo. Dos licenciadas de enfermería, un odontólogo una farmacéutica y cuatros auxiliares de enfermería. Los 7 Centros de Salud cuentan con un Médico General y un auxiliar de enfermería para cada centro. Los 16 Puestos de Salud solamente cuentan con un auxiliar de enfermería en cada puesto, (fuente SNIS Potosí).

El Hospital Roberto Loayza cuenta con 8 camas disponibles para maternidad y 6 camas disponibles para otros servicios. Los Centros de salud cuentan cada uno con 1 cama disponible para maternidad y 1 cama disponible para otros servicios.

La cobertura de consulta externa en mayores de cinco años, se mide por una consulta al año de la población mayor de cinco años que viene a ser: 33 646.

Esta cobertura se mide en porcentaje y tienen la siguiente tendencia en los últimos cinco años.

- El año 2000 se alcanzo una cobertura del 33%.
- El año 2001 se alcanzo una cobertura del 29%.
- El año 2002 se alcanzo una cobertura del 34%.
- El año 2003 se alcanzo una cobertura del 31%.
- El año 2004 se alcanzo una cobertura del 37%.

(*) Datos obtenidos del SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud) Red Betanzos.

CAPITULO III

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

La relación medico-paciente es aquella que se establece entre dos seres humanos; el medico que intenta ayudar al paciente en las vicisitudes de su enfermedad y el enfermo que entrega su humanidad al medico para ser asistido. Esta relación ha existido desde los albores de la historia y es variable de acuerdo con los cambios mismos que ha experimentado a través de los tiempos la convivencia entre los hombres, desde la mentalidad mágica dominante en las llamadas “sociedades primitivas” hasta la mentalidad técnica que prevalece en los tiempos actuales.

El fundamento de la relación medico-paciente, al decir de Lain Entralgo, es la vinculación que inicialmente se establece entre el medico y el enfermo, por el hecho de haberse encontrado como tales, entre si, vinculación cuya índole propia depende ante todo de los móviles que en el medico y el enfermo han determinado su mutuo encuentro. Como todo encuentro interhumano, el que reúne al medico y al enfermo se realiza y expresa de acuerdo con las características fundamentales de la actividad humana una de las cuales: la cognoscitiva, en el caso de la relación medica toma forma específica como diagnostico, es decir, como método para conocer lo que aqueja al enfermo. No se trata meramente de una relación dual entre dos seres para obtener algo, como serian los beneficios de un negocio por ejemplo; sino de una relación mas estrecha, interpersonal. El enfermo y el medico se reúnen para el logro de algo que importa medularmente a la persona del paciente y que esta inscrito en su propia naturaleza: la salud.

El diagnóstico médico lo señala Laín Entralgo, no es nunca el conocimiento de un objeto pasivo por una mente activa y cognoscente, sino el resultado de una conjunción entre la mente activa del médico y una realidad, la del enfermo, esencial e irrevocablemente dotada de iniciativa y libertad. El hombre, como individuo viviente o como animal, es constitutivamente un ente social y como tal se realiza en todas sus actividades. Quiere esto decir que el diagnóstico del médico no es completo si no es social, en otros términos si no se tiene en cuenta lo que en el condicionamiento y en la expresión de la enfermedad haya puesto la pertenencia del paciente a la concreta realidad en que existe.

Esta relación interpersonal, que conduce a conocer o diagnosticar la dolencia del enfermo, se ordena en seguida a la ejecución de los actos propios del tratamiento que se inicia desde el momento mismo en que se establece la relación interpersonal. Ernesto Von Leyden solía decir, a comienzos del siglo, que el primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al enfermo; y como lo señala M. Balint, el médico es el primero de los medicamentos que el prescribe.

El tratamiento así iniciado no representa la simple ejecución fiel por parte del paciente de las prescripciones terapéuticas del médico, sino que es una realidad, una empresa en la que el médico y el paciente colaboran a través de su relación interpersonal. De allí la importancia de la adecuada relación médica para el buen éxito del tratamiento y la necesidad de tratar a los enfermos teniendo en cuenta todos los registros de su respectiva personalidad, desde el nivel intelectual hasta las peculiaridades de su vida afectiva y la influencia del entorno sociocultural en el que se desarrolla.

El tratamiento médico es, en rigor, por su esencia misma, un acto social, sometido en los pueblos cultos a ordenamientos legales que lo reglamentan y ejecutado dentro de los grupos sociales a los que pertenece el paciente, familia

profesión, etc. Este carácter social viene determinado por el orden sociocultural, económico-político y por su inexorable pertenencia del paciente a una de ellas. De allí que la asistencia médica haya sido diferente y variable a través de la historia misma de la humanidad.

Por otra parte, la relación médico-paciente se establece también en la esfera afectiva. El paciente pone afectivamente en su relación con el médico la expectante vivencia de su necesidad, a la vez que el médico aporta su voluntad de ayuda, una cierta misericordia genéricamente humana. Lain Entralgo se expresa así: “La peculiar afección que enlaza al médico y al enfermo, llamémosla *philia*, “amistad” en los antiguos griegos o “transferencia” en los actuales psicoanalistas, es el resultado que en el alma de uno y otro determina esta dual y compleja serie de motivos”. Y Duhamel indica que la relación médico-paciente es el encuentro de una conciencia, la del médico, con una confianza, la del paciente.

Es importante fundamentar a través de las distintas corrientes filosóficas, la importante evolución filosófica que a tenido la relación médico-paciente. Siguiendo la descripción que realiza Argandoña M. (1986) sobre los aspectos históricos, mencionamos lo siguiente.

La filosofía desarrollada por Descartes, en el siglo XVII, era de carácter subjetivista e idealista, se origina a partir de la bien conocida dualidad platónica del alma y el cuerpo. La noción cartesiana central era la de la primacía de la conciencia, expresada en su proposición de que el espíritu se conoce a sí mismo más inmediata y directamente de lo que puede conocer cualquier otra cosa; que conoce al mundo exterior solo a través de lo que este mundo imprime en la mente a través de las sensaciones y de la percepción. Así Descartes asume que toda filosofía debe comenzar por el espíritu individual, lo que permitió formular su primer argumento en tres palabras: “Pienso, luego soy”, entonces para Descartes

el yo se coloca en el interior mismo de la percepción; no analiza por ejemplo, la visión, la audición o el tacto como funciones de nuestro cuerpo, sino solamente como pensamiento de ver oír y tocar. Dividió así el universo en un proceso objetivo en el espacio y en el tiempo y por otra parte, el alma en la que se refleja aquel proceso; es decir, distinguió la “*res cogitans*” de la “*res extensa*”, división que hoy en día no es aceptada ni por la ciencia ni por la filosofía moderna.

La separación tajante que estableció Descartes entre el espíritu que piensa y por lo tanto es, y todo lo demás, incluso el cuerpo, lo condujo a razonar que fuera de Dios y del alma, el universo entero con todos sus constituyentes inorgánicos, orgánicos y biológicos, podía explicarse por leyes mecánicas y matemáticas. Todo movimiento de todo animal y aun el cuerpo humano, como la circulación de la sangre es un movimiento mecánico y todo el universo y cada uno de los cuerpos son maquinas.

Este “mecanismo” cartesiano en el campo de la medicina, ha contribuido desde su formulación hasta los tiempos actuales a la fragmentación del cuerpo humano en partes similares a las de las maquinas, que se deterioran y dañan y pueden ser tratadas o eventualmente reemplazadas independientemente, prescindiendo absolutamente de la unidad psicobiologica del ser humano.

Tal postulación de Descartes se hizo notar de inmediato, en un momento de la historia en el que el hombre comenzaba a fabricar maquinas para su beneficio cada vez más complejas.

Si se parte del postulado cartesiano anteriormente mencionado, el hombre o el ser tendría que ser considerado como una subjetividad, tal dualidad impone que el cuerpo humano es solamente una maquina, y como tal debe ser reparada.

En contraste, los filósofos de la naturaleza y de la ciencia positivista que vino después, situaron al hombre en una posición diametralmente opuesta al considerarlo como “un producto de su medio” o como el resultado de las influencias físicas y sociológicas que lo determinan desde fuera (exterioridad).

Uno de los filósofos del siglo XX que mas influencia ha tenido en el estudio de las relaciones entre la conciencia y la naturaleza, ha sido indudablemente el francés Maurice Merleau Ponty, fallecido apenas hace medio siglo. En sus libros “la estructura del pensamiento” y “La fenomenología de la percepción”, señala la discordancia existente entre la visión que el hombre pueda tener en si mismo por reflexión o conciencia y la que obtiene relacionando sus conductas con las condiciones exteriores de las que manifiestamente depende.

El filósofo francés establece que existe un nexo indisoluble entre el cuerpo, mente y alma del hombre. Señala que no podría comprenderse biológicamente el organismo reduciéndolo a un conjunto de partes iguales yuxtapuestas en el espacio, existentes unas fuera de otras, como sumas de acciones físicas y químicas. En la idea pontyana “el cuerpo propio” esta en el mundo como el corazón en el organismo: mantiene constantemente en vida el espectáculo visible, lo anima y lo alimenta interiormente formando con el “un sistema”.

Esta unidad corpórea o esquema corporal del plano físico, del vital y del psíquico, constituye la totalidad cuya existencia es experiencia perspectiva. Cuando experimentamos un dolor físico intenso, es la totalidad corpórea se ve afectada, y lo propio ocurre cuando una dolencia afecta el núcleo de nuestro psiquis. Es precisamente la **integridad del esquema corporal** que postula Ponty, la que permite que un amputado perciba su miembro seccionado como si aun fuera propio y la que, así mismo se afecta sensiblemente cuando se siente

agobiada o amenazada por la destrucción parcial o total de la esfera biológica o del psiquismo.

Quedaría corto el análisis de los elementos fundamentales que configuran la relación medico-paciente, si no tomamos en consideración los aspectos espirituales de los seres humanos, que trascienden y van mas allá de los hechos que ocurren en la esfera de los física-orgánica, y de los que se presentan en el campo de la psiquis, del hombre. Tales aspectos espirituales has sido señalados en sus estudios sobre la persona humana y el análisis existencial, por Victor Frankl, recientemente fallecido.

El distinguido psiquiatra austriaco es su estudio titulado “Diez tesis sobre la persona”, parte del concepto de que la persona es un *individuum* es decir algo que no admite partición y no se puede subdividir o escindir porque es una unidad; incluso es estados patológicos del tipo de la esquizofrenia, no se llega realmente a la división de la persona y hoy en día ya no se habla mas de doble personalidad sino de de conciencia alternante. Pero además de ser un *individuum* la persona es también *insumabile*, nada se le puede agregar tampoco, porque no solo es una unidad sino una totalidad. Frankl postula que la persona es espiritual por esencia y que el organismo con la totalidad de sus órganos cumplen una función: la función instrumental y expresiva: la persona necesita de su organismo para actuar y expresarse. Como instrumento que es en este sentido constituye un medio para un fin y como tal tiene un valor utilitario.

Entonces según esta postulación se puede afirmar que quien ve solamente el organismo psicofísico y pierde de vista la persona que se halla detrás, es el medico absolutamente técnico, para quien el hombre enfermo es solamente el hombre maquina al que he hecho referencia anteriormente. Los aspectos espirituales de la persona humana, en el sentir de Frankl, no son alcanzados por

la fisiología ni tampoco por la psicología; están más allá de estos dos campos de estudio del ser.

En la postulación de Frankl, la persona no es solo unidad y totalidad en si misma. En ella esta presente la unidad físico-psíquico-espiritual y la totalidad representada por la criatura "hombre". El aspecto espiritual del ser humano que lo diferencia del animal es su capacidad de trascender y de enfrentarse consigo mismo.

Asimismo a los niveles físico-biológico-psíquico y espiritual de la dimensión humana se suma la visión religiosa, la cual fue magistralmente expresada por el filosofo francés jesuita Teilhard de Chardin y es el del "sentimiento religioso", es decir la religión personal en la cual confluyen las disposiciones interiores del hombre mismo, su conciencia, sus merecimientos, su impotencia, su sensación de ser incompleto y cuyos actos morales son personales y en la que establece una relación directa, de corazón a corazón, de alma a alma, entre el hombre y su hacedor.

Todos los elementos que he mencionado desde el plano físico, el biológico y el psíquico, hasta el espiritual y el sentimiento religioso, se encuentran indisolubles en el núcleo de la persona humana, en tanto que es unidad y totalidad. Es esta totalidad de la persona humana, y su complejidad la que el medico debe tomar en cuenta en su actuar profesional, que es cuando establece una relación especial con sus pacientes, con un fin terapéutico.

La relación medico-paciente, ha adoptado modalidades diferentes en las distintas épocas históricas y según las condiciones socioeconómicas y políticas del momento en diferentes culturas y áreas geográficas. Pero siempre esta

relación es única en su base fundamental del encuentro ocasional de dos personas en función de lograr un objetivo la salud del enfermo.

Perspectiva Histórica.

La relación medico paciente es una de las mas antiguas en las crónicas de la existencia humana. Ante el dolor, la angustia y la muerte, el hombre toma conciencia de su desarrollo

La *relación médico-paciente* define un conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos de distinta manera a lo largo de la evolución de la misma historia de la medicina, desde mucho antes, incluso de la era hipocrática.

El llamado contexto social, en el que a lo largo de la evolución se ha desenvuelto la *relación médico-paciente* ha sido influido en mayor o menor grado por eventos culturales, históricos, económicos e incluso políticos.

En esta evolución, revisando la historia, vemos que el medico griego mas allá de su interés económico y profesional tenia un motivo que Platón denomino *Filia* o “amistad” e Hipócrates afirmaba del buen médico que “Donde hay filantropía (amistad al hombre) hay también filotecnia (amor a la ciencia y a la técnica)” (2). Entonces para los griegos la filia era la esencia de la *relación médico y paciente*.

La “amistad”se manifestaba en el médico a través de sus esfuerzos por procurar el bien del enfermo y sus esfuerzos por perfeccionar su técnica, estudiando e imitando la naturaleza o creando algún procedimiento o remedio que no existe en la misma. El enfermo respondía a la filia con la confianza que otorgaba al medico y a sus técnicas y cuidados con el agradecimiento.

Contiguo a este acercamiento surgió también, ya, el reconocimiento económico; así los griegos no solo expresaban confianza y agradecimiento a sus médicos, sino que también se burlaban de ellos cuando se mostraban excesivamente interesados por el dinero. El comediante Aristofanes refiere en "Pluto" que un campesino que buscaba un médico se convence de que sus esfuerzos son inútiles y dice estas palabras "¿Cómo hallarlo? Porque donde no hay buen pago no hay medico". (3)

Existía pues una relación afectiva ambivalente de la sociedad hacia el medico. Hipócrates describió con gran detalle algunos expedientes extra científicos para superar esta ambivalencia y conquistar la confianza del enfermo y la sociedad.

Se esbozan también otros hechos que tienen que ver con esta relación; así podemos observar referente al médico: "Vestirá con decoro y limpieza y se perfumara discretamente porque todo esto complace a los enfermos; será honesto y regular en su vida, grave y humanitario en su trato; sin llegar a ser jocosos y sin dejar de ser justos, evitara la excesiva austeridad, quedara siempre dueño de si, ha de ser serio sin rebuscamiento: hablara declarando...en cuanto sea posible, todo lo que haya sido demostrado entrando en la habitación del enfermo, deberá recordar la manera de sentarse, la continencia, la inalterable sangre fría, la diligencia frente al paciente, la respuesta a las objeciones". (4)

A pesar de estos consejos, la relación del médico no era igual si atendía a un rico, que a un hombre pobre, a un hombre libre o a un esclavo, con los cuales se practicaba una especie de "veterinaria para hombres". (5)

La medicina griega se prolongo durante el Imperio Romano y cayo en el olvido al hundirse este con las invasiones bárbaras.

Con el cristianismo la “amistad”, la “filia” es sustituida por la “*proximidad*” el “*prójimo*” es la imagen de Dios como nosotros aún cuando no le conozcamos ni sepamos nada de él, como en la parábola del buen samaritano.

La medicina cristiana medieval estuvo a cargo de los sacerdotes que practicaban la caridad (es decir el amor al prójimo aunque sea desconocido) y los hospitales se instalaron dentro los monasterios y conventos de la iglesias.

Con la llegada del Renacimiento la medicina técnica que había sido sepultada por el alud de la barbarie, recupero lentamente su objetividad científica, pero tuvo que esperar hasta la revolución francesa de 1789 para empezar a constituir el modelo médico moderno que constituye el dominio definitivo de los médicos sobre toda acción de salud.

Luego del somero recuerdo y resumen al respecto de la *relación médico-paciente*, se puede afirmar que en la actualidad la *relación médico-paciente* experimenta nuevamente cambios profundos que la afectan en su esencia, y en este hecho radican muchas de las insatisfacciones tanto de los enfermos como de los médicos.

Un hecho concreto en cuanto a esta relación, apunta por ejemplo, el desarrollo tecnológico cada vez más especializado y la necesidad de proporcionar asistencia médica a una población cada vez más exigente, creciente y cambiante socialmente. Se puede por esto afirmar que esta relación esta en crisis por razones múltiples. Entre otros la tecnificación extrema que dificulta un contacto suficientemente humano entre médico y paciente; la búsqueda de calidad y eficiencia medidos a través de indicadores estadísticos *-números en la mas humana de las profesiones-*, que limitan, por ejemplo el tiempo de la consulta en la *relación medico-paciente*; la cultura de masas de la industria farmacéutica que impulsa al enfermo a tratarse por si mismo y a rechazar o contradecir al médico y por ultimo la escasa conciencia del médico en cuanto a la

importancia de una buena relación con el paciente para el buen diagnóstico y tratamiento, como decía Balint, “El *médico no sabe manejar el primero de los medicamentos que es la relación medico-paciente*”. (6)

En consecuencia las relaciones entre médicos y pacientes se han vuelto menos íntimas y satisfactorias en términos de expectativas y necesidades emocionales de unos y otros.

Así, ocurre con bastante frecuencia que la relación entre el paciente y su médico sea tensa, incómoda y aun desagradable, en síntesis la tecnificación y la burocratización de la medicina han interpuesto entre el médico y el enfermo demasiados aparatos y muchos trámites entre el médico y el enfermo, se ha introducido entonces un nuevo elemento, la Institución, lo cual ha producido la pérdida de elegirse entre unos y otros.

A este contexto global de crisis que sufre esta *relación médico-paciente*, tampoco escapa nuestro país. Pero además existe un otro motivo de conflicto que no ha sido tomado en cuenta hasta ahora por las distintas políticas de salud implementadas en nuestro medio y menos aun por el sistema universitario que es el que forma a los médicos, sin tomar en cuenta la verdadera importancia del primer contacto, el primer acercamiento con el paciente.

Por tanto, es el momento de referirse también algunos otros antecedentes que tienen que ver con el tema y que se sucedieron en nuestro país. Con la conquista y la colonia, se estableció en Bolivia una medicina española en su más puro estilo medieval ya que España, al momento de la conquista todavía no entraba en el Renacimiento que empezó en Italia y se irradiaba en el resto de Europa.

De esta manera se estableció una competitividad entre la medicina medieval contra la medicina indígena, como se lee en una carta de Hernán Cortes al Emperador escrita

en 1542 después de haber sido curado de sus heridas recibidas en la batalla de Otumba *“Que no había necesidad de hacer pasar médicos a la Nueva España, pues los naturales bastaban”* (7). En otros relatos de la misma época como el de 1570 el Virrey de Toledo decía al monarca: *“Los médicos que vuestra majestad mando venir van tomando algunas experiencias de la medicinas y remedios y de las plantas con la que los indios naturales curan”*. (8). Son estos relatos pues comprensibles ya que el arsenal terapéutico de los médicos que acompañaban a los conquistadores era de una simplicidad que pasma: en petacas de cuero acomodaban azúcar, aceite, bálsamo, miel rosada, ajos, sebos, soliman, trementina y unos cuantos instrumentales quirúrgicos casi rudimentarios.

Debido a estas crónicas es claro, pues, suponer por que durante la colonia los curanderos, médicos naturales y comadronas hegemonizaron la medicina en nuestro medio. Recién a partir del siglo XVIII, empiezan a consolidarse las cátedras de medicina en las nuevas Universidades y recién se empezó a hacer cumplir las disposiciones que exigían un título oficial a los médicos.

Pero muy poco pudo cambiar esta relación, ya que existían pocos médicos, por otra parte, las autoridades políticas y eclesiásticas poco se preocuparon de la formación humana del futuro médico y solo continuaron impulsando la construcción de hospitales como instrumento de supervisión y sometimiento dentro la institución caritativa.

Este mismo modelo continuó hasta bien entrada la republica a la cual nació nuestro país. Pero del mismo modo continuaron siendo los médicos naturales y curanderos los que se ocupaban de la salud de las inmensas mayorías, es claro reconocer este hecho ya que continuaban existiendo pocos médicos y además Bolivia era un estado joven con gran cantidad de población indígena dispersa y con muy pocos medios de transporte.

Pero aun existe una otra dificultad no tomada en cuenta incluso hasta hoy, pues para nadie es un misterio que Bolivia representa uno de los países con mayor población indígena y diversidad cultural del continente.

Así lo reconoce su misma Constitución Política del Estado, vigente aun, en su Artículo primero:

“Bolivia libre, independiente, soberana, multiétnica y pluricultural, constituida en republica unitaria, adopta para gobierno la forma democrática representativa, fundada en la unión y solidaridad de todos los bolivianos” (9)

Pero cosa increíble nuestro sistema de salud hasta hoy no contempla esta diversidad. Esta situación la ejemplifican nuestras actuales acciones médicas en las cuales los marcos culturales y aun lingüísticos del médico y del paciente son muy diferentes. Por ejemplo, un médico cuya cultura es urbana y un campesino que proviene de una comunidad poco desarrollada suelen tener conceptos y visiones a veces totalmente distintas acerca de la salud y la enfermedad. Y es lógico pensar que los conocimientos, actitudes, prácticas, percepciones y expectativas que uno tiene del otro Convendrá de inicio referir en un resumen de lo más sobresaliente, primero, lo que hoy representa la *Salud Intercultural*, término que lo iremos ampliando y usando constantemente en el avance del trabajo de investigación.

En las últimas décadas, se empieza a reflexionar y tomar en cuenta esta realidad y surge el término *“interculturalidad en salud”* o *“salud intercultural”*, que han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario o paciente en el proceso de atención de salud.

El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues, implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad; situación que ha puesto al equipo de salud en el imperativo de desarrollar estrategias que faciliten la *relación médico-paciente*, intercultural para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, social y cultural en un escenario de creciente pluralismo médico que caracteriza a la sociedad contemporánea.

La enfermedad, sufrimiento y muerte, así como la motivación por conservar la salud, son considerados hechos biológicos y sociales universales. Todos los grupos humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades a través de un **sistema médico** que proporciona las acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar del hombre y, al mismo tiempo, otorgar una explicación consistente al fenómeno de la enfermedad.

Todos los *sistemas médicos* presentan axiomas o principios basados en el modelo epistemológico que sustenta la práctica médica y distinguen medios para validarse y legitimarse a sí mismos. En la biomedicina por ejemplo, los experimentos científicos, las pruebas clínicas y textos, constituyen importantes fuentes de validación del pensamiento científico; raramente un médico aceptará como prueba de una diarrea la intervención de un espíritu maligno en las comidas, por ejemplo. Sin embargo, *otras culturas -sistema cultural-* aceptarán como fuente de legitimación los malos sueños, algún signo en la naturaleza, apariciones, etc. La lógica que opera en la definición de salud y enfermedad es la misma en ambos sistemas (una lógica que busca causas, alternativas y consecuencias), sin embargo difieren en las premisas culturales y pruebas de validación; por ello distintas percepciones y observaciones del mismo fenómeno resultan en diferentes explicaciones de la enfermedad.

La credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación es la que permite, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades, y la adherencia a los tratamientos. Por lo tanto, el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre médicos y pacientes.

Es por esto que actualmente, las variables étnicas culturales y el respeto a la diversidad en la implementación de políticas sociales están pesando fuertemente en las propuestas de adelanto de los países en desarrollo. En este contexto, el desafío para el sector salud en las próximas décadas será crear modelos de salud que respondan a las expectativas materiales y culturales del usuario, en un proceso de diálogo e intercambio cultural entre *medicinas*. En consecuencia, la búsqueda de estrategias que articulen e integren distintos enfoques de salud, es parte del escenario que hoy se nos presenta en el país en el sector salud, proceso que suponemos próximamente dará comienzo con la generación obligada de una política de *salud intercultural*, que transformará cualitativamente nuestro sistema haciéndolo más flexible y permeable a la realidad cultural del usuario.

“La interculturalidad en salud puede definirse, como la capacidad de moverse entre los distintos conceptos de salud y enfermedad, los distintos conceptos de vida y muerte, los distintos conceptos de cuerpo biológico y social, en el plano operacional se entiende la interculturalidad como potenciar lo común entre el sistema médico occidental y el sistema médico indígena... respetando y manteniendo la diversidad” *Memoria del “Primer Encuentro nacional Salud y Pueblos Indígenas”*

Luego del recuerdo histórico y si partimos en esencia de lo que es realmente la *relación médico-paciente* diremos, siguiendo a De la Fuente R (2000) que es una transacción, un sistema de interacción recíproca, tanto emocional, intelectual, cultural que incorpora lo que el médico y el enfermo piensan, sienten, hacen y reciben el uno del otro, con un fin común la salud. Entonces esta relación al igual que otras es un acto social, que conlleva posibilidades de reforzamiento de nexos entre los sujetos de la relación, que sin embargo también puede generar conflictos.

Entonces son las circunstancias, la personalidad, las actitudes y la educación de ambos que determinan: el contenido, el curso y el destino de esta relación, denominada como el de “una alianza terapéutica” en donde ambos unen fuerzas para lograr un mismo fin. En consecuencia la alianza terapéutica es un compromiso de colaboración basado en sentimientos de confianza, de fe y de esperanza.

CONCEPTUALIZACION DEL MARCO TEORICO.

Con el objeto de tener una mejor comprensión de la conceptualización de la relación médico-paciente de acuerdo a De la Fuente para sustentar el presente estudio; esquematizaremos sus teorías de la siguiente manera.

LOS MODELOS Y POLARIDADES DE LA RELACION MEDICO-PACIENTE.

El identifica dos modelos de la relación médico-paciente. Un *modelo técnico* en donde el médico aborda al paciente como un objeto al que hay que manipular y examinar, es una relación impersonal. Y el *modelo humanístico* en el que el enfermo es visto como una persona. En base a la fundamentación filosófica descrita anteriormente vemos que el modelo técnico es claramente insuficiente en más de las veces.

Del mismo modo menciona las polaridades de esta relación y en donde identifica tres polaridades: autoridad-aceptación; estimación-hostilidad y cercanía-distancia. Estas dan la medida de la interacción del médico y el enfermo. La primera de estas polaridades, autoridad-aceptación, justifica la autoridad del médico por su competencia y responsabilidad moral que debe tener el actuar médico siempre. La autoridad es uno de los recursos más poderosos con que cuenta el médico a fin de que la relación sea terapéutica en sí misma, es por eso de suma importancia que el médico debe ser una persona que cuente con sólidos valores y principios morales, de lo contrario la aceptación del paciente al ser pasiva existe el riesgo de que esta pasividad lleve a que el fuerte abuse del más débil.

En la polaridad estimación-hostilidad, se fundamenta el hecho de que cuando el médico ve a su paciente de forma integral y reconoce su dimensión de ser humano, el paciente responde con aprecio y confianza: “todo marcha bien aun cuando el enfermo marcha mal”. Pero el médico debe ser reflexivo al sentir demasiadas y reiteradas las muestras de admiración y gratitud, ya que muchas veces, estos son intentos más o menos inconscientes de ocultar la desconfianza y el resentimiento. Es fácil aceptar el amor y el elogio de los enfermos. Lo que es difícil es aceptar su hostilidad. La capacidad para recibir serenamente y sin indignación las protestas y las críticas de un enfermo, sin responder a ellas con cólera, es un excelente indicador de la madurez de un médico.

La polaridad de cercanía-distancia, la distancia debe ser siempre óptima para la comunicación, si el médico muestra prisa, se aburre, se disgusta o muestra duda el enfermo se retrae en sí mismo y se aleja, es en este momento que cuando la confianza del enfermo se abate, se retrae en sí mismo y se aleja, la distancia del aumenta, es en este momento que ninguna palabra del médico ya alcanzan al enfermo. ¿Podría ser esta la causa a caso del alejamiento del paciente indígena del sistema de salud?

LA EXPERIENCIA DE ESTAR ENFERMO.

La enfermedad es un evento objetivo y también una experiencia personal que el paciente conoce a través de su reflexión y de su autocrítica y que puede comunicar al médico que sabe escuchar, interrogar y comprender, porque ante la experiencia de sentirse enfermo la respuesta de cada enfermo es única, el paciente expresa su vulnerabilidad en forma distinta y varía de una persona a otra, e incluso son determinados e influidos en mayor o menor grado, por el contorno social, cultural y económico al que pertenece el enfermo.

INFLUENCIA DE LA CULTURA EN LA PRÁCTICA MÉDICA.

Como expresamos anteriormente lo que piensan los miembros de una sociedad acerca de la salud y los significados que asignan a sus estados de enfermedad está moldeado por situaciones socioeconómicas y culturales. Son por lo tanto determinantes de la personalidad del individuo es lo que se designa como **el carácter social** de la enfermedad.

DIMENSION ÉTICA DE LA RELACION MÉDICO-PACIENTE.

Son tres los principios fundamentales que deben sustentar, el actuar diario del médico en su profesión: tener *conocimientos suficientes* acerca de los recursos con que cuenta la medicina en una situación dada y conocer los límites de su habilidad para usarlos. Privar por ignorancia o soberbia a un enfermo de tratamiento oportuno y eficaz es la más grave falta moral de un médico. La peor desgracia de un enfermo es caer en las manos de un médico inepto o negligente; es menos peligrosa la conciencia sin conocimiento, que el conocimiento sin conciencia. Es el principio de primero no dañar; *primun non nocere* de los médicos antiguos.

El segundo imperativo ético del médico es su *integridad*, es decir su adhesión a los valores humanos implicados a los actos médicos, la práctica de la medicina requiere ante todo honestidad intelectual.

El tercer imperativo ético del médico es la *compasión*, que no es lastima ni condescendencia, sino esa capacidad de sentir con el enfermo, de ser copartícipe de su sufrimiento y comprender el significado que para él tienen la enfermedad la vida y la muerte.

Por lo expuesto es de gran interés el investigar los aspectos estrictamente cualitativos que atañen a la *relación médico-paciente*, en nuestro caso el referido al *contexto intercultural y humanista*.

POLITICA NACIONAL DE SALUD.

De acuerdo al Ministerio de Salud y deportes la política nacional de salud vigente tiene la siguiente Visión:

“Mujeres, hombres, adolescentes, niñas y niños y personas de la tercera edad tienen mejor esperanza y calidad de vida y tienen el acceso asegurado al Sistema Único Nacional de Salud de calidad.

Individuos familias y comunidades cuidan su salud, asumen y fomentan prácticas saludables; viven y trabajan en ambientes saludables, con factores de riesgo controlados y demandan su derecho a la salud”.

Por tal motivo el Ministerio de Salud y Deportes tiene como objetivo general, asegurar el acceso equitativo, efectivo y universal al Sistema Único Nacional de Salud, sin exclusiones. Bajo cinco principios únicos de la política de salud que son:

Universalidad, para proteger a toda la población, sin ningún tipo de discriminación.

Equidad de género y generacional, porque bolivianas y bolivianos de todas las edades, tienen derecho a una atención de calidad.

Humanismo, para que en todos los servicios de salud la atención brindada sea respetuosa de los usos y costumbres –no nocivos- de la población boliviana.

Solidaridad, para que quienes cuentan con mayores recursos contribuyan a que los sectores menos favorecidos tengan mejor acceso a los servicios de salud.

Transparencia, para que todos accedan a la información técnica y administrativa oportuna, veraz y confiable sobre la problemática de salud y la forma en que actúan las autoridades gubernamentales frente a ella.

CAPITULO IV

METODOLOGIA

ENFOQUE DE LA INVESTIGACION

Una investigación cualitativa permite comprender de mejor manera las actividades, creencias, comportamientos y expectativas, de las personas, en el caso presente de médicos y pacientes en torno a la *relación médico-paciente*.

Toda investigación cualitativa proporciona profundidad de comprensión acerca de las respuestas humanas, de sus aspectos emocionales y contextuales, ayuda a entender las percepciones de la gente, sobre aquellos problemas que no pueden ser analizados y comprendidos solo con números y porcentajes.

La investigación cualitativa busca el “por qué”, busca la interpretación en vez de la explicación de las cosas. Realizada con grupos pequeños de personas que no son seleccionadas sobre la base de la probabilidad estadística.

Facilita por tanto la obtención de información relevante sobre las actividades y los comportamientos de la población, relacionados a la salud, la enfermedad y su atención.

Además este enfoque permite conocer a profundidad la opinión de unos y otros (médicos y pacientes), sobre la *relación médico paciente*.

De este modo la investigación cualitativa se convierte en un instrumento para la generación de ideas que facilita y sirve para la toma de decisiones, a través de la experiencia directa, recogida, observada, y escuchada en profundidad desde el mismo contexto social en que se genera.

Aclarando que el enfoque intercultural humano es el que prima en el trabajo de investigación, se puede empezar afirmando que todos los servicios formales de

medicina deben llegar a toda la población; sin embargo mis vivencias constatan una realidad en que se confronta una inaccesibilidad a los servicios de salud, vista sobre todo en las zona rurales y entre la población indígena dadas por cuestiones culturales, de calidez de la atención, barreras lingüísticas; además de las económicas y geográficas, entre otras.

Por esto en un futuro la Salud Intercultural deberá ser vinculada a la toma de decisiones dentro los programas que se formulen a través del Ministerio de Salud, resaltando como valor universal de la Salud Pública la búsqueda permanente de la equidad, contemplando las diferencias culturales existentes.

TIPO DE ESTUDIO

Como ya se manifestó, el presente estudio es de tipo *cualitativo etnográfico-fenomenológico*. Etnográfico para buscar los patrones existentes en la *relación médico-paciente* implicados en la atención médica; Fenomenológico para identificar la forma en que perciben médicos y pacientes su rol en la atención médica. Se decidió por este tipo de estudio porque el método cualitativo analiza e indaga sobre los fenómenos de la *relación médico-paciente* desde el mismo contexto global, cultural y socioeconómico de un grupo específico desde el ámbito donde se desarrolla.

AREA DE ESTUDIO

El área de estudio esta representada por el Municipio de Betanzos del Departamento de Potosí. Municipio eminentemente rural, disperso en su mayoría a causa de su accidentada geografía, además de sus bajos indicadores socioeconómicos.

CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

En el presente estudio fueron incluidos hombres y mujeres del Municipio de Betanzos comprendidos entre lo 25 a 65 años de edad.

Fueron excluidos de la investigación las personas menores de 25 años por considerar la posible carencia de un criterio totalmente formado acerca del tema, del mismo modo fueron excluidas las personas mayores a 65 años por tratarse de personas en las cuales por su estado emocional propio de la edad pueden dar lugar a sesgo y error de información.

Los participantes fueron elegidos con el apoyo de líderes comunitarios, e incluyen a participantes de las principales comunidades de sus respectivos Sectores, por tal motivo se tuvo en muchos casos que realizar largas horas de caminata a fin de llegar a sus domicilios a fin de explicarles, sensibilizarles y motivarles a que participen en el presente estudio.

Considerando que el estudio esta también dirigido a conocer como perciben los médicos la *relación médico-paciente*, fueron incluidos los once médicos asistenciales que trabajan en el Municipio de Betanzos (tres especialistas y ocho médicos generales). Se excluyo del estudio a los dos médicos generales que trabajan como gerentes tanto en el Directorio Local de Salud (DILOS) y en la Red Betanzos, fueron excluidos ya que la labor que desempeñan es mas gerencial administrativa y no precisamente asistencial.

El acceso al trabajo de campo fue difícil a causa de la accidentada geografía de algunas de las comunidades de Betanzos y por factores de tiempo, ya que, el investigador (alumno de la Maestría) al desempeñarse profesionalmente como médico de uno de los sectores de este municipio (sector Millares) esta sujeto a normas vigentes del Ministerio de Salud que dictamina, que los médicos que trabajan en área

rural solo tienen cuatro días libres al mes. Otro hecho que dificultó el trabajo de campo fue el factor económico, que demandó un alto costo en el alquiler de un vehículo 4x4, a objeto de llegar a las distintas comunidades, recursos económicos que demandaron un esfuerzo propio; ya que el financiamiento para cualquier investigación es siempre difícil de conseguirla en la región y en el país.

Para la recolección de datos solo se utilizó una grabadora de reportero, a pilas debido a que en la gran mayoría de los sectores no se cuenta con energía eléctrica.

FUENTES DE INFORMACION

Se recurrió a fuentes de información como mapas del Municipio de Betanzos a fin de identificar las comunidades, centros de salud, sectores y vías de comunicación existentes.

Del mismo modo se recurrió a los formularios del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) del departamento de Potosí y de la Red de Betanzos. Con el objeto de conocer las coberturas de atención de los servicios de salud.

MUESTRA

Las investigaciones cualitativas no requieren seleccionar muestreo en base a probabilidades estadísticas. Lo que buscan es profundizar el conocimiento y la información a fin de que sea válida.

Por tal motivo la estrategia para seleccionar la muestra fue: *muestreo de informantes claves*, tales como, personas representativas y líderes comunitarios, hombres y mujeres por igual, de las comunidades pertenecientes a los 7 sectores de salud del municipio y que voluntariamente manifestaron su interés de participar en el estudio.

En el caso de los médicos se tomo la estrategia de *muestreo a base de criterios*, por esto se excluyo a los dos médicos generales que desempeñan funciones administrativas gerenciales.

Tomando en cuenta lo anteriormente señalado en total se conformaron siete grupos focales y once entrevistas en profundidad a los médicos.

Para la realización de los grupos focales con los pobladores (pacientes) se seleccionaron a diez personas (cinco varones y cinco mujeres) por cada grupo

Las entrevistas a profundidad no estructurada fueron realizadas a once médicos (siete varones y cuatro mujeres) que representan a todos los médicos que trabajan en Betanzos.

El criterio de “saturación de la muestra”, definió el tamaño de la misma, es decir, se suspendió el muestreo cuando nuevos grupos de discusión, ya no generaron nuevos datos.

RECOLECCION DE DATOS

En la presente investigación, para la recolección de la información se utilizo la técnica de los grupos focales, para los pacientes y las entrevistas a profundidad para los médicos.

ELABORACION DE LA GUIA DE GRUPOS FOCALES

La elaboración de la guía de los grupos focales y de la guía de entrevista a profundidad fue realizada con sumo cuidado a fin de impedir la dispersión de los aspectos a ser investigados.

En base a los objetivos de la investigación se identificaron los siguientes ejes temáticos.

1. Sentimientos, actitudes y prácticas de los pobladores y médicos de Betanzos que influyen en la *relación médico-paciente*.
2. Cuál la percepción de los pobladores y médicos de Betanzos sobre la relación medico-paciente.
3. Cuales las expectativas de los pobladores y médicos de Betanzos sobre la *relación médico-paciente*.

Una vez identificados los ejes temáticos, se formaron las preguntas específicas para cada una de ellos (anexo 3).

CONSTITUCION Y DESARROLLO DE GRUPOS FOCALES

Para la recolección de la información se organizaron y desarrollaron siete grupos focales con los pacientes en los distintos sectores del municipio.

Para organizar los distintos grupos focales se contó con el servicio voluntario de dos estudiantes del último curso de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Autónoma Tomas Frías de Potosí, las mismas que hablaban perfectamente el idioma quechua.

En ningún caso en la conformación de los grupos focales de los pacientes se solicitó la intervención o colaboración de ningún personal de salud relacionado a cada sector a fin de evitar cualquier tipo de influencia o sesgo en la información. Del mismo modo no tenían conocimiento de las fechas programadas para su realización.

En cada sector se realizó un recorrido por las diferentes comunidades con el objeto de identificar a los posibles participantes en los grupos focales, se conversó de manera personal con cada uno de ellos a fin de explicar y sensibilizar sobre la importancia de la

presente investigación, garantizándoles además la confidencialidad y reserva de sus nombres y que toda la información aportada sería exclusivamente utilizada en la investigación, con el objeto de contribuir a una mejor calidad de atención en los servicios. Del mismo modo se les informo que deberían disponer aproximadamente de dos a cuatro horas para su participación.

También fueron informados y se solicitó su consentimiento, para que durante la realización del grupo focal se utilizarían grabadoras a fin de poder captar toda la información mencionada y expresada por ellos, además también se utilizarían cuadernos de notas.

Luego de estas importantes explicaciones que fueron plenamente comprendidas y aceptadas por los distintos voluntarios y tomando en cuenta su disponibilidad de tiempo se consensuarón fechas y lugares de realización de las diferentes reuniones.

El equipo de investigación estuvo conformado por mi persona como responsable de la investigación y las dos estudiantes de la carrera Trabajo Social de la Universidad Autónoma Tomas Frías de Potosí.

El lugar donde se desarrollaron los grupos focales fueron las escuelas de los diferentes sectores, para esto se solicitó el permiso de uso a los profesores de cada unidad educativa; Tirquibuco, Poco Poco, Vila Vila, Villa Carmen, Betanzos, Chaqpi Grande y Mamahota, favoreciendo así el desarrollo de la investigación en todos los sectores de salud dependientes del municipio de Betanzos. Se cuidó que los mencionados ambientes reúnan en lo posible las condiciones necesarias a fin de que los participantes y los componentes del equipo de investigación pudieran estar lo suficientemente cómodos.

Del mismo modo en el inicio del trabajo de cada grupo focal se aplicaron técnicas de presentación y motivación con el objeto de conocerse entre todos los participantes,

de igual manera se volvió a recalcar los motivos de la investigación y la importancia de dar información cierta a fin de contribuir a una mejor calidad de atención.

Durante todo el desarrollo de los ocho grupos focales siempre se utilizó un trato cordial, se controlaron los tiempos de las distintas intervenciones a fin de evitar cansancio. Y en cuanto a las opiniones vertidas empezaron a ser similares ya no se profundizaron más en ellas.

En el desarrollo de cada grupo focal se aplicó la misma guía de trabajo de forma ordenada y sistemática, una vez respondidas todas las preguntas se procedió a clausurar la reunión, agradeciendo nuevamente a todos los participantes por su valiosa colaboración.

En el desarrollo de los grupos focales se tuvieron algunas dificultades en el inicio debido a la distancia y lejanía de los distintos sectores y a lo alejado que viven los participantes, lo cual provocaron retrasos y perjuicios en la realización de la investigación, en algunos casos se tuvieron que volver a visitar más de un sector y reprogramar la actividad, se cuidó además que el personal de salud de los diferentes sectores, no tenga conocimiento del trabajo de los grupos focales.

El primer grupo focal se realizó en el sector de Tirquibuco, comunidad que pertenece a los valles del municipio y es la más alejada y poco accesible, para llegar a esta comunidad se debe ir por la ciudad de Sucre hasta Yamparazé y de ahí a Sotomayor una vez en esta localidad se debe cruzar el río Pilcomayo luego se debe recorrer aproximadamente una dos a tres horas de viaje por quebrada, en época seca se puede ir en moto o vehículo 4x4 pero en época de lluvias se debe caminar de 12 a 16 horas aproximadamente. En este grupo participaron un total de 9 pacientes (pobladores), seis varones y tres mujeres, en este grupo se tuvieron que motivar a una mayor participación, invitándoles a ampliar sus respuestas. Esto debido a la natural

timidez de sus pobladores por el poco contacto que tienen con la gente de la ciudad y por ser en su mayoría quechua parlantes.

El segundo grupo focal se realizó en la comunidad de Poco Poco, comunidad perteneciente a los valles del municipio y al cual se accede del mismo modo que a Tirquibuco vale decir por la ciudad de Sucre pero esta comunidad se encuentra a orillas del río Pilcomayo. En este grupo participaron un total de 8 pacientes (pobladores), cinco mujeres y tres varones, en este grupo si hubo desde el inicio gran participación y espontaneidad en sus participaciones, la gente de este lugar se caracteriza por tener gran intercambio comercial y social con la ciudad de Sucre.

El tercer grupo focal se realizó en la comunidad de Vila Vila, esta comunidad pertenece del mismo modo a los valles y a esta se puede acceder por línea férrea infelizmente hoy inhabilitada. Este grupo se tuvo que postergar en una oportunidad su realización, por que no se pudieron reunir la fecha establecida, en la segunda oportunidad solo se pudo contar con 6 participantes, la causa a esta ausencia es que al ser un sector cercano a la ciudad de Sucre, sus pobladores viajan frecuentemente a la mencionada ciudad. De los 6 participantes cuatro eran mujeres y dos varones, los mismos que compensaron ampliamente la ausencia de los otros participantes ampliando sus comentarios siempre de manera permanente, así que en algunos casos se tuvo que frenar de manera discreta y amable sus participaciones.

El cuarto grupo focal se realizó en la comunidad de Villa Carmen, comunidad perteneciente a la puna alta del municipio, en este grupo participaron todos los invitados, cinco varones y cinco mujeres. Este grupo siempre se caracterizó por ser homogéneo en su participación.

El quinto grupo focal se realizó en la comunidad de Chacpi Grande, comunidad perteneciente del mismo modo a la puna alta del municipio, en este grupo participaron

de igual manera las diez personas, cuatro varones y seis mujeres. El grupo se caracterizo por su puntualidad y gran motivación y realismo en aportar con sus vivencias.

El sexto grupo se realizo en la comunidad de Mamahota, comunidad que pertenece a los valles altos del municipio, en este grupo solamente participaron siete personas, de los cuales cinco eran mujeres y dos varones, fue un grupo parco, poco comunicativo y a los cuales en mas de una vez se tuvo que motivar y sensibilizar sobre la importancia de la investigación y por ende en lo importante de sus aportes.

El séptimo grupo se realizo en la misma Comunidad de Betanzos, en el mismo se contó con 9 participantes, de los cuales cinco eran mujeres y cuatro eran varones el grupo se caracterizo por ser jovial de mucha confianza y demostró su gran interés de manera permanente al aportar con todas sus experiencias.

ENREVISTAS A PROFUNDIDAD A MEDICOS

Se opto por la entrevistas a profundidad para los médicos a fin de que en forma confidencial y anónima puedan expresar sin temor y libremente sus expectativas, actitudes, conocimientos en torno a la *relación médico paciente* en el ámbito rural. La guía de entrevista fue la misma para todos ellos. Es importante mencionar que de los once médicos entrevistados tres de ellos fueron reticentes a ampliar la información, aludiendo que no tenían tiempo o no percibían el beneficio de este estudio a nivel personal y al contrario dieron a entender que el único beneficiado con estos estudios, son los que lo realizan; pese a que se tomaron las debidas precauciones, como la cita antelada.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Concluido el trabajo de campo en el cual se tuvo lamentablemente algunos retrasos, tal vez justificados por la extensión del municipio de Betanzos y su difícil accesibilidad a algunas de sus comunidades, se procedió al procesamiento de la información, para tal efecto se realizo la transcripción de los debates grupales grabados, y de las entrevistas a profundidad, utilizando para esto un procesador de texto.

Posteriormente se procedió a sistematizar la información, por parte del investigador, para lo cual primero se ordeno la información de los grupos focales, en base al orden cronológico de su realización y en base a las respuestas de cada uno de los grupos.

A fin de asignar un valor específico a la información no solo se tomo en cuenta la transcripción de las respuestas de los grupos focales grabados en las cintas magnetofónicas, sino también los registros de la colaboradora, para de esta forma no perder ningún gesto, énfasis y actitud de los participantes al tiempo de expresar sus ideas, del mismo modo se procedió con las entrevistas de los médicos.

Se releyó en más de una vez las transcripciones para encontrar el verdadero sentido de lo que quería decirse, del mismo modo se escucharon mas de una vez las grabaciones.

Posteriormente se procedió a sistematizar, ordenar y valorar la información de acuerdo a los objetivos, no se duplico las expresiones o conceptos similares aportados en más de una vez tanto por los médicos como por los pacientes, se dejo de lado el orden cronológico del cual se recabo la información.

A continuación de manera conjunta el investigador junto a las dos estudiantes de trabajo social las cuales hablaban y entendían perfectamente el idioma quechua,

procedieron a interpretar la información pasando de su descripción a su comprensión, siguiendo cada uno de los objetivos.

TRIANGULACION

Se realizó la triangulación a partir de las observaciones del investigador, junto a los dos estudiantes de Trabajo Social que participaron en el trabajo de campo y el análisis de la información recogida en los grupos focales. En todo el proceso de sistematización de la información se intercambiaron permanentemente opiniones y apreciaciones sobre todo lo manifestado a fin de coincidir en los resultados obtenidos. Se buscaron conceptos similares expresados por médicos y pacientes, con la intención de que no escape ningún detalle entre los datos obtenidos de las entrevistas a profundidad y los datos obtenidos de las técnicas grupales.

Por tanto la triangulación fue realizada de tres maneras: a) la participación de más de dos entrevistadores, b) la utilización de dos técnicas: las entrevistas a profundidad y la discusión en grupos focales, c) la recogida de información de dos fuentes: los pacientes y los médicos.

CAPITULO V

RESULTADOS

Se trabajo con siete grupos focales de pacientes con un total de 46 participantes, el 43% mujeres y el 57% varones en los siete sectores den salud del municipio de Betanzos.

Se realizaron once entrevistas en profundidad a los médicos que realizan atención en salud, en los siete sectores y en el hospital de Betanzos. Tres especialistas y ocho médicos generales.

Los resultados se presentan a continuación:

A. FACTORES RELACIONADOS CON LOS SENTIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PACIENTES Y LOS MÉDICOS

El acto médico en el que se concreta la *relación médico-paciente* a través del primer contacto, es una forma especial de vinculación entre personas. Las partes o elementos de esta relación están representadas en nuestro caso por:

- a) El paciente indígena
- b) El médico del área rural
- c) La sociedad o comunidad rural

El propósito de nuestro trabajo, como ya se menciono analizará los factores que intervienen en esta relación.

1. EL MARCO REFERENCIAL NO COMPARTIDO

Las discrepancias entre pacientes y médicos acerca de la naturaleza y causas de las enfermedades afectan la relación entre ambos y restan efectividad a las acciones terapéuticas.

En el caso de las comunidades estudiadas, los marcos culturales y aún lingüísticos de los médicos y los pacientes son diferentes.

La concepción andina sobre las causas de las enfermedades, es desconocida por los médicos o no es tomada en cuenta, lo cual es percibida por los pacientes como un vacío de conocimiento, una falencia en los médicos y por tanto aparece la desconfianza de los tratamientos prescritos.

“No nos entienden cuando las wawas se enferman de diarrea que es producida por el frío, vamos al médico y nos dice dale este sobre preparado en agua hervida enfriada, ¡como le voy a dar agua fría!” (P.25.M).

Sobre la concepción andina relativa a la muerte que podría tener importancia en la *relación medico-paciente*; la misma tiene un alto sentido cosmogónico y espiritual pues los indígenas creen en la inmortalidad ajustada a sus propias creencias, este hecho es ignorado o no tomado en cuenta, por la mayoría de los médicos, lo cual es percibido por la comunidad indígena como un desconocimiento de sus ritos y tradiciones, que puede influir en la deseada relación.

Es interesante observar que cuando el paciente habla con el médico sobre otras tradiciones culturales por ejemplo, la “challa” y los ritos relacionados a la tierra, “la Pachamama”, a los ritos de la siembra, cosecha, etc; el médico concuerda e insinúa que es parte de nuestra cultura y que se debe seguir cultivando y practicando; pero cuando el paciente habla de sus tradiciones y rituales en relación a la salud,

inmediatamente la postura del médico cambia, indicando muchas veces que esas costumbres ya deben olvidarse, que son perjudiciales que les hace perder el tiempo y que nunca se va a comparar a la medicina moderna”

“Cuando mi hermana tuvo su parto en el hospital, ella quería fajarse con el chumpi y colocarse una pañueleta en su cabeza el médico se rió y le dijo que no era necesario, mi hermana se empezó a ponerse mal y llamamos a la enfermerita ella le fajo nuevamente y mi hermana se empezó a sentirse mejor” (P.34.M).

Las prácticas mágicas, los rituales son parte importante del tratamiento en la cultura andina, situación que no tomada en cuenta por los médicos, y los pacientes perciben como incompleto el tratamiento efectuado por los profesionales.

En contraposición, los médicos tradicionales, curanderos y/o “jampiris” comparten los conceptos de enfermedad y causalidad de los pacientes, siendo un factor que favorece una mejor relación entre ellos.

2. FACTORES PROPIOS DE LA RELACION

Cuando se establece una relación entre el médico y el paciente, entran en juego las maneras como piensan, sienten, interactúan ambos. Examinando estas características de acuerdo a las polaridades de la relación, mencionadas en el marco teórico, se obtuvieron los siguientes resultados

2.1 Autoridad del médico y aceptación

La autoridad del médico se justifica por su competencia y responsabilidad moral. La autoridad del médico y la aceptación de ella por parte del enfermo suscita en el paciente confianza y la esperanza de ser ayudado.

El autoritarismo, el despotismo y la imposición arbitraria e irracional, perturban la relación e interfieren el tratamiento. Un grupo importante de enfermos descuida su tratamiento debido a fallas en la relación con los médicos, incluyendo tensiones y asperezas que surgen en el trato.

El paciente indígena valora de sobre manera al médico, su capacidad de aliviar el sufrimiento y curar las enfermedades:

“Ahora tenemos médicos y postas para que nos atiendan, antes no teníamos nada si teníamos que morir moríamos no mas” (P.50.V).

Pero también reconocen que sienten miedo y desconfianza al acercarse a ellos.

“Cuando me enfermaba tenía miedo de ir, pensaba que me iban a reñir, que no me entenderían, esperaba largo rato viéndole a la doctorcita para ver si ella se me acercaba a preguntarme que quería a que había venido” (P.47.F).

Este temor surge de las experiencias propias y de las personas allegadas, que han sentido el autoritarismo de los médicos.

“En el campo sabemos que cuando no vemos nuestra costumbre (menstruación), estamos embarazadas, entonces, he ido donde el médico, cuando le he dicho, eso, enojado se ha puesto, otra wawa (niño) vas ha tener ¡porque no te cuidas!!, me ha gritado, todavía sigues cargando a tu wawa y otra vas ha tener, sacate tu pollera y échate aquí me ha dicho, me ha tocado fuerte mi barriga, enojado estaba el doctor y miedo y vergüenza me ha dado” (P.27.M).

En este caso la actitud poco amable y agresiva en su trato, sin calidez por parte del médico en la atención a esta mujer se constituye en un factor que dificulta una buena relación médico-paciente y el acceso a los servicios de salud.

La vergüenza de la mujer de sentirse embarazada nuevamente, surge de la connotación negativa que el médico le atribuye al embarazo, sin considerar el derecho de decidir el número de hijos de cada pareja, y mucho menos las concepciones culturales sobre el tamaño de la familia.

Otros muchos pacientes también considera que, el poco o ningún respeto a sus creencias es otra actitud negativa que tienen los médicos.

“Una vez mi wawa estaba vomitando mucho, nosotros sabemos que cuando pasa eso, es por que su barriguita se ha bajado y le amarramos su barriga con una faja, cuando esto ha visto el doctor se ha reído por qué mejor no le tapas su boca me ha dicho” (P,35,M).

Del mismo modo en este caso la actitud de burla por parte del médico en torno a los usos y costumbres de los indígenas, es otra manera de autoritarismo y maltrato que limita la *relación médico-paciente*, así como el enojo que interfiere con la comunicación que debe existir entre ambos.

“Cuando vamos al médico calladitos tenemos que estar, si preguntáramos por que nos están haciendo desvestir o hacernos dar la vuelta seguro se enojan” (P.29: M)

Una gran mayoría de los pacientes coincidió que también de algún modo existen actitudes discriminatorias de parte de los médicos hacia los pacientes indígenas:

“En el campo no tenemos mucho agua, nuestras casas sirven para todo y la leña con la que cocinamos da un olor a nuestra ropa por eso a veces estamos sucios y tenemos mal olor, y cuando nos ven así no nos quieren ni tocar de lejitos no mas nos ven, por eso a veces preferimos ir donde el curandero no mas” (P.54.H).

Esta actitud de los médicos, también se convierte en otro factor que limita de alguna manera la accesibilidad a los servicios de salud, en contra posición que para el curandero el aspecto del paciente indígena le es absolutamente familiar.

Al respecto hay un relato llamativo como el siguiente:

“Los doctorcitos mas blancos son los que siempre no nos quieren tocar, ellos disimulan pero nosotros no somos tontos, pero los doctorcitos mas parecidos a nosotros nos tocan no mas, por mas sucios que estemos, incluso cuando vienen a nuestras comunidades lo que les invitamos comen sin decir nada en cambio los otros dicen que no tienen hambre gracias, por eso preferiríamos que los doctorcitos sean mas como nosotros” (P.31.H).

Este relato muestra la presencia de una marcada discriminación, la cual es otra actitud que determina poca accesibilidad a los servicios de salud. Algo que llama la atención es que se pudo apreciar es que a veces el mismo indígena discrimina también al color de la piel del médico.

2.1 Estimación, confianza y hostilidad

Cuando hay confianza y aprecio mutuo en la relación con los pacientes, el proceso terapéutico marcha bien. Si existe hostilidad y desconfianza, no tiene éxito

“En su mayoría consultan cuando están graves, ven al hospital como casa de muerte, no son pocos los pacientes que por mas que les roguemos a que se queden internados no quieren quedarse bajo ningún motivo, por ejemplo el año pasado tuvimos que lamentar una muerte materna debido a que la mujer no quiso quedarse en el hospital y se fue a su casa. Luego los culpables ante el Ministerio siempre somos nosotros nunca ellos y sus costumbres” (M.39.H).

En los distintos grupos focales de los pacientes ante el relato anterior se trato de buscar, el por qué los pacientes indígenas sienten temor hacia los hospitales no pudimos encontrar alguna respuesta sustentable confiable, mencionaron que *“en los hospitales hay malos espíritus”, “son fríos” o “tratan mal”*, parecían más bien solo expresiones con un matiz picaresco, pero hubo una expresión que si llamo la atención y por ser totalmente diferente al resto y expresa el sentido estético de la cultura quechua.

“Los hospitales son fríos, tristes desde el color que escogen para pintar sus paredes son sus colores plomito, blanquito, verde agüita, colores sin vida, a nosotros nos gustan los colores vivos esos dan vida” (P.33.M).

Además por el trato irrespetuoso que reciben en muchos casos, es un factor decisivo para la hostilidad que se genera hacia los servicios de salud.

2.3 Distancia óptima entre los participantes en la relación

El médico y el enfermo deben lograr entre ellos una distancia emocional óptima que permita una “alianza terapéutica” Cuando el médico, se distrae, se aburre, se disgusta o duda, el enfermo se retrae en si mismo y se aleja.

“Cuando uno esta enfermo queremos ser atendidos o sea que se interesen por nosotros, pero parece que no son sensibles a nuestro sufrimiento” (P.41.M).

“Queremos que nos atiendan bien que nos toquen, que nos escuchen, que nos miren, pero siempre están apurados o enojados, con esto vas estar bien nos dicen y nada mas” (P.37.H).

“Una vez que fui todo me dolía, mi espalda, mis manos, mis rodillas, el medico me dijo: reumatismo tienes es por la edad, no se puede hacer nada y me dio unas píldoras nada mas” (P.63.M).

Estas actitudes del médico, transmiten la falta de interés por el paciente y un claro mensaje de que no realizan los esfuerzos necesarios por aliviar sus dolencias y que el paciente debe resignarse ante la enfermedad. De alguna manera esta percepción se confirma con la expresión de los médicos de sector.

“Estos pacientes son como animalitos, la consulta es un trabajo de dos, la mejoría también depende del paciente y como en su gran mayoría no saben nada, no saben hablar, no saben leer, no saben escribir, por tanto nunca cumplen el tratamiento a cabalidad”(M.36.H).

“Estos pacientes del campo no conocen nada de la enfermedad, la forma de cuidarse y las posibilidades reales de su tratamiento, piensan que poniéndoles una inyección o un suero alimento como el que siempre nos piden se van a curar” (M.31.H).

Otro factor presente, que transmite el desinterés del médico por el bienestar del paciente, tiene que ver con el mercantilismo y la explotación, que confirma el relato de esta señora ya un poco mayor, originaria del cantón de Poco-Poco a orillas del río Pilcomayo y que generalmente se traslada a la ciudad de Sucre por la proximidad, relata:

“Los médicos ya no son como antes, antes cariñosos eran, buenitos eran, amables respetuosos incluso con la gente del campo, eran como superiores, yo siempre desde niña e ido a Sucre al hospital Santa Bárbara y así eran, bien distintos, siempre hasta mas bonitos eran, en cambio ahora solo les importa la

plata, incluso los más negros de ese hospital ni te quieren mirar, cuando hay plata recién te tratan bien, o anda a mi consultorio nos dicen”(P.57.M).

Existe también otra barrera para el establecimiento de una efectiva relación con los pacientes, es el idioma, sobre todo en los adultos mayores, puesto que este grupo generacional solo habla el quechua.

“La gente mas viejita habla solo quechua, y en estos casos los médicos casi nunca entienden en su mayoría el quechua” (P.53.M).

Pero otra afirmación expresa que no es tanto la barrera del idioma que se podría solucionar mediante un traductor (enfermera, auxiliar, etc.) sino más bien la actitud, y el interés que pueda mostrar el médico por el paciente, que a veces también se ve afectada por su estado de humor, del cual el paciente indígena claramente se da cuenta como lo afirma esta expresión.

“Cómo nos tratan, depende si están de humor o mal humor, cuando están enojados, nos gritan apurados, no mas nos atienden, vas a tomar esto nos dicen y nada mas y no les importa si entendemos el castellano o no” (P.27.H)

Pero es innegable que el idioma en verdad representa una barrera, lo que se confirma en la siguiente expresión.

“Nosotros a veces hablamos un poco no mas el español y también entendemos poco, por eso es mas fácil si hablamos en quechua y si nos explican lo que tenemos en nuestro idioma” (P.56.H).

Estos factores dificultan que se establezca una distancia efectiva, terapéutica entre médico y paciente, de manera que ambos se comuniquen adecuadamente y el paciente sienta que es atendido con interés.

En cambio, se establece una mejor relación con los curanderos, quienes logran una distancia terapéutica con mayor facilidad, no solo por el marco de referencia compartido, sino por las actitudes de respeto e interés por los pacientes.

“Vamos donde el curandero por que bien nos trata, nos miran, nos escuchan, hasta como caminamos nos ven; el curandero, el jampiri, mágico es, el ha sido tocado por el rayo, de muerto ha sido resucitado por el tata Santiago; su mirada especial siempre es; por eso ellos parece que están siempre a nuestro servicio y se interesan por nosotros” (P.41.H).

3. EL SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD

Por sus estudios y adiestramiento profesional, los médicos interpretan la enfermedad como un conjunto de signos y síntomas que definen un trastorno particular y una evolución. Lo que el médico desea es establecer un diagnóstico, un tratamiento y un pronóstico, cuando atiende un paciente; y lo que el paciente quiere es el alivio de sus dolencias, una explicación y una predicción.

“No me ha explicado nada, solo inyección me ha dado para que me coloquen, no me ha explicado nada, solo me ha dicho con esto te vas a curar, me han pinchado y nada mas” (P.29.H)

Estas expresiones demuestran que el paciente indígena debe ser más informado sobre su tratamiento y el pronóstico de su enfermedad. Además debe ser comprendido dentro del significado que tiene en su cultura, el padecimiento que le aqueja.

“Me han dicho que tengo bichos; “aire” me ha dado le he dicho, pero el no me ha dicho nada, no me ha revisado, me ha dado recetas, tienes que tomar estas píldoras me ha dicho y nada mas, parece que no entiende que es aire” (P.52.H)

A pesar de que los significados difieren para el médico y los pacientes, son los pacientes quienes están más dispuestos a conocer y aceptar otras visiones

“Nosotros quisiéramos que los médicos conocieran y conversen mas sobre nuestras costumbres y medicinas, así tal vez ellos nos entenderían mejor sobre nuestras enfermedades” (P.54.H).

4. INTERPRETACIONES DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

La expectativa compartida por el médico y el paciente respecto a al efectividad de la prescripción es un factor determinante para el apego al tratamiento. Si no es compartida se ve afectado no solo el tratamiento sino la relación.

“En vano vamos, siempre para todo nos dan lo mismo, cuando mi wawa esta enferma voy para lo mismo, incluso caminando tanto, para que para que me den solo esas pildoritas blancas (analgésicos) nada les hacen, incluso cuando les damos vomitan, feas son” (P.25.M).

Tienen mayor apego y confianza en las medicinas tradicionales, la herbolaria andina y los rituales de curación.

“Cuando mis hijos se enferman les doy matecitos, les fricciono, yo y mi esposo tomamos mates siempre primero” (P. M.38).

“Primeramente nos curamos con y algunas yerbas, como wira-wira, amor seco, ruda; varias veces me he hecho atender con médico casero, pero una vez no estaba para médico casero, estaba para hospital. Siempre estamos entre ambos, hace cuatro años tenia un dolor, los médicos caseros todo me han dado pero no me hacían nada, así que me han dicho tu mal es para hospital, e ido al hospital me han operado y me han sanado. Se enojarían los médicos, si diríamos que ido al médico casero primero, mejor no decirles nada” (P.31.M).

“Cuando nos enfermamos un poquito, nos curamos con medicinas caseras, si no nos pasa recién vamos al medico, por que no es fácil caminar tanto para ir al medico” (P. M.27)

El paciente indígena trata de curarse primeramente con la medicina natural, por dos causas; primero en su gran mayoría viven alejados a los centros de salud, por tanto existe una barrera geográfica, pero también sabe reconocer que cuando sus remedios naturales no los pueden ayudar, deben acudir finalmente al médico. En cambio de parte de los médicos existe desconocimiento, rechazo o una débil aceptación de la efectividad de algunos tratamientos tradicionales andinos.

“Hay algunos médicos que dicen, que algunas yerbas curan, pero cuando les decimos sus nombres no conocen ninguna hierba, otros médicos no quieren saber nada de yerbas, nos dicen que no, que solo debemos tomar las medicinas”

El Ministerio de salud debería investigar sobre la eficacia o no de algunas yerbas para de esta forma brindar una evidencia mas sólida sobre su uso y de esta forma instar a que el médico boliviano pueda prescribir o aconsejar el uso de algunas de estas yerbas con el objeto de armonizar mas la relación del médico con el paciente indígena.

De alguna manera las actuales políticas de salud asistenciales como las del SUMI, reglamentan las decisiones tanto del medico como las del paciente quien es el beneficiario, decisiones que al final escapan de las manos de ambos. Y este caso las decisiones pasan a ser determinadas, normadas y reglamentadas (paquetes de prestaciones) por las actuales políticas de salud, como el SUMI, la misma que siempre tiene una fuerte influencia de conceptos, como: de costo-efectividad, costo-utilidad y costo beneficio.

La siguiente expresión refuerza lo anteriormente manifestado en este caso por un medico, acerca de su relación con el paciente indígena:

“Yo no me siento satisfecho, a veces pienso que solo soy un distribuidor de paquetes, si vienen con una IRA (Infección Respiratoria Aguda). El SUMI dice que tenemos que darle paracetamol 8 comprimidos ni mas ni menos, se que no le va hacer nada pero que puedo hacer. Estará bien eso en la ciudad donde la madre seguramente dará otros cuidados al niño y si no se resuelve el caso volverá, pero aquí lo que dice esta gente es que no sabe nada ese médico, no me lo a hecho nada no atiende bien así dicen” (M.29.H).

Esta expresión nos demuestra que los responsables de tomar decisiones a nivel central y elaborar estas políticas de salud asistencialcitas no toman en cuenta para nada las características del paciente indígena, como su nivel de educación, su modo de vivir, donde seguramente mas de uno vive en viviendas insalubres poco ventiladas, con gran hacinamiento, la contaminación los mecheros de kerosén que utilizan de noche y por el humo de la leña que utilizan para preparar sus alimentos.

Pero, en general el medico responsabiliza al paciente de los fracasos terapéuticos y el poco apego o adherencia al tratamiento.

“Estos pacientes son como animalitos, la consulta es un trabajo de dos, la mejoría también depende del paciente y como en su gran mayoría no saben nada, no saben hablar, no saben leer, no saben escribir, por tanto nunca cumplen el tratamiento a cabalidad”(M.36.H).

Desde la visión andina, existen un grupo de padecimientos que no son competencia del médico, pese a que podrían estar comprendidos dentro de la nosografía académica.

“Hay enfermedades que en nuestra casa se tienen que curar, ahí nos enfermamos, cuando los que nos tienen envidia ponen alguna brujería en nuestra casa, ahí tiene que venir el curandero a curarnos junto con nuestra casa, claro otras enfermedades para la posta son” (P.39.M).

Por lo tanto plantean un reto a los servicios de salud, para no dejar de atenderlos, sin entrar en conflicto con las concepciones culturales.

5. COMPRENSIÓN DE LA EXPERIENCIA DE ESTAR ENFERMO

Cuando una persona esta enferma, no puede dejar de usar su imaginación y prever las consecuencias económicas, sociales, familiares e incluso comunitarias de su padecimiento. Los médicos no ponen interés a estas vivencias subjetivas de los pacientes.

“La discriminación es porque no nos conocen, porque los doctores nunca han sido pobres, entonces nunca saben porque el campesino esta mal vestido o porque tiene mal olor o porque coquea no saben” (P.46.H).

“Un día estaba haciendo carbón, sin darme cuenta un tronco quemante, me ha caído a mi pierna, ese rato fuerte dolor e sentido, e sentido olor a carne quemada, mi esposa vino ese rato al escuchar mis gritos de dolor, me tapo mi pierna con un trapo y hemos ido al medico, el me a lavado, curado y calmado el dolor, pero me dijo que debía quedarme en el hospital, por lo menos algunos días, pero yo no quise, no porque no quería sino porque yo y mi esposa vivimos solos, si no estamos en nuestra casa quien iba a cuidar a mis animales y mis chacras, si no los cuidamos cada día se mueren se secan y no tendríamos que comer” (H.44).

Por el anterior relato, se observa que un motivo importante por el cual el paciente indígena rechaza en muchas ocasiones, las ordenes medicas, es que por su misma condición económica, el paciente rural no puede darse el lujo o el derecho que toda sociedad otorga al enfermo de ser eximido de sus responsabilidades laborales diarias, mientras así lo determine el medico.

Otra actitud negativa, que muestra el desconocimiento de la situación socioeconómica del paciente puede ser observada en el siguiente relato:

“Primero siempre nos dicen anda a hacerte sacar ecografía, ni nos ven bien, ni nos preguntan bien que tenemos pero ya nos mandan a hacernos sacar la ecografía sin preguntarnos si tenemos plata o no, en cambio el curandero primero nos pregunta, nos habla por eso yo prefiero ir al curandero”(P.46.M).

“Las medicinas son muy caras, por eso a veces no vamos al hospital y tenemos que curarnos con yerbas” (P.38.M).

Otra muestra de que existen aspectos más allá de lo biológico y psicológico, son los de tipo cultural, que son parte del proceso enfermedad-curación y cuyo manejo adecuado repercute en la relación médico paciente

“Cuando un paciente recientemente operado por sexta vez de una oclusión intestinal (vólvulo) llego al servicio a su control, al parecer con otra aparente oclusión que hacia resaltar el abdomen, pero ya en la mesa de examen se constato que estaba fajado en el abdomen y por debajo de esta estaba un conjunto de cosas como: coca, barras de azúcar cigarrillos, yerbas; lo que representaba una Khoa, llamado por ellos y que se puso así para que esta operación fuera exitosa y la última, como le había comentado al médico, ya que no podría tolerar que otra vez le operaran”(M.35.H).

B) FACTORES REFERIDOS A LA INSTITUCION

Dentro la basta problemática institucional aparece como importante la barrera del idioma, es una barrera innegable por tal causa el personal de salud del área rural tendrá que tener conocimientos del idioma nativo que se habla en esa región.

“A las personas que hablamos quechua, no nos entienden nada y no les importa mucho si se hacen entender”. (P.49.M).

“Un hecho llamativo es el hecho de que una mujer campesina volvió al consultorio indicando que le resultaba difícil tragar las tabletas “óvulos” que le habían recetado” (M.32.H)

“Se que lo mas importante es una buena relación con mis pacientes, pero eso es difícil, por que muchas veces no me entienden y yo tampoco” (M29)

La falta de tiempo suficiente y necesario para abordar integralmente al paciente, en los aspectos biológicos, psicosociales y culturales. Situación que deriva de un número insuficiente de profesionales que trabaja en áreas rurales.

“En nuestra posta una auxiliar no mas tenemos, no tenemos enfermera titulada o médico y cuando pedimos nos dicen no justifica, seguro porque soy campesino o indio como nos dicen, es que no tenemos el mismo derecho que los de la ciudad, que hasta especialistas tienen, pero sin embargo en la radio todo el tiempo escuchamos propagandas de nuestro derecho a la salud como esa de la tuberculosis, pero no se si soy tan burro, yo creo que si gastarían un poco menos en esas propagandas habría más dinero para que contraten más médicos” (P.27.V)

La burocracia en cuanto a cobertura administrativa es onerosa no adecuada a la tecnología actual y una carga para los médicos quienes al tener que llenar demasiados

formularios descuidan el tiempo destinado al paciente, además el costo de estos formularios en muchos de los casos supera incluso el costo de la propia medicación a administrar.

“Necesitaría dedicar mas tiempo a ellos pero si haría eso, no tendría el tiempo necesario para llenar los muchos formularios que tengo que llenar” (M.29)

El médico del área rural se encuentra en lugares alejados y aislado de su entorno familiar, privado generalmente de las mínimas comodidades ciudadinas, y en muchas de las veces desmotivado por hechos como, el continuo incremento de normas ministeriales que priorizan supervisiones y no precisamente para mejorar la salud, sino más bien con fines de control y trato dictatorial y fiscalizador; sin tomar en cuenta el lado humano del médico, que más bien precisa el de ser motivado por las múltiples privaciones que soporta.

“Nos faltan tantas cosas y lo triste es que a nadie le importa, me siento como un soldado que mandan a la línea de batalla con un fusil antiguo, y sin embargo los generales de retaguardia tienen acceso a mejor equipamiento, como medios de transporte por ejemplo, yo tengo una moto en mal estado pero seguramente en el SEDES los jefes de programas tienen vehículos modernos para salir a realizar sus actividades administrativas y todo esto a nadie parece importarles mucho”(M.29)

“Una noche vinieron a solicitar atención medica, un hombre, su esposa estaba con trabajo de parto hace aproximadamente un día, no puede tener su wawa me dijo, por favor doctor vamos a mi casa ayúdeme, fuimos en nuestra moto por suerte había camino, luego de unos cuarenta minutos de viaje llegamos. Era un cuadro dantesco, a un lado estaba un feto muerto y frío, sus hijos mayores estaban al lado de su mama la habitación era oscura y sucia, la mujer estaba recostada tenía un sangrado abundante, me acerque a ella su pulso era débil y

rápido estaba ya haciendo un choque hipovolémico, apenas pude canalizar una vena y administrarle y solución para aumentar su volemia, esto mejoro la situación, pero esta paciente tenia que ser rápidamente trasladada y recibir una transfusión, mi moto de nada servia en este caso, improvisamos una camilla y con la ayuda de alguno familiares empezamos a caminar para llegar al puesto y así poder llamar a la ambulancia, pero yo sabia como medico que la probabilidad de llegar a tiempo era difícil, y así fue luego de caminar una hora aproximadamente la mujer falleció, ¿talvez hubiera sido mejor ir desde el principio en una ambulancia, para poder ayudar mas rápidamente a esta mujer? ¿O pese a ir en ambulancia igual hubiera muerto? No se pero esa vivencia quedara para siempre en mi mente al recordar la expresión de sus otros hijitos. Solo yo y su familia lo sabremos, por que nunca notifique esta muerte, ¿para que?, cambiaria en algo la realidad. Creo que no. (M.33)

Estas carencias y el hecho de atender cotidianamente enfermedades graves, sin el respaldo de los superiores, seguramente lleva al personal a un estado de “agotamiento laboral” o síndrome de “burn out”, que se manifiesta precisamente mediante desinterés por los pacientes, irritabilidad, depresión, ansiedad y síntomas somáticos como cefaleas, opresión precordial y otras que puede llevar al médico a un estado de discapacidad psicologico.

“Mi labor de médico a ves se torna difícil, el paciente viene una vez y luego no vuelve por lo alejado en que viven, las distancias son largas y no es fácil caminar cuatro o más horas para brindar una visita de control, y si acaso comentáramos esto a nivel superior, seguramente la respuesta sería que debemos caminar para cumplir la misión; claro es fácil hablar desde arriba pero otra cosa es estar en le lugar de los hechos, pues el solo estar alejados cuatro o más horas de nuestro centro principal nos acarrea a otra serie de problemas de atención.” (M.31)

Existen otros aspectos como: el hecho de que los programas de salud en general no están acordes a la realidad del indígena y su forma de vida, el acceso a muchos de los puestos de salud son difíciles cuando no imposibles en ciertas épocas de año, la dotación de equipamiento siempre insuficiente o nulo, los insumos farmacéuticos no siempre son los aconsejables, tomando en cuenta parámetros como la edad, presentación y fácil acceso a los mismos, sobretodo en comunidades alejadas de los puestos de salud.

C. EMPODERAR A LA COMUNIDAD

A continuación se describe un hecho que ejemplifica, la posibilidad de superar los obstáculos, mediante la cooperación y accionar conjunto de comunidad, médicos y autoridades.

“Mi puesto de salud había recibido una camioneta de donación por parte de UNICEF, para uso exclusivo del puesto, seguramente UNICEF dono la camioneta con la intención de mejorar la accesibilidad al puesto de salud, pero los responsables de Distrito o lo que ahora es el DILOS y la Gerencia se la llevaron a Betanzos, aludiendo de que un puesto por su población no justifica, que tenga una camioneta y que es mucho mas necesario esa camioneta para realizar las distintas supervisiones de las coberturas que tienen como labor realizar el Gerente de Red, su estadístico y su asistente Técnico. Pero cosa increíble este personal de salud (médico, enfermera y auxiliar capacitado en estadística, respectivamente) no se sensibilizaron ante las expresiones vertidas de los comunitarios en demanda de su camioneta. Entonces se tuvo que acudir ante el SEDES de Potosí, para informar de todo lo sucedido al Director de Salud (medico de profesión) y el inicialmente dio la razón a que es más necesario e importante supervisar las coberturas de salud y no tomo en cuenta las necesidades humanas, por ejemplo de una mujer campesina que vive a seis u ocho horas a pie del puesto y por tal motivo tiene que tener su parto en su casa

con el riesgo que esto significa, en fin es increíble que existan autoridades que se olvidaron de ser médicos y ahora son salubristas, médicos de escritorio, más les importa las estadísticas a esos burócratas y hasta ahora no se dan cuenta que tenemos las peores estadísticas en salud. Pero la lucha continuó, se fue al Defensor del Pueblo, se acudió a Derechos Humanos y al ver que el problema se estaba haciendo grande y que los pobladores ya reclaman sus derechos y por no hacerse mas lío devolvieron la camioneta al puesto.

Pero como médico con este acontecimiento quede profundamente desmotivado, incluso amenazado con un proceso institucional por estar yendo en contra la institución, me dijeron que en este momento hay cientos de médicos que no pedirían nada con tal de tener un trabajo, estarían contentos y es lógico pensar esto ya que cada día salen mas médicos de las universidades y se abren mas carreras de medicina en todo lado, ¿Cómo uno se puede motivar, si ni el mismo estado mediante su Ministerio de Salud aparentemente no entiende lo que es salud en su sentido más amplio?. Así lo demuestran siempre, compran vagonetas ultimo modelo nuevas para los jefes de programa para que salga a supervisar, pero esos carros siempre están en la ciudades y nunca compran más ambulancias para los puestos del campo en donde están nuestros problemas” (M.34.H).

Una paciente refiere al respecto:

“Cuando estaba embarazada me a pasado eso de un de repente hemorragia fuerte me ha venido e ido al puesto cuando estaba ese anterior médico, cerrado estaba siempre, paraba así a cursos no mas iban y como ya no teníamos camioneta no había en que me puedan llevar a Sucre, porque cuando teníamos la camioneta siempre se quedaba el chofer y el ya sabía que ese rato debía llevar a los pacientes, mi marido no sabia que hacer se ha rogado a mi

compadre que tiene un camioncito, hasta cuatrocientos bolivianos le tuvo que pagar, si no hubiera sido el camioncito ya hubiera estado muerta ahorita”(P.32.M)

CAPITULO VI

DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

DISCUSION.

Este estudio ha explorado las expectativas, actitudes y percepciones de médicos y pacientes del área rural del municipio de Betanzos en el departamento de Potosí.

Se han identificado factores relacionados con el acercamiento y el conflicto, en la *relación médico-paciente*, del mismo modo se ha identificado insuficiencias del actual sistema de salud que generan en mayor o en menor grado problemas de atención en salud.

Los grupos focales y las entrevistas en profundidad, han proporcionado información detallada sobre la actitud poca respetuosa y discriminatoria por parte de los médicos hacia el paciente indígena, la barrera del idioma presente aun, poca valoración de los usos, costumbres y conocimientos en relación a la medicina tradicional, a la que por distintos factores el indígena ha recurrido por más de cinco siglos.

Otro factor identificado es el económico, aumentado por el mercantilismo que tienen como objetivo algunos malos médicos.

Se percibe un poco interés del médico por las dolencias del paciente, a la que los médicos destinan un poco tiempo a sus encuentros clínicos, la insuficiencia en la continuidad de los cuidados, en la prevención o en la visión del paciente como un agente activo.

El análisis ha mostrado que médicos y pacientes identifican insuficiencias estructurales del sistema de salud a nivel estatal y regional. Por otra parte también sugiere que los responsables de tomar decisiones a nivel central en salud deben compenetrarse más del contexto del área rural con sus grandes diferencias e

inequidades, y que no se puede aplicar un mismo modelo homogéneo, en un país en donde su heterogeneidad es una de sus características principales.

Por otra parte también sugiere la necesidad de involucrar más al indígena en la toma de decisiones y estrategias que atañen a su salud, así como la disminución de la distancia geográfica entre el médico y el paciente, como por ejemplo el priorizar una política de salud de mejoramiento de caminos y de medios de transporte (ambulancias) donde más se necesite, en base a la deuda histórica que se tiene con estas poblaciones rurales desde todo punto de vista y no en base a conceptos estadísticos poblacionales que justifiquen una inversión.

El principal hallazgo de este estudio es que las actitudes y comportamientos de médicos y pacientes es por falta de conocimiento del uno y del otro, esto tiene implicaciones y paradigmas nuevos en la formación de los nuevos médicos, es un paso necesario mejorar y enriquecer el currículo de los estudios en pre y postgrado, respaldando la necesidad de introducir estudios, en antropología médica, ética médica, historia de la medicina, etc. Del mismo modo se debe mejorar el elevado analfabetismo de las grandes poblaciones rurales con el objeto de mejorar los conocimientos en salud, prevención y desarrollar destrezas de entrevista clínica. Sin embargo, los resultados señalan que la aplicación de esta formación debe realizarse en un contexto que facilite el desarrollo de actitudes de tipo humanista e intercultural en el médico.

Por Todo lo expresado es importante planificar estrategias con los objetivos de mejorar la *relación médico-paciente* indígena a fin de prevenir las consecuencias adversas de encuentros clínicos interculturales no deseados, que se traducen en el deterioro de la *relación médico-paciente*, y en prevenir este deterioro emergente ya.

CONCLUSIONES

A. La visión de los pacientes.

- Perciben un trato frío, autoritario e impositivo, lo que provoca tensión y la sensación de no ser comprendido.
- Valoran que ahora pueden contar con médicos a los cuales pueden acudir a diferencia del pasado.
- El trato discriminatorio y poco respetuoso a sus creencias provoca el distanciamiento al sistema de salud, motivo por el cual prefieren en muchos casos acudir a la medicina tradicional.
- Sienten que los médicos no sienten un interés verdadero por solucionar sus problemas, lo que provoca desconfianza y pérdida de esperanza por no ser ayudado.
- La forma en que explican y perciben el proceso salud enfermedad es distinta a la de los médicos.
- La forma en que experimentan la enfermedad está fuertemente influenciada por concepciones mágico religiosas, mismas que no son comprendidas por los médicos.
- La falta de comunicación y explicación de su enfermedad, provoca una sensación de vacío, esta insuficiente información no colma las expectativas de saber la causa de su enfermedad.
- No se llega a establecer la alianza terapéutica, esencia de la relación médico-paciente.

B. La visión de los médicos.

- El marco referencial de la proceso salud enfermedad, que tienen los médicos no es el mismo al de los paciente.
- Expresan en su mayoría, e identifican al paciente indígena como un paciente difícil desde todo punto de vista.
- Identifican que la barrera del idioma es importante, pero que no es la única sino que existen otras: como su pobreza, su analfabetismo, sus costumbres que son constantes motivos de riesgo para su salud y por ultimo la dispersidad geográfica en la que viven.
- Los médicos reconocen que deberían dedicar más tiempo en sus encuentros clínicos con sus pacientes, pero a causa del excesivo tiempo que dedican en el llenado de distintos formularios impuesto por el sistema de salud no lo hacen.
- Los médicos perciben que las actuales políticas de salud son coarctadas, lejanas a la realidad rural en la que desempeñan su función, pero asumen una postura de resignación y acatamiento aun pese a no estar de acuerdo con ella.
- Se sienten insatisfechos con la función que desempeñan, lo que provoca en ellos un estado mental de agotamiento profesional (Síndrome de Burnout).
- Perciben que el significado de la enfermedad que asume el paciente indígena, es causa de alejamiento y de constante riesgo para su salud.

C. Los problemas institucionales.

- El sistema nacional de salud no parece responder a la verdadera expectativa de los médicos y pacientes del área rural lo que provoca un estado permanente de desmotivación y frustración en los médicos y el distanciamiento de los pacientes a los centros de salud.
- El sistema de salud contribuye de forma negativa en el deterioro de la relación médico paciente, al no introducir el concepto de salud intercultural en sus distintas políticas de salud, por una parte al no sensibilizar a los médicos que tienen una deficiencia en su forma de concebir y explicar la enfermedad, deficiencia que viene desde el sistema universitario por formar médicos con visión estrictamente basada en el modelo biomédico occidental. De otro lado el paciente indígena no es incorporado gradual y armoniosamente al actual sistema de salud, lo que provoca rechazo a las prescripciones médicas.
- Las rígidas normas de medir y monitorear el estado de salud en base a indicadores estadísticos y compromiso de gestión, deterioran la relación médico-paciente, en el sentido de que el médico concibe al paciente como un número más para justificar su trabajo.

RECOMENDACIONES

A los médicos.

- Ante la deficiencia en su formación de concebir la salud con enfoque intercultural y humano, deben ser ellos quienes se interesen más por compenetrarse, en temas de salud intercultural, humanismo medico, antropología médica, etc. Con el objeto de mejorar su relación con el paciente indígena.
- Poner en evidencia ante las instancias superiores que correspondan, de que el actual sistema de salud no es del todo acorde a la realidad del contexto de salud rural en donde desempeñan sus funciones, y que al contrario provoca un estado de agotamiento humano mismo que repercute en su desempeño laboral y por que no decirlo en su salud.

A las autoridades.

- Compenetrarse más de la realidad social en el que se desenvuelven, la salud en el contexto rural.
- Ser más sensibles y compasivos a las injusticias e iniquidades del estado de salud de la población indígena.

A los formadores de médicos.

- El sistema Universitario de Bolivia debe tomar en cuenta, que actualmente todavía la gran mayoría del total de la población es indígena “originaria”; por tanto al igual que las sociedades primitivas conciben el proceso salud enfermedad desde el punto de vista mágico religioso. Por tal motivo deben fortalecer su curricula con el objeto de crear destrezas y conocimientos en estos temas; por ejemplo Antropología Medica, Filosofía Medica, Bioética, etc.

A la comunidad.

- La investigación encontró que al parecer la única manera de mejorar su estado de salud y su relación con los médicos, es mediante el empoderamiento, que de forma mancomunada médicos y pobladores rurales luchan por su derecho a la salud. Pero de forma reflexiva y respetuosa.

MODELO DE UNA RELACION MEDICO-PACIENTE HUMANISTA CON ENFOQUE INTERCULTURAL.

- Tal como era uno de los objetivos específicos del presente trabajo de investigación se a diseñado e implementado un proyecto o modelo humanista con enfoque intercultural para una adecuada relación medico-paciente. El mismo esta en extenso ubicado en los anexos del presente estudio.

ANEXOS

MODELO DE UNA LA RELACIÓN MEDICO-PACIENTE HUMANISTA CON ENFOQUE INTERCULTURAL

Los modelos o paradigmas rigen nuestra actuación, nos sirven como guías, actúan como señales que debemos tomar en cuenta. El modelo entonces, es la representación ideal acerca de la realidad y que sirven de guía de acción. En nuestro caso el modelo persigue una estructuración humanista con enfoque intercultural dirigido a conseguir la transformación del profesional médico para lograr no solo la calidad, sino fundamentalmente una calidez en la atención al paciente del área rural, es decir una *relación médico-paciente* que se concrete en las acciones que se deberán tomar para el cambio de actitudes y comportamiento profesional.

Con el modelo se pretende superar el enfoque tradicionalista-asistencialista en choque con la diversidad étnica y cultural de la población indígena del área rural, para actuar en un mundo cada vez más cambiante dirigida al indigenismo contemporáneo que vive nuestro país, permitir el logro de un profesional cada vez más consustanciado en un desempeño eficiente y con calidez humana. Se pretende la transformación de los profesionales, técnicos, población rural; a mirar de otra manera, introduciendo la Salud Intercultural como un proceso permanente y continuo, sin embargo tratando de respetar la individualidad propia, que junto a otras tendencias propias de la población indígena, se superen los problemas de salud a partir de las *condiciones sociales y culturales*, declarando que el centro de todo desarrollo debe ser el ser humano. Bajo este modelo se deberá buscar la contribución a lograr salud, a partir del fomento de la equidad de género, derechos y respeto a los estilos de vida, entre otros, que logren una verdadera calidad y calidez de vida.

Se toma como premisa los múltiples factores cambiantes del mundo actual, que son consideradas como las fuentes del diseño a modelar. Antes de referirnos a estas fuentes, conviene recordar algunos aspectos que tienen que ver con el tema y son:

- Primacía de la insensibilidad humana en la prestación de servicios que menosprecia e la esencia espiritual del ser humano.
- Preponderancia del mercantilismo en la atención de salud, médico soberbio.
- Ausencia de empatía en la relación médico-paciente, médico indolente con una imagen social negativa.
- Preeminencia del saber científico y de la tecnología de punta, en detrimento de la esencia de la labor médica.
- Proliferación irracional de Facultades de medicina con exceso de alumnos e insuficiente selección de docentes y estudiantes con un proceso de enseñanza-aprendizaje no acorde a una verdadera *relación médico-paciente*, con abandono y desconocimiento de la ética médica y los valores humanos, además del desconocimiento y abandono del juramento Hipocrático.
- Insuficiente y desconocimiento de las raíces culturales, del idioma nativo del paciente y falta de cultura antropológica.
- Insuficiente conocimiento de *la base económica, política cultural y social*, ya que nuestra propuesta esta dirigida a un tipo especial de sociedad –población indígena del área rural.

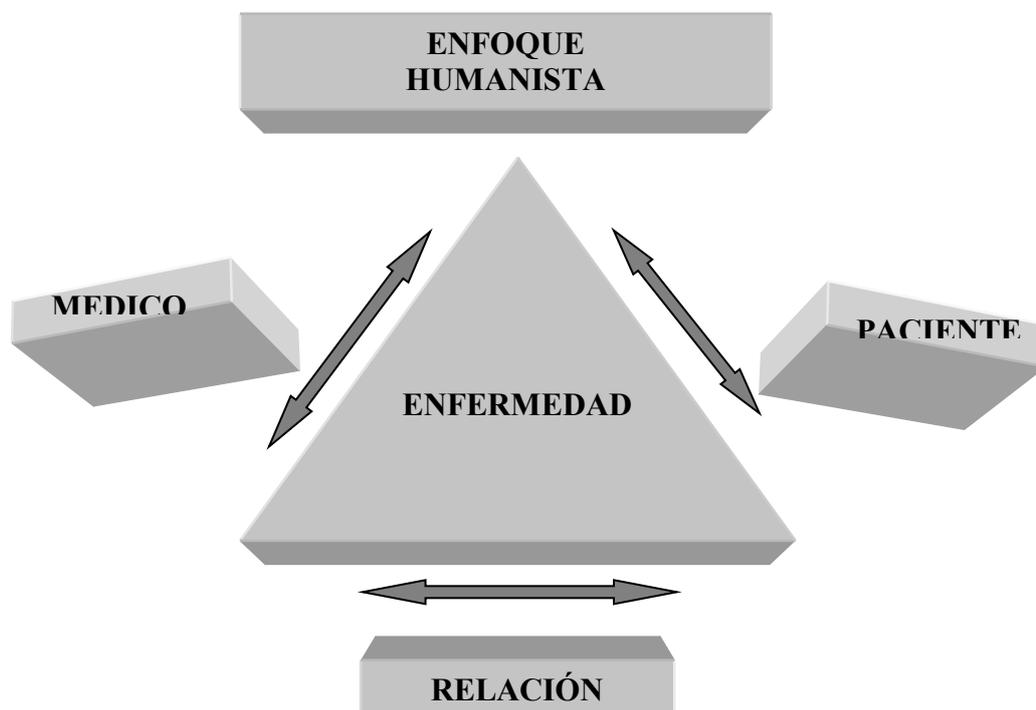
Es importante que estas fuentes del modelo *aseguren la relación entre la ciencia, modelo profesional, el ámbito de desempeño y la sociedad o entorno hacia donde se dirige.*

Desde mi percepción, se plantea dos premisas o fases importantes a tomar en cuenta para la construcción o diseño del modelo de acción.

1ª Fase, fundamentación del proyecto: En la que se investiga las necesidades sociales propias de nuestra población indígena, y la inaccesibilidad a los servicios de salud, particularidades y singularidades propias de su cultura, tradiciones, creencias, hábitos, geográficas, etc.; construyendo una propuesta que rescatando lo tradicional y universal de la ciencia médica, además se consustancie de las raíces propias de estos pueblos, de sus propias singularidades, que vayan a determinar las líneas prioritarias del comportamiento profesional y la persona que recibe el resultado de este comportamiento, modificando este hacia una formación humanista, en estrecha vinculación con los conocimientos, a fin de asegurar un comportamiento de calidad y calidez que satisfaga las demandas de esta sociedad preterida y asegure al mismo tiempo el cambio en el corazón humano, en un nuevo siglo.

2ª fase: Planteamiento o diseño del modelo: El punto de partida estuvo dirigido a la conformación de grupos focales de investigación e información de pacientes, médicos y entorno familiar, tomando en cuenta variables y criterios diferentes; siendo una de las principales tareas dar solución a los problemas detectados, resumidos en: *Las necesidades sociales del entorno*; como la interculturalidad, la pobreza, la discriminación, la postergación, base de los nuevos movimientos sociales que acontecen en nuestro país; la aplicación de *conocimientos científicos* que permitan dar solución a los problemas planteados, del comportamiento humano e intercultural en el desempeño profesional, vinculado al profesional mismo, y al paciente indígena demandante, que permitirá además precisar una guía en el trabajo para conformar un modelo nuevo de la *relación médico-paciente con enfoque intercultural*; y que en su elaboración, los vemos desde distintos puntos de vista.

MODELO DE RELACIÓN MEDICO-PACIENTE



CARACTERISTICAS DE LA DIMENSION HUMANISTA E INTERCULTURAL

Es necesario adecuarse al cambio y dinámica permanentes, introducir el paradigma humanista e intercultural, tan importante en la formación y el desempeño del médico. En el modelo es importante reiterar la definición de *salud indígena* “como al estado de normalidad, de equilibrio del hombre con su propio espíritu, con su familia, con su grupo social, con la naturaleza y con los espíritus y fuerzas que la rigen. Esta armonía, es consecuencia del cumplimiento de un conjunto de normas de conducta transmitidas culturalmente. La pérdida de este equilibrio trae sufrimiento y la necesidad del restablecimiento de un nuevo”

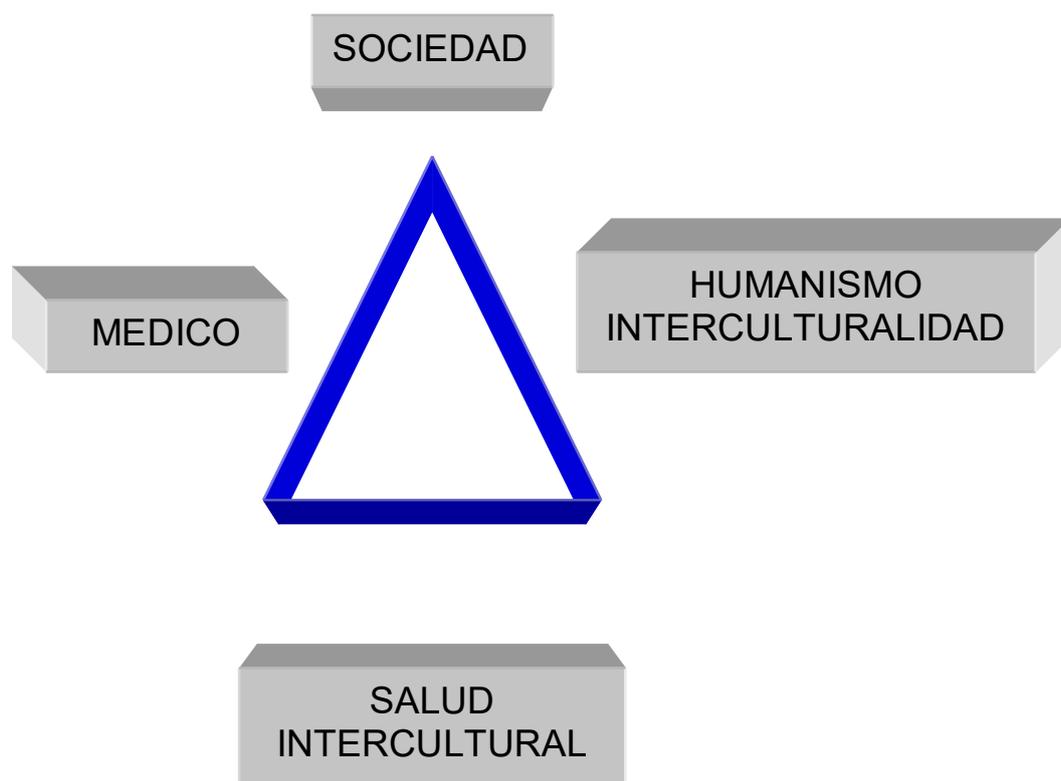
Cuando transitamos un nuevo siglo, siglo XXI, que marcan el enfrentamiento de distintas percepciones acerca de la naturaleza, la cultura y la vida misma del ser humano, de ese ser humano discriminado y que sigue esperando los cambios que no

se han dado en mas de 5 siglos, en ese ser necesitado de afecto cariño, y cambios que se traduzcan en una integración plena a una sociedad al parecer de unos cuantos, sin darnos cuenta que esos cuantos son los más en nuestro país, y cuando parece que la mayoría de los médicos han perdido los valores humanos que hacían ver al paciente como una persona necesitada de transformar su dolencia en salud, cuando se ha olvidado esa esmerada *relación médico-paciente* de los *maestros médicos* del pasado, al parecer hoy considerada como de antaño; cuando nuestros pacientes representan un objeto más, dentro este mundo de valores perdidos u olvidados (**valores humanos son las determinaciones que ponen de manifiesto su significación positiva o negativa para el hombre y la sociedad**)".(11); cuando ni siquiera somos capaces de ver a nuestro paciente como a una persona semejante e igual a nosotros y lo vemos con un simple numero más para las mentadas estadísticas que hoy son la prioridad, cuando evitamos u olvidamos la palabra agradable y gentil transformándonos en entes robóticas, fríos; y normativos; es cuando finalmente la imagen del *médico humano y sensible se convierte en una imagen de aversión y rechazo*.

Frente al balance crítico enunciado, se deben buscar soluciones; si embargo; el tiempo es avaro, cada generación sólo tiene una oportunidad para recibir la educación que corresponde a su tiempo vital. Esta preocupación me ha sometido a revisar mi propio transitar y mi actuar como médico, como un médico que ve más de cerca lo que acontece en el área rural , y como un principiante investigador en la elaboración de una tesis, a tratar de buscar elementos de referencia, enfoques o dimensiones que puedan señalar el sendero a seguir por otros médicos, ya sean recién egresados, generales o especialistas, para moldear un verdadero médico que deberá ser el ejemplo de lo que serán las futuras generaciones de médicos en formación. Para tener médicos con una visión holística del proceso salud-enfermedad.

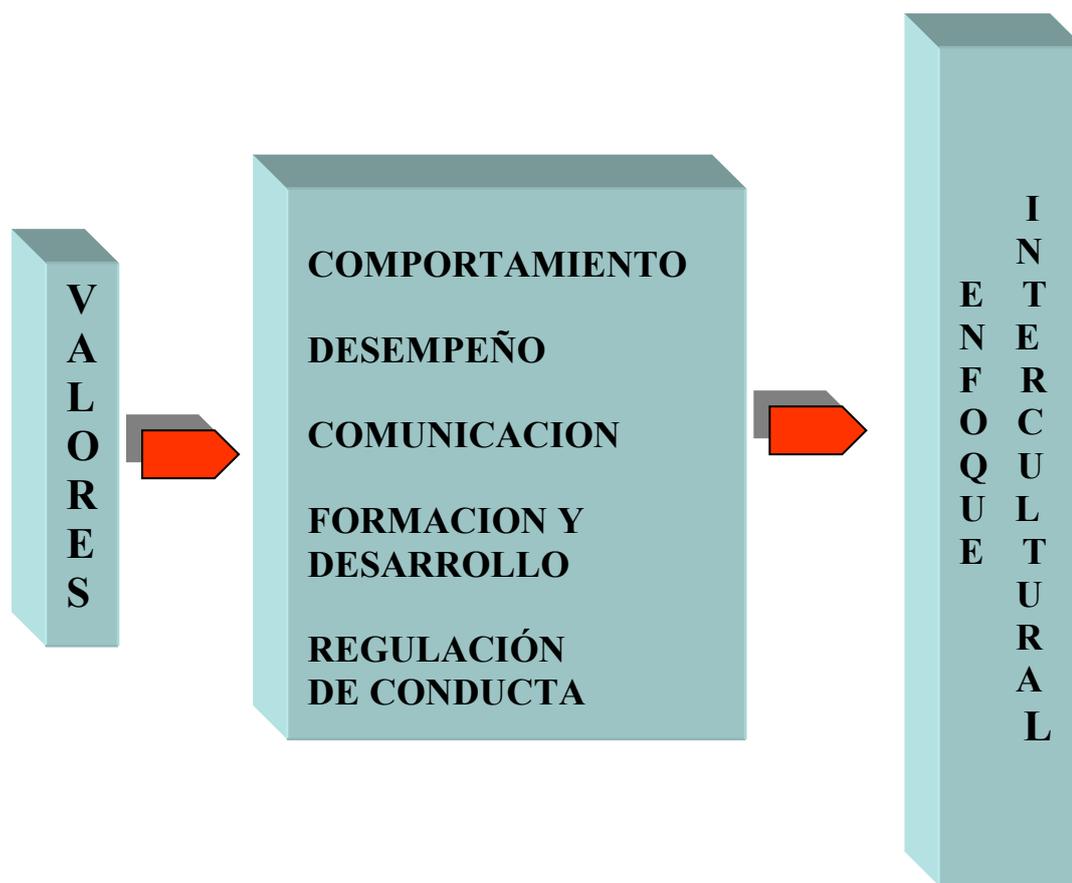
Cada modelo, enfoque, teoría, por tanto no surgirán en un vacío histórico apartado del proceso de la vida real; representan una verdadera respuesta a las demandas y

movimientos sociales indigenistas, en equilibrio con el desarrollo de las ciencias médicas y también del avance científico tecnológico. Las conquistas dadas en la revolución científico-tecnológica son los resultantes de la modernidad, sin embargo estos frutos no se reflejan por lo general en una mejor calidad de vida y calidez para las personas más necesitadas que sumados a la crisis de los valores y la violación de los derechos humanos y poco o nulo conocimiento de la interculturalidad, conectados estrechamente representan verdaderos desafíos de la época actual. Ante este panorama contradictorio se impone la necesidad de iniciar transformaciones urgentes e impostergables para asegurar la continuidad del ser humano y de la vida, teniendo como premisa el lado humano y en nuestro caso sobre todo el intercultural.



Pese al modernismo y al gran desarrollo científico tecnológico en que vivimos, los valores y el conocimiento de la interculturalidad deben estar siempre introducidos dentro lo que debe significar la Salud Intercultural, así, al proporcionar una mejor calidez y calidad de vida, concepto fundamental de la propuesta y tan importante dentro el campo médico entendida, en el sentido de la realización de las posibilidades de satisfacer las necesidades básicas o de supervivencia del paciente del área rural, (salud, alimentación, educación, techo, abrigo, respeto a tradiciones, pobreza, etc.), así como de una existencia plena, digna y feliz, sustentable en el conocimiento de la interculturalidad.

En este sentido, es significativo el enfoque que se propone, para comprender al modelo como un satisfactor no solo de las necesidades humanas sino la restitución plena de salud del paciente indígena, en conocimiento pleno de sus características y raíces propias de su cultura ; por cuanto permite responder primero al mejoramiento de la *relación médico-paciente* como primer eslabón y base a la demanda de subsistencia, es decir, al estado pleno de salud, de alimentación y bienestar; y no solo a la ausencia de enfermedad. Este enfoque a nuestro entender, contribuye en mucho a buscar las vinculaciones dialécticas entre el comportamiento médico como medio para apropiarse de las singularidades propias de la cultura indígena, y el desempeño y comportamiento profesional; en efecto habrá que conjugar los problemas de una *formación humanista en estrecha vinculación con el conocimiento intercultural propio de la población rural como una unidad*, con vista a asegurar una mejor *relación médico-paciente* en el área rural –Municipio de Betanzos, que satisfaga las demandas de la contemporaneidad, los cambios sociales y la sociedad actual, y que asegure, al mismo tiempo, el cambio en el corazón del médico.



Comportamiento. Destaca la adquisición de conocimientos, habilidades y competencias y practicas que deben preparar al médico y a otros personajes del sector salud para aplicar y establecer una relación social concreta entre sí y con un contexto cultural y social determinado –paciente y población rural-.

Comunicación. Otro medio relacionado con el proceso de la socialización del sujeto, supone el desarrollo de las habilidades de comunicación e interacción social, la interdependencia y el desarrollo de la comprensión, la tolerancia y el respeto al paciente y a la población rural, ya que, los demás nos valoran según nuestras propias expresiones verbales y expresión actitudinal.

Formación y desarrollo. Desarrollo del médico bajo la influencia de la educación y el medio social, es decir el aseguramiento de los conocimientos, hábitos y habilidades y practicas, necesarios para cumplir la función social dirigida hacia el paciente indígena.

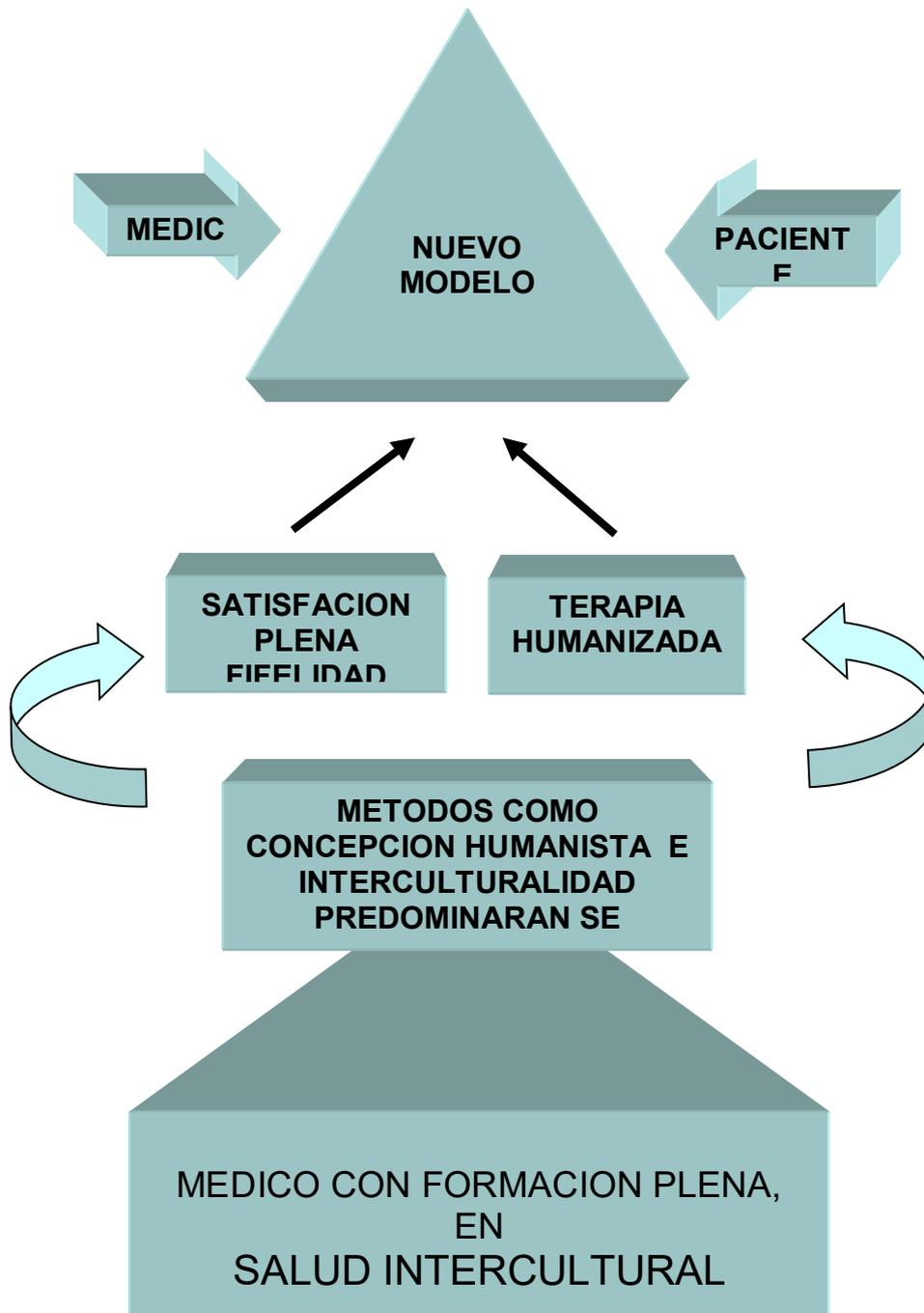
Regulación de conducta. Basado en la modificación moral y conductual que de transportar al médico a reconocer las actitudes y costumbres propias del paciente indígena, encauzados hacia esa sociedad, como los más aceptables.

FUNDAMENTO HUMANISTA

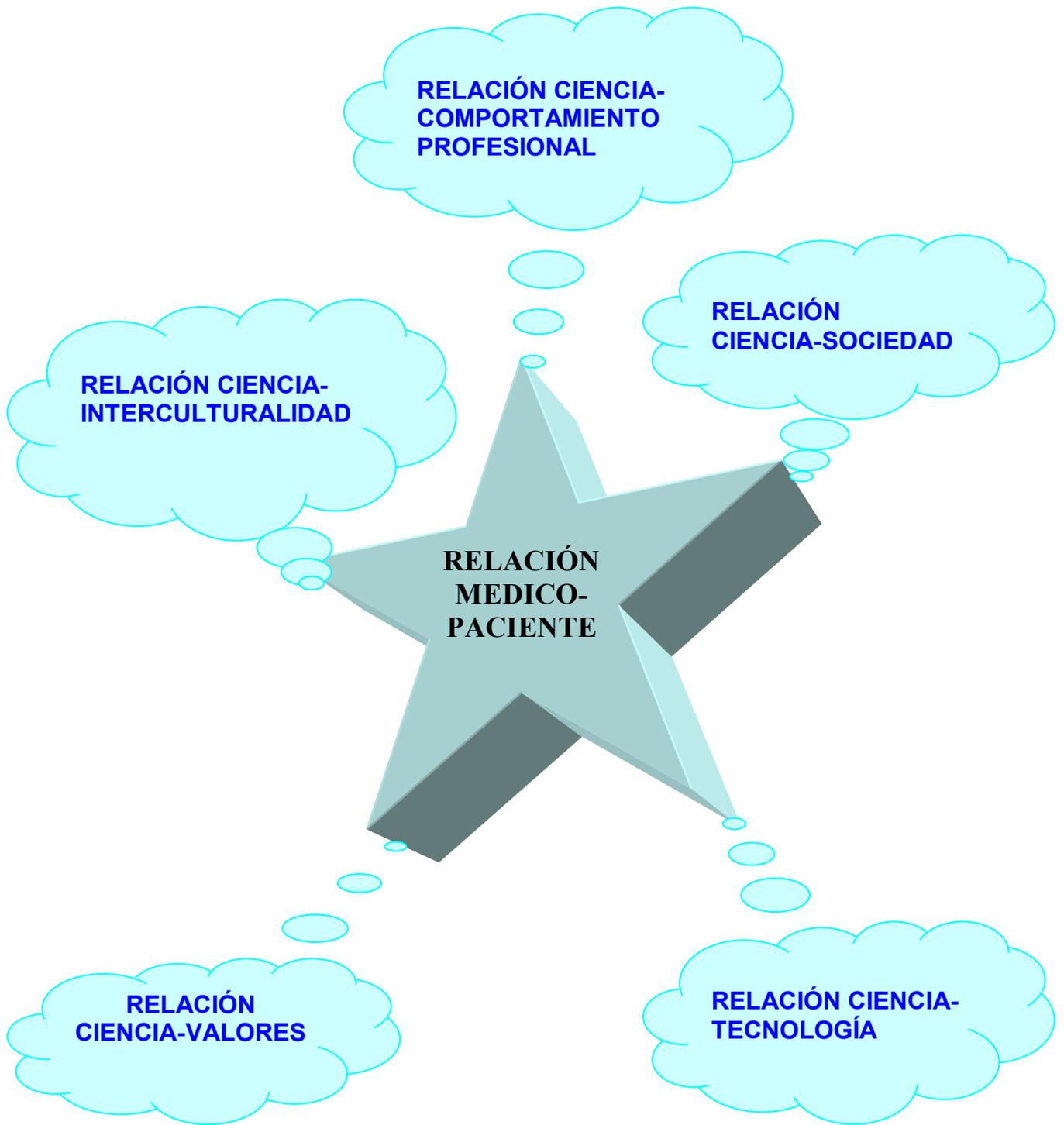
Para la comprensión de la orientación humanista en la formación del médico, es preciso analizar brevemente la significación del término humanismo, el mismo que puede ser interpretado desde diferentes puntos de vista, tales como: teológico, filosófico, psicológico, sociológico, antropológico, pedagógico como los más esenciales. No es de nuestro interés el hablar de las diferentes interpretaciones del humanismo, ya sea como movimiento, convicción, teoría, doctrina, actitud, entre otras, que han revelado un enfoque renovador y progresista en diferentes épocas del desarrollo humano. Cuando nos referimos al enfoque humanista en el comportamiento del médico nos referimos a éste, como: *un fundamento, una comprensión del proceso de formación del hombre, donde se destaque la unidad entre humanismo-salud intercultural-sociedad indigenista.*

La importancia de concretar un *humanismo nuevo* en el comportamiento del profesional del médico frente al paciente del área rural; las herramientas intelectuales y prácticas para asumir conscientemente un proceso de humanización, esta basada en una formación humanista, que represente un proceso de gran amplitud; que abarque el desarrollo de los valores, la sensibilidad, fomento de las potencialidades, tanto latentes como las que debe adquirir, lo *“que implica esencialmente una actitud sabia de conducta frente a la vida, y un saber actuar correctamente, justamente”* (12).

FUNDAMENTO SOCIOLOGICO E INTERCULTURAL



Gráficamente se rescatan algunos de los más importantes, ya manifestados en la investigación y que nos servirán como guía en el proyecto de acción de la *relación médico-paciente*. Se representará el problema social de la *relación médico-paciente*, como a las cinco aristas de una *estrella problematizadora* y que serán resueltos desde mi percepción, tan solo a manera de un ejemplo:



RELACIÓN CIENCIA INTERCULTURALIDAD. Desarrollar una formación médica que se aproxime a lo deseado, a través de un enfoque intercultural que conjugue los conocimientos con una visión humanista y conocimiento pleno de la interculturalidad y características propias del paciente rural. Buscar un perfil de desempeño profesional que produzca logros con procesos de nuevas competencias, es decir, conocimientos, habilidades, valores, capacidades y convicciones traducidos en una *relación médico-paciente*, que satisfaga los requerimientos de desempeño hacia una sociedad diferente y diversa del área rural, pero que se traduzca en una sociedad sostenible en salud.

RELACIÓN CIENCIA SOCIEDAD. Asegurar que los problemas propios del profesional en salud no estén divorciados de los problemas sociales indigenistas, y darse cuenta de los factores sociales que inciden en el comportamiento profesional y las influencias recíprocas entre el médico y el paciente rural deben repercutir en un verdadero impacto social. Comportarse y desempeñarse tal cual un fenómeno social tendiente a la socialización del individuo (núcleo de la sociología), alcanzable, solo, cuando se identifique un sujeto paciente que vive, de manera creadora y multifacético; satisfactoria y productiva, involucrándose en los fenómenos y procesos sociales de la población rural, como miembro de una clase social que se identifica con sus necesidades e intereses tanto actuales como futuros, respondiendo a las demandas de supervivencia y sostenibilidad, de participación en la vida social, económica, cultural, política, ambiental y de entendimiento mutuo con la comunidad, con la sociedad campesina o rural, en beneficio para nuestro país.

RELACIÓN CIENCIA TECNOLOGIA. Apoyarse en la ciencia y la tecnología que promuevan la autoconciencia y el autocontrol. Constituir una propuesta, que rescatando lo tradicional y universal de la ciencia médica, se identifique con las raíces propias del pueblo, de sus propias singularidades y su propia cultura, que vayan a determinar las líneas prioritarias de un desarrollo y comportamiento profesionales que conjugue los problemas de formación humanística y de salud intercultural, en estrecha vinculación con

el desarrollo de la ciencia y tecnología actual y futura, a fin de asegurar una formación que satisfaga las demandas de la sociedad rural sostenible.

RELACIÓN CIENCIA VALORES. Tener capacidad para amar, estar dispuesto a brindar ayuda a las personas y a los pacientes Indígenas cuando realmente lo requieran; ser gentil generoso y preocuparse por ellos, desarrollar el método epidemiológico preventivo y no la epidemiología prevalente para ver en que estamos mal y recién hacer algo al respecto (como es la actual política de salud del SUMI). Despegarse de los bienes materiales, el dinero y el estatus social, valorando más *el ser que el tener*, por que la vida solo esta hecha de momentos. Proporcionar una *calidad y calidez de vida*, entendida en el sentido de proporcionar y satisfacer las necesidades básicas o de supervivencia, es decir que el médico sea un satisfactor de las necesidades humanas, alcanzando un modelo que fomente el desarrollo humanístico, donde se respete la participación, la solidaridad, la biodiversidad, la pluralidad, la ética y la condición socio cultural del paciente.

RELACIÓN CIENCIA COMPORTAMIENTO PROFESIONAL. Se reflejará proporcionado una mejor calidad y calidez de vida al paciente rural, teniendo en cuenta que para alcanzar este cometido se debe fundamentalmente mantener una *relación médico paciente*, como el primer eslabón humanístico y de practicidad, mediante los distintos componentes del enfoque intercultural a ser desarrollados. Reconocer y ver a la persona –paciente- como un ser irrepetible, resaltar la *relación medico-paciente*, que uno acepta al paciente indígena como es y se pone en el lugar del paciente que demanda la atención; admitir también a este paciente como un potencial y generador general de terapia eficiente y eficaz y que debe reintegrarse a su sociedad en el plazo más breve posible como agente activo y promotor de una salud sostenible.

RUTAS PARA EL MEJORAMIENTO DEL ENFOQUE INTERCULTURAL Y HUMANISTA

El mejoramiento del enfoque intercultural y humanista constituye fundamentalmente el proceso de formación, sin embargo de ser éste el más importante, se pueden emplear otras vías que fortalecen este enfoque dirigido al mejoramiento de la *relación médico-paciente* en el área rural, y que desde nuestra percepción se pueden resumir en:

1. Programas de capacitación y formación en Salud Intercultural por entendidos en la materia, dirigido al personal médico y de salud del Hospital y su red de servicios, que versara sobre la implementación e introducción de nuevos paradigmas en la atención del paciente campesino. Estos programas podrán culminar en la *elaboración de manuales y normas de atención* para el paciente rural. También se elaboraran, con las experiencias adquiridas, *protocolos de atención* con componente intercultural, tanto en la atención de consulta externa como en los servicios de hospitalización.

2. Talleres de autorreflexión para determinar los problemas fundamentales que desde el plano subjetivo afectan: La formación del médico, el desempeño profesional y la vinculación de la familia y la comunidad rural.

- Desde el lugar de: *médico paciente y entorno familiar*, sobre temas como: Interculturalidad, Salud Intercultural, ética, moral, antropología médica, sociología y relaciones humanas. Estos talleres podrán desarrollarse en distintas modalidades: *en colectivo de médicos, colectivo de pacientes, colectivos de médicos con la comunidad o colectivos en que integren los tres elementos.*

3. Cursos con debates y análisis sobre: Derechos humanos globalización y valores; Salud Intercultural; el Humanismo y la Interculturalidad dentro la vida cotidiana; Humanismo e Interculturalidad en la *relación médico-paciente.*

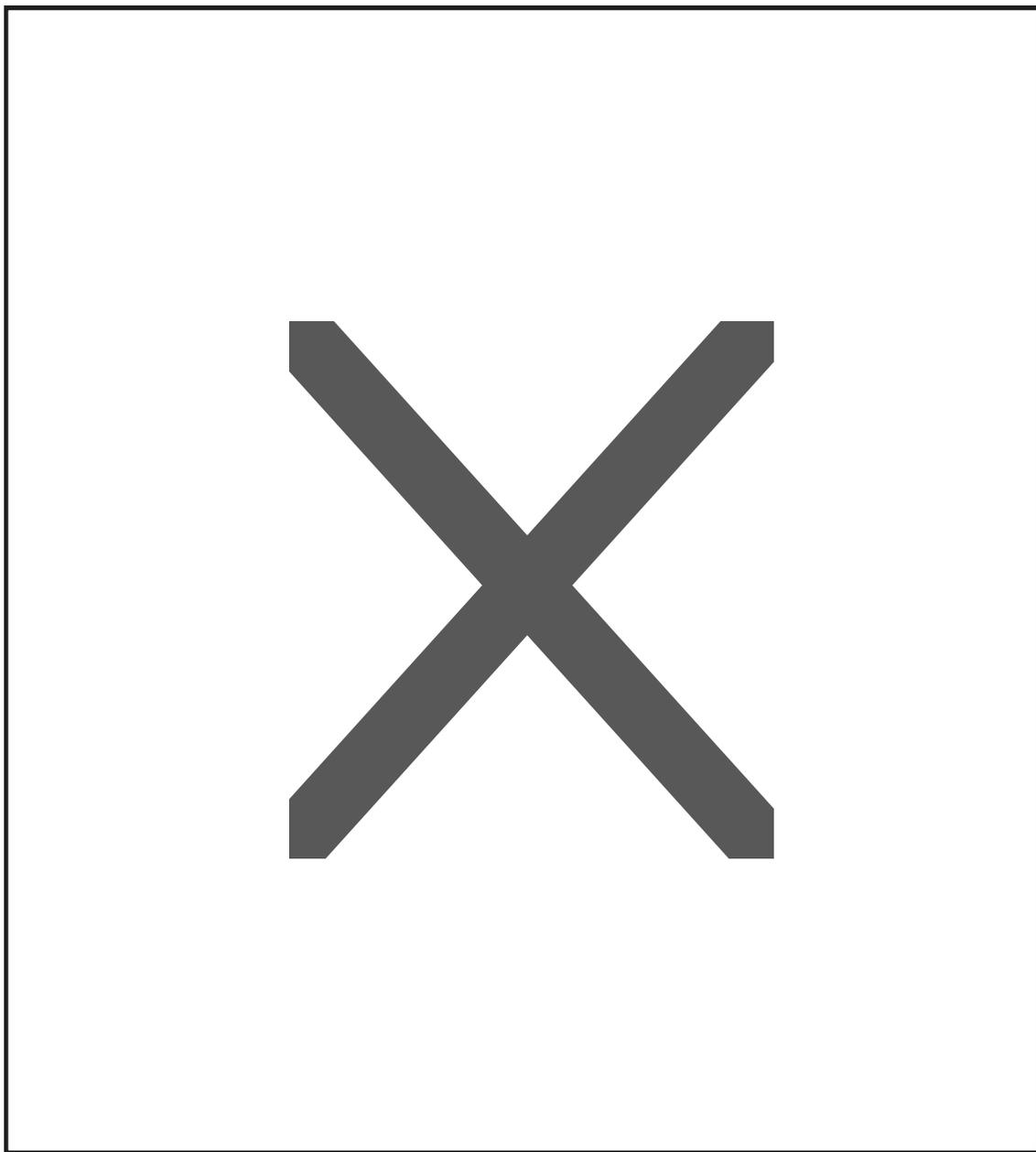
- Comunicación y relaciones interpersonales entre médicos, pacientes, entorno familiar y comunidad.

4. Utilización de técnicas con vistas al autoconocimiento, por Ej.: ¿Cómo me veo yo?, ¿Cómo me ven los demás?, ¿Cómo soy en realidad?, ¿Quién soy yo?

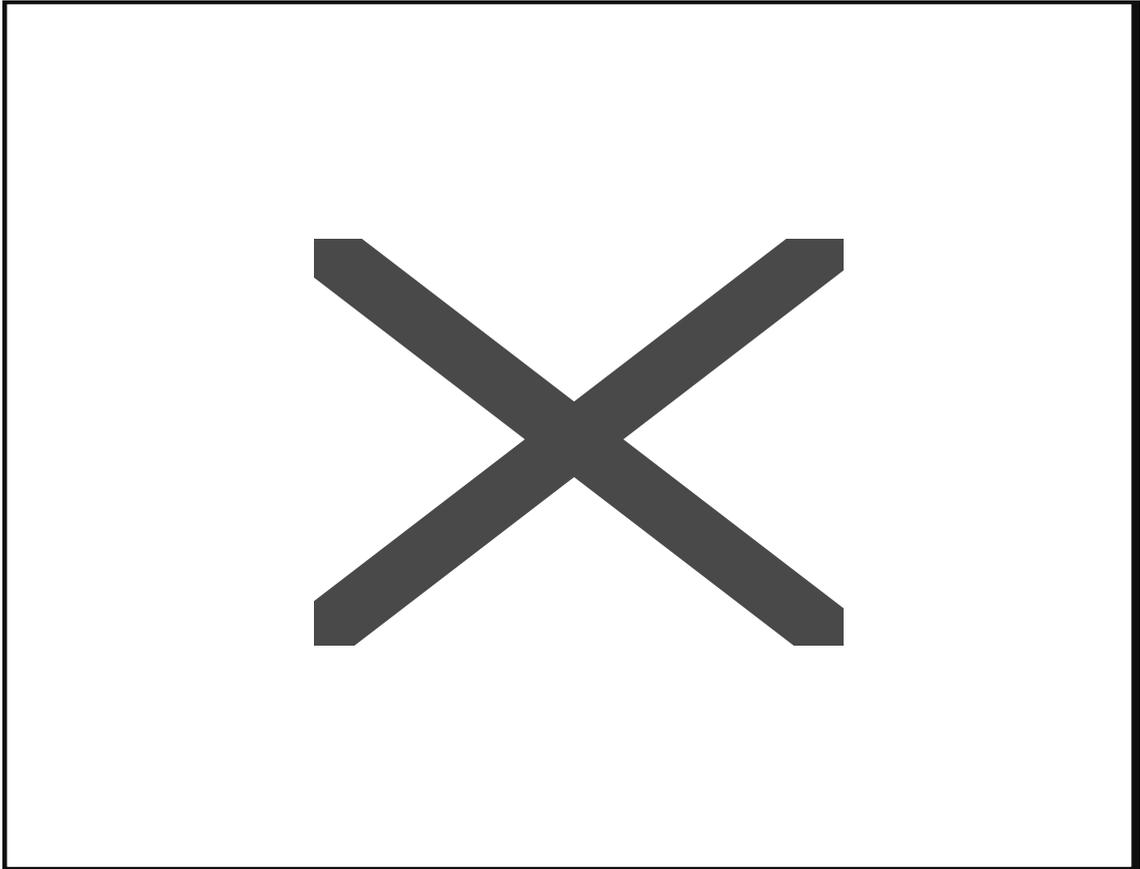
- La comparación de resultados de estas técnicas posibilita la real *valoración del médico con respecto a sus propios valores y a su conocimiento sobre interculturalidad*, para a partir de esta experiencia llegar a lo que quisiera ser, es decir conformar su propio modelo en relación a las exigencias del paciente campesino y de la sociedad rural en general.
- Una *relación médico-paciente* altamente desarrollada, desde el primer contacto con el paciente, hasta su egreso o alta ya clínica u hospitalaria; continuando con la vigilancia y control de su rehabilitación y reinserción social y laboral en su propio entorno domiciliar.
- Sentar una propia experiencia humana e intercultural, en el propio entorno y domicilio del paciente campesino, por lapsos de tiempo fijados de acuerdo a los diferentes niveles del mejoramiento actitudinal.
- Control y seguimiento del paciente en su propio entorno social y familiar, para fines de prevención y promoción en salud, a través de visitas médicas en ambulatorio y domiciliarias.
- Seguimiento mediato del paciente, por meses e incluso años, que sirve además para fines de investigación sobre los resultados del mejoramiento actitudinal y de conocimiento intercultural en relación al paciente, su entorno y su salud.

5. Registro de metas de transformación individual a través del cumplimiento de los logros obtenidos -cambios ocurridos- y las dificultades a subsanar. Es muy importante

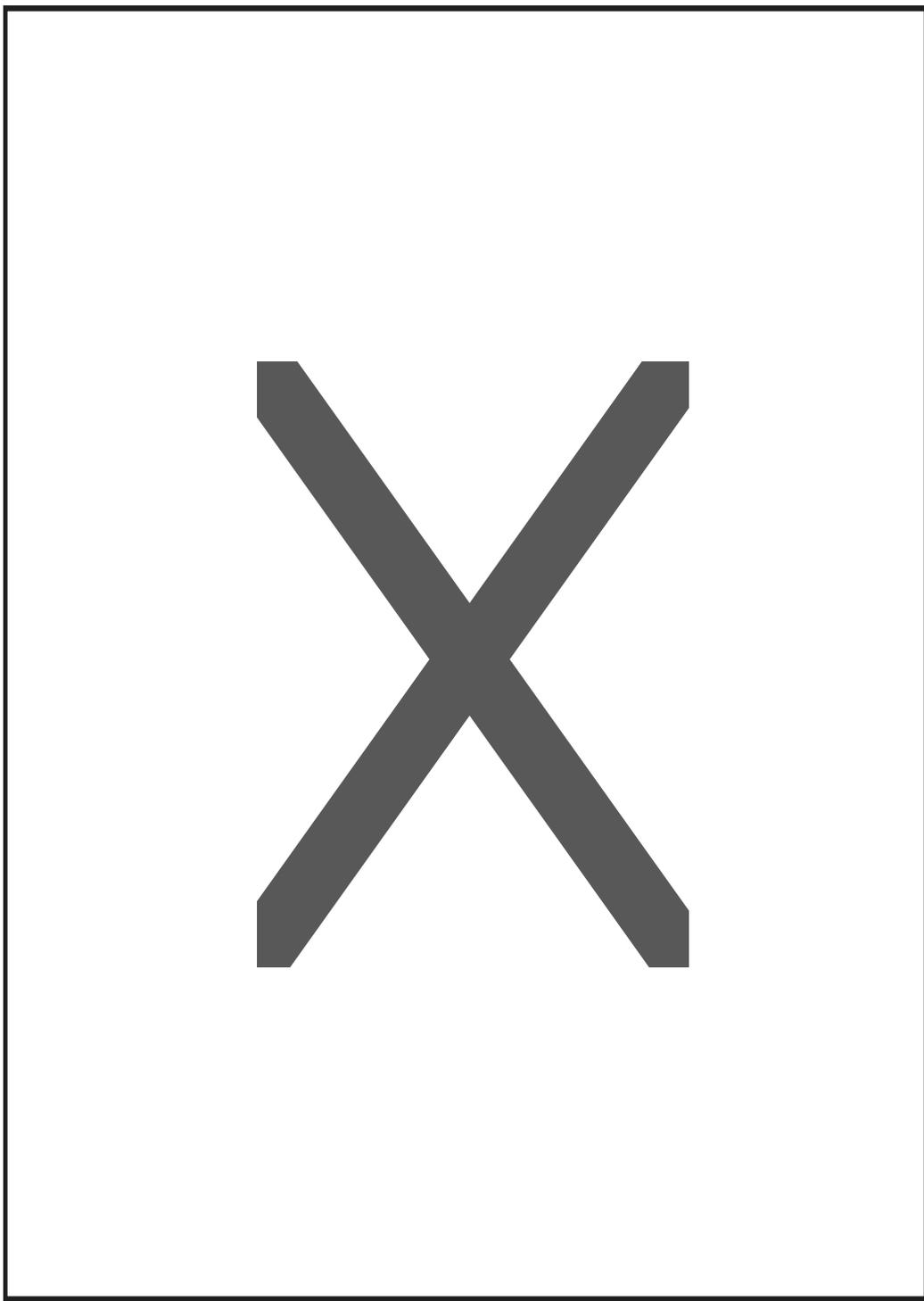
identificar los objetivos, para una evaluación de los logros obtenidos y las dificultades a subsanar.

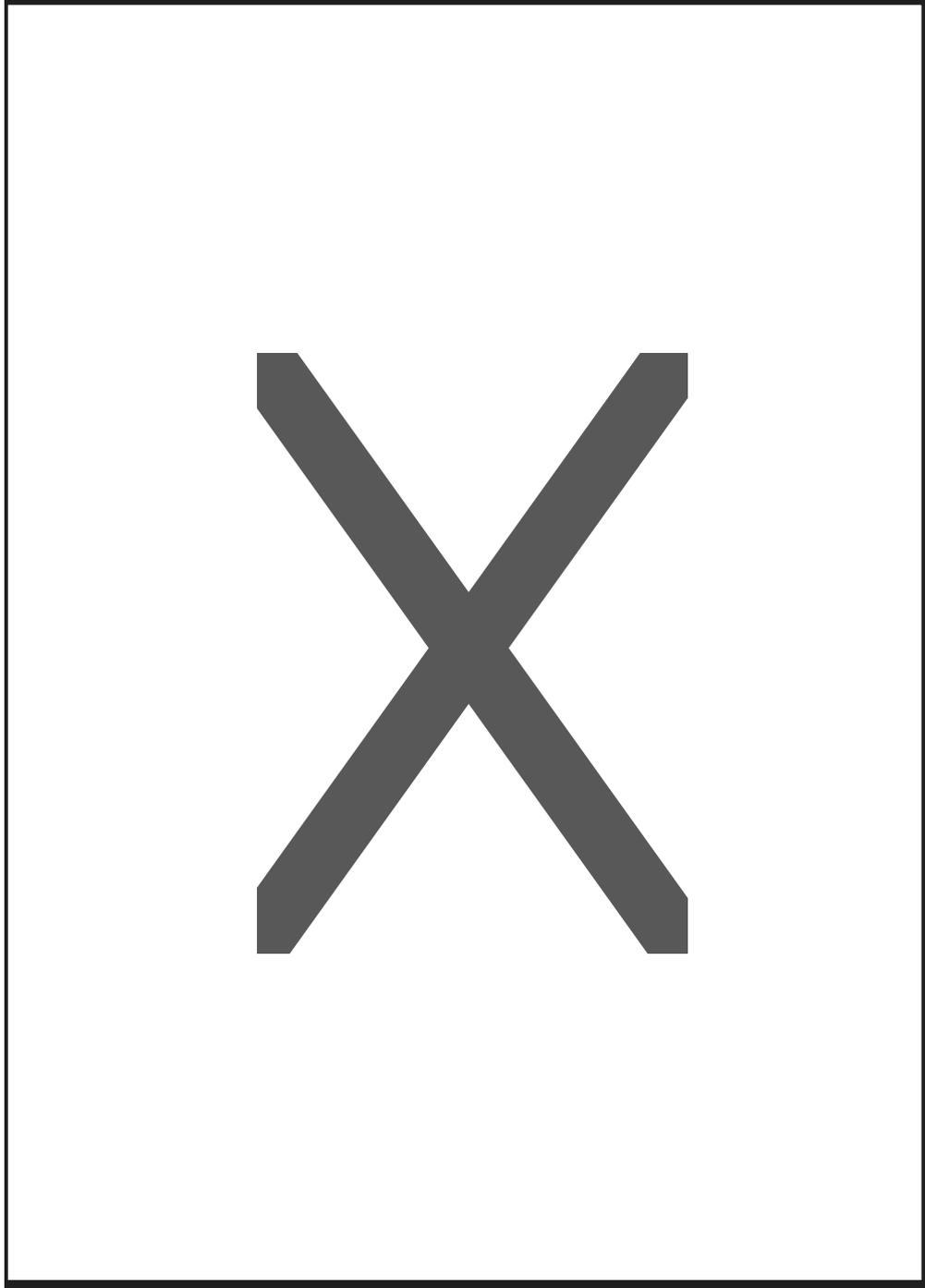
ANEXO N° 1 MAPAS**BOLIVIA**

POTOSI

BETANZOS

ANEXO Nº 2
HOSPITAL, LUGARES Y POBLACION DEL MUNICIPIO





**ANEXO Nº 3 GUIAS Y CODIGOS
GUIA DE GRUPO FOCAL RELACIÓN MEDICO PACIENTE**

MODULO PACIENTE

EJES TEMATICOS	TEMAS DE INTERES	PREGUNTAS
Conocimiento, actitudes y prácticas.	Saber conocimientos, formación, actitudes y prácticas de los médicos de Betanzos versus los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes que intervienen en la relación médico-paciente, e influyen en la demanda de atención de los servicios de salud.	<p>1¿ Tiene confianza en el médico que lo atiende?</p> <p>2¿Cómo desearía ser atendido?</p> <p>3¿Cuándo están enfermos acuden siempre donde el médico?</p> <p>4¿Cuándo va al médico, el muestra un interés por usted y su enfermedad?</p> <p>5¿Entiende todo lo que le pregunta e indica el médico?</p> <p>6¿Cree usted que existen limitaciones o discriminación en su relación con los médicos?</p> <p>7¿Perciben que los médicos respetan sus costumbres?</p>
Percepción	Conocer como perciben los pacientes su relación con los médicos	<p>1¿Cómo ven a los médicos?</p> <p>2¿Siente que los médicos se interesan por ustedes?</p> <p>3¿Notan alguna diferencia o discriminación en su trato?</p> <p>4¿Sienten que les escuchan que los atienden?</p> <p>5¿Cómo sienten su relación con el médico?</p> <p>6¿Cómo les gustaría que sea su relación con los médicos?</p>
Expectativas	Conocer como esperan y desean los pacientes que sea su relación con los médicos	<p>1¿El médico debe siempre tratarle de la mejor manera, para que confíe en él?</p> <p>2¿El médico debe ser siempre gentil y cariñoso con usted?</p> <p>3¿El consultorio o el hospital deben ser cómodos para acogerlo y guardar su intimidad?</p> <p>5¿Deben permitir que alguien de su familia este con Ud?</p> <p>6¿El médico debe atenderle con prontitud y esmero y no hacerle esperar?</p> <p>7¿Deben tener aparatos modernos para atenderlo?</p>

GUIA DE ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA A LOS MEDICOS

MODULO MEDICO

EJES TEMATICOS	TEMAS DE INTERES	PREGUNTAS
Conocimiento, actitudes y prácticas.	Saber conocimientos, formación, actitudes y prácticas de los médicos de Betanzos versus los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes que intervienen en la relación médico-paciente, e influyen en la demanda de atención de los servicios de salud.	1¿Qué espera usted del paciente? 2¿Cómo desearía que el paciente responda a su atención? 3¿Cuándo están enfermos los pacientes acuden siempre donde usted? 4¿El paciente muestra un interés real por su enfermedad? 5¿Entiende todo lo que Ud. le indica y recomienda? 6¿Creen ustedes que hay que limitaciones en su relación con los pacientes? 7¿Sienten que los pacientes tienen conciencia de sus indicaciones y tratamiento?
Percepción	Conocer como perciben los médicos su relación con los pacientes	1¿Cómo ven a los pacientes? 2¿Siente que los pacientes se interesan por usted y lo respetan? 3¿Perciben que entienden sus indicaciones y tratamiento? 4¿Sienten que lo atienden y que cumplen con sus indicaciones y tratamiento? 5¿Cree que el paciente confía en usted? 6¿Cómo sienten que es su comunicación son ellos? 7¿Cómo les gustaría que sea su relación con los pacientes?
Expectativas	Conocer como esperan los médicos que sea su relación con los pacientes	1¿Cómo desearía atender a los pacientes? 2¿Qué espera del paciente? 3¿Qué espera usted de la institución donde trabaja? 4¿Qué espera del lugar donde presta atención? 5¿Está conforme de su relación con el paciente? 6¿Espera que su relación con el paciente sea grata y de interés para ambos?

CODIGOS ASIGNADOS A LOS PARTICIPANTES**GRUPO FOCAL**

1. Paciente 50 años Hombre.
2. Paciente 47 años Mujer.
3. Paciente 27 años Mujer.
4. Paciente 35 años Mujer.
5. Paciente 54 años Hombre.
6. Paciente 31 años Hombre.
7. Paciente 57 años Mujer.
8. Paciente 46 años Mujer.
9. Paciente 34 años Mujer.
10. Paciente 33 años Mujer.
11. Paciente 25 años Mujer.
12. Paciente 41 años Mujer.
13. Paciente 37 años Hombre.
14. Paciente 63 años Mujer.
15. Paciente 53 años Mujer.
16. Paciente 27 años Hombre.
17. Paciente 56 años Hombre.
18. Paciente 34 años Mujer.
19. Paciente 49 años Hombre.
20. Paciente 46 años Hombre.
21. Paciente 52 años Hombre.
22. Paciente 29 años Hombre.
23. Paciente 38 años Mujer.
24. Paciente 27 años Mujer.
25. Paciente 54 años Hombre.
26. Paciente 59 años Mujer.
27. Paciente 49 años Mujer.
28. Paciente 29 años Mujer.
29. Paciente 25 años Mujer.
30. Paciente 41 años Hombre.
31. Paciente 39 años Hombre.
32. Paciente 41 años Hombre.
33. Paciente 32 años Mujer.

CODIGOS ASIGNADOS A LOS MEDICOS

ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.

- a. Médico 39 años Hombre.
- b. Médico 29 años Hombre.
- c. Médico 36 años Hombre.
- d. Médico 35 años Mujer.
- e. Médico 30 años Mujer.
- f. Médico 34 años Hombre.
- g. Médico 32 años Mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Citarella, et. al. Medicinas y Culturas en la en la Araucania. Editorial Sudamericana, Santiago de Chile. 1995.
2. Lorenzo Cortina y Rosa Fenollesa. Crónica de la Medicina. Plaza & janes Editores, S.A España, 1996.
3. La salud y los derechos humanos, Aspectos éticos y morales. OMS/OPS, Consejo de Europa, Publicación Científica No 574.
4. Manuel Giron, Begoña Bevia: Calidad de la Relación Medico Paciente en Atención Primaria, Rev. Esp. Salud Pública 2002.
5. Kubler-Ross, E, Sobre la Muerte y los moribundos, Grijalbo, Mexico, 1980.
6. Fuste J, Rue M. Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de atención primaria. Gac Sanit 2001; 15.
7. Historia de la Salud Pública en Bolivia. Gregorio Mendizábal Lozano. OPS/OMS. Prisa Ltda. La Paz Bolivia 2002.
8. Historia de la Salud Pública en Bolivia. Gregorio Mendizábal Lozano. OPS/OMS. Prisa Ltda. La Paz Bolivia 2002.
9. Constitución Política de Bolivia.
10. Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia. OMS/OPS 2004.
11. Colectivo de autores Lecciones de Filosofía, M.E.S. Editorial Pueblo y Educación, La Habana Cuba. 1989
12. Flores. O. R Hacia una pedagogía de conocimiento. Santa Fe de Bogota. 1996.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcón Ana M. M, Aldo Vidal H. Salud intercultural: elementos para a construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile 2003; 131: 1061-1065
- Álvarez de Zayas C.M, Sierra V. La Investigación Científica en la Sociedad del Conocimiento. La Habana-Cuba: Edit. Academia; 1996.
- Alvarez N. La formación de valores como propósito educativo: Reflexiones teóricas para la instrumentación de programas de orientación socio moral en la escuela. Cuba. Revista pedagógica universitaria Vol. 3. No. 3. 1999.
- Añorga J. Hacia la búsqueda del Humanismo. Universidad Mayor Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca. Centro de Estudios de Postgrado e Investigación. Doctorado en Educación Avanzada; mayo 1999.
- Balcazar J.M. Historia de la Medicina en Bolivia, la Paz Bolivia: Ediciones "Juventud"; 1956.
- Barrantes E. Investigación Un camino al conocimiento, Un enfoque cuantitativo y cualitativo, Nuevo Sol México 2001.
- Breilh J. Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Ecuador CEAS 1997.
- Campos R. N. la Relación Medico-Paciente ¿una relación de poder y subordinación? Universidad Autónoma de México. Facultad de medicina área de Antropología medica.1999.
- Canales, Alvarado, Pineda. Metodología de la Investigación, segunda edición serie Paltex OMS;OPS. 1994.
- Cardoso R. La educación en valores en el contexto universitario. Camaguey, Cuba. Material impreso; 1998.
- Cardoso R. Bases teórico metodológicas sobre la educación en valores. Camaguey, Cuba. Material impreso Universidad de Camaguey; 1998.

- C.I.A.E.S Maternidad Tradicional Conocimientos actitudes y practicas de las mujeres en relación al ciclo reproductivo. Cochabamba-Bolivia, 1991.
- Collazo D. B Fundamentos de la Investigación Científica. Sucre, Bolivia. Programa Internacional de Maestría en Educación Superior, Universidad Andina Simón Bolívar; 1996-1997.
- Copello M.A Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Argentina: Nelru Impresiones S.A; 1998. vol.75.
- Córdova J. Hacia una formación idónea e integral del residente en cirugía general. (Tesis de Maestría). Sucre, Bolivia: Universidad Andina Simón Bolívar. U.M.R.P.S.F.X.CH; 1997.
- Debus M. Manual para excelencia en las investigaciones mediante grupos focales. Washington: USAID; 1996.
- Eco H. Como se Hace una Tesis, sexta edición, Gedisa S.A. 1995.
- Ferrater J. Diccionario de Filosofía abreviado. 17º edición. Buenos aires: Editorial Sudamericana; 1988.
- Galindo Caceres, Jesús: Técnicas de Investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación. México Addison Wesley Logran, 1998.
- Gran Documental y Atlas de Bolivia Geografía Historia y Vida, segunda edición: 2004.
- Iriarte G. P. O.M.I. Análisis Critico de la Realidad 15 edición; grupo editorial Kipus. Cochabamba: 2004.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) Censo nacional de Población y vivienda 2001, Bolivia.
- Instituto Nacional de estadística (INE) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2002, Bolivia.

- Lazo M. Ph. D.: Sociología de la educación. Sucre, Bolivia: Programa Internacional de Maestría en Educación Superior, Universidad Andina Simón Bolívar; 1997.
- Lorenzo Cortina y Rosa Fenollesa. Crónica de la Medicina. Plaza & Janes Editores, S.A España, 1996.
- Menéndez, Eduardo L. Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención (Gestión) En salud. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México, 1984.
- Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Vici ministerio de Planificación Estratégica y participación Popular, Proyecto de Investigación Rural Participativa PDCR: Plan de Desarrollo Municipal de Betanzos PDM. Municipio Betanzos 2003.
- Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia: Estadísticas de Salud Bolivia. SNIS Bolivia, 2002.
- Ministerio de Salud, División de Atención primaria. Taller Nacional Salud y Pueblos Indígenas, Salud Cultura y Territorio, Bases para una Epidemiología Intercultural. Servicio de Salud Araucana Sur IX región. Chile.1998.
- Ministerio de Salud y previsión Social: Normas para medicamentos naturales tradicionales y homeopáticos. Cuarta edición La Paz Bolivia.2001.
- Oficina del alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos Humanos Convenio 169, sobre pueblos indígenas y tribales en países Independientes Ginebra Suiza.1998.
- OPS-OMS, ILDIS, Misión de Cooperación Holandesa: Pobreza y Salud en Bolivia, La Paz Bolivia.1997.
- Oriol F. Gigantes de la Filosofía. Edición especial. Barcelona, España: Editorial Bruguera, S. A; 1979
- Prodiversitas: Los Quechuas. <http://www.prodiversitas.bioetica.org/bac.htm>.

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Sinopsis Informe de Desarrollo Humano en Bolivia: 2002.
- Proyecto Conocer Internacional: Contextualización Cultural, una alternativa para mejorar la comunicación en Salud, COPI Bolivia: 1998.
- Salinas H. C. Historia y Filosofía Médica. Segunda edición, McGrae-Hill. Interamericana, México 2001.
- Servicio Departamental de Potosí, SNIS Potosí: 2004.
- Sobrino, Ana. La relación médico-paciente como materia en la formación sanitaria. Tomado de: [http://www.diario médico.com/ultimas/not260899g.html](http://www.diario_médico.com/ultimas/not260899g.html)
- UDAPSO-PNUD: Proyecto PNUD BOL/94/02, Rep Korpeta Sirka, Haquin David: Índices de Desarrollo Humano y Otros Indicadores Sociales en 311 municipios de Bolivia.