

CARACTERIZACIÓN DE LA RELACIÓN INTERPERSONAL ENTRE EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y EL PACIENTE ATENDIDO EN UNA IPS DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA - COLOMBIA ENTRE JUNIO 2001 Y OCTUBRE 2002

Carmen del R. Arrieta Morón*

Dulcy Mattos Guzmán**

Emilse Salcedo Reales***

RESUMEN

Las relaciones interpersonales se dan cuando un sujeto tiene conciencia de su propia realidad actuante e ínter - accionante y por ese mismo hecho comprende la realidad de la existencia de «un otro»; lo cual, depende de su capacidad de ser autónomo, ejercer derechos y obrar responsablemente. La relación que se establece entre actores como profesionales de la salud y pacientes, debe entenderse como el resultado de la interacción cotidiana entre elementos de la misma y los valores de una determinada sociedad, la tradición de una práctica médica contextual, el sentido de la responsabilidad médico – profesional, la interpretación de ese sentido y la regulación que sobre el ejercicio profesional determina el Estado.

Caracterizar dicha relación en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) del Distrito de Barranquilla, permite un acercamiento entre la teoría de reconocidos humanistas y la práctica.

El estudio, llevado a cabo con metodología etnográfica, se basa en una categorización de los testimonios de los actores del evento a través de la cual se llegó a la identificación de aspectos asociados que permiten abordar un posterior análisis de los mismos desde distintas áreas de conocimiento.

Palabras clave: Relación Interpersonal, profesional de la salud, paciente, trato amistoso, atención oportuna, formación humanística, comunicación, sistema de salud.

SUMMARY

Interpersonal relationships are given when a fellow has conscience of his own acting reality and for this fact he understands the reality of «another one», depending on his capacity to be autonomous, able to exercise his rights and of acting responsibly. The one, that settles down between health professionals

* Odontóloga Cirujana, Magistra en Educación: Procesos Curriculares. Universidad del Magdalena.

** Bacterióloga, Especialista en Modelos Tipos y Diseños de Investigación

*** Química – Farmacéutica, Especialista en Modelos Tipos y Diseños de Investigación

Artículo recibido el 13 de mayo de 2003 y aceptado el 12 de julio de 2004

and patients, should be understood as a resulting interaction between aspects of the same one and the values of a certain society, the regional or local tradition of medical practice, the sense of professional responsibility, the interpretation of that sense and the regulation determined by the state.

To characterize this relationship in an Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) in the district of Barranquilla, by means of a etnografical study, allows an approaching between the theory of recognized humanists and the practice. The process was based on a categorization of testimonies in the identification of associate aspects that allows an analysis from different areas of knowledge.

Key words: Interpersonal relationship, health professional, patient, humanistic education, communication, health system, friendly relationship, opportune attention.

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de restos de cadáveres de neonatos y de fetos humanos en una zona marginal de la ciudad de Barranquilla, usada para el desecho de basuras, en el mes de Diciembre de 2000 y la muerte de una niña recién nacida por la falta de atención médica oportuna, en marzo de 2001; fueron hechos que, al ser resaltados por los diarios locales, generaron un malestar en la comunidad en torno a la actitud y comportamiento de los profesionales de la salud comprometidos en la situación.

El impacto generado, unificaba un consenso alrededor de una opinión: La pérdida de valores humanos en la relación entre el profesional de la salud y el paciente, traducida en actitudes indelicadas, cercana a alguna forma de maltrato personal a la hora de requerir su asistencia profesional. Al tiempo, se perfilaba una problemática de investigación: El deterioro de la relación personal entre estos actores. Como elemento asociado, la opinión se refería, muy puntualmente, a la diferencia entre la situación actual y la experiencia en tiempos anteriores a la nueva legislación del sistema de salud, promulgada en diciembre de 1993, conocida como Ley 100.

Esto motivó a un grupo de docentes de Ciencias de la Salud de la Universidad Metropolitana de Barranquilla, a realizar un proyecto de investigación cuyo objeto de estudio fuera la relación

interpersonal entre profesional de la salud y paciente. El propósito planteado fue construir referentes, desde la práctica, para reconocer los valores que, aún a pesar de la mencionada legislación y su impronta comercializante, subsisten en el ejercicio profesional.

Como referentes teóricos de la relación interpersonal entre estos actores, se escogieron dos perspectivas de la temática: la de Pedro Laín Entralgo (1964) y Berger & Luckman (1989).

En ambas, el concepto de Laín, para quien el fundamento de esta relación es la «conjunción de los motivos que llevan a encontrarse entre sí al médico y al enfermo...»¹, apoyada en una actitud de convivencia vinculante y mediada por una comunicación que busca alcanzar un 'habito psicossomático' al cual se le llama salud y, la perspectiva de Berger & Luckman (1989), quienes consideran la interacción interpersonal como un evento definido por rasgos comunes del lenguaje y roles específicos en la experiencia cotidiana, se encontraron explicaciones a las reacciones señaladas en la problemática.

La búsqueda de información en el contexto, condujo al hallazgo de tendencias y referentes en relación con el tema. Las tendencias se identificaron en los pronunciamientos de las asociaciones profesionales y científicas¹; así como también en los de las, recientemente organizadas, asociaciones de usua-

rios del servicio de salud². Se interpretaba en estos, las dos facetas del malestar.

Mediante la consulta al texto específico de la Ley 100 del 93 se conoció que, aunque no existe una referencia directa a la relación interpersonal entre actores del proceso salud – enfermedad, en un decreto reglamentario promulgado en 1996, se plantea la necesidad de humanización del servicio como característica adicional de calidad de la atención en salud. Sin embargo, este hecho se convertía en una paradoja para los investigadores porque en la tendencia del contexto, la calidad de la atención se refería a los aspectos instrumentales de la misma.

Para interpretar las razones del malestar general que permitieran la organización de la investigación, se indagó la opinión de algunos profesionales frente a la necesidad de los centros hospitalarios de carácter público o privado en Colombia de convertirse en Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), reguladas por Entidades Promotoras de Salud (EPS). Para la mayoría, la regulación, ejercida como control a todo tipo de recursos (humanos, físicos, insumos, etc.) se traduce en una intermediación en la relación entre el profesional de la salud y el paciente, con la consecuente pérdida de autonomía y, por otra parte, en la nueva estructura organizativa, la salud es un producto sometido a leyes de mercado y las relaciones son contractuales ya que la interacción se establece entre prestadores y usuarios o clientes.

Por su carácter y complejidad, se planteó que el proyecto debía cumplirse a través de varias fases. La primera, un estudio preliminar que caracterizara esta relación en una de las IPS, de carácter privado de la ciudad, mediante la interpretación de las vivencias y experiencias expresadas por los actores del evento, a través de las repuestas a los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las características de la relación interpersonal entre el profesional de la salud y el paciente en la F.H.U.M? ¿Existen aspectos relacio-

nados con un posible deterioro de esta relación? ¿Cómo caracterizarlos?

MÉTODO

La investigación se realizó mediante un estudio descriptivo interpretativo de carácter etnográfico, dentro del paradigma histórico hermenéutico, teniendo en cuenta que el objeto de estudio, la relación interpersonal entre el profesional de la salud y el paciente, es un constructo de la realidad en el cual se presenta una emergencia de situaciones que es puesta de manifiesto en diferentes aspectos de la vida, pero que debe ser investigada con métodos que permitan describir su naturaleza peculiar.

Para la escogencia del tipo de investigación se tuvo en cuenta que, siguiendo el pensamiento de H.G. Gadamer 1977(3), Miguel Martínez reconoce la importancia del método etnográfico en los proyectos de éste tipo, apoyado en la convicción de que tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive, se apropian al internalizarlas, porque forman parte de una estructura lógica o de razonamiento; en algunos casos no explícita³.

En la etapa de preparación, la información existente en el área de estudio, proveniente de sondeos de opinión, dirigidos por los Departamentos de Atención al Cliente y Salud Ocupacional, fue utilizada para focalizar los tópicos y el lenguaje de los instrumentos para la recolección de datos. Cabe señalar que, en la recolección de la información participaron estudiantes en prácticas hospitalarias que formaban parte del semillero de investigación institucional de la institución de educación superior asociada a la IPS.

Participaron 83 profesionales de distintas disciplinas⁴ y 165 pacientes, entre los asistentes a Consulta Externa, Urgencias, Laboratorio Clínico y Farmacia y los hospitalizados en Medicina y Sala Quirúrgica. También se incluyó, personal administrativo y profesionales de la salud que realizan actividades

de este tipo. Los servicios estudiados fueron: Consulta Externa, Urgencias, Sala de Observación y Sala Médico – Quirúrgica y el tiempo empleado fueron los períodos 29 de junio a 9 de julio de 2001 y marzo 26 a octubre 27 2002.

Los instrumentos utilizados fueron encuestas semi-estructuradas. Las técnicas para la recolección de los datos, Sondeos de Opinión y Entrevistas. Los recursos técnicos, la grabación sonora durante las entrevistas.

En el diseño metodológico - basado en lo expuesto por Goetz y Lecompte (1988) - la etapa de desarrollo se llevó a cabo, así: 1) Análisis Inicial de las características del área de estudio a través de entrevistas, encuestas y revisión de datos a las cuales se les aplicó la técnica de análisis de contenido⁴. Este procedimiento se mantuvo como estrategia permanente, desarrollándose en dos etapas: La Categorización Deductiva e Inductiva⁵ y el Análisis de Dominios⁶; 2) La Identificación de pautas emergentes a partir de la cual se logró focalizar el problema de investigación, los tópicos para los instrumentos de recolección de datos y caracterizar la relación interpersonal; 3) Validación interna de la información mediante combinación de estrategias de análisis: Comparación y Contrastación⁶ y 4) Interpretación de los datos que fueron emergiendo de la aplicación de las estrategias utilizadas (Interpretación Semántica y Significativa).

RESULTADOS

Consecuente con su carácter interpretativo, la dinámica fue la continua validación de la información, dentro de las etapas del proceso⁷.

Las precategorias, resultantes de los primeros sondeos de opinión, fueron: el tipo de relación entre el profesional de la salud y el paciente, el deterioro de la misma, la importancia dada, en el desempeño, a la formación humanística y a la aplicación de los códigos de ética profesional.

Las categorías inductivas con sus respectivas subcategorías (o propiedades), resultantes de la aplicación de los instrumentos de recolección de información, fueron identificadas así:

- § *Actitud del Profesional de la salud:* Necesidad del privilegio de valores humanos; Poca valoración de la Formación Humanística en el pregrado; Falta de internalización de los códigos de ética; Falta de claridad en el compromiso ante el deterioro de la relación interpersonal; Poco interés por la calidez del trato y el diálogo personal.
- § *Actitud del Personal Administrativo:* Falta de Información Adecuada y Oportuna; Poco interés en la solución de Problemas Emergentes; Falta de Calidez en el trato personal.
- § *Condiciones del Ejercicio:* Recargo de horarios y asignaciones; Baja Remuneración; Insuficiencia de recursos humanos; Falta de autonomía para criterio profesional.
- § *Organización Administrativa del Servicio:* Falta de Oportunidad en la Atención; Demora en la entrega de resultados (exámenes, facturaciones, etc.) Falta Nivelación de Costos; Falta de Comodidad Locativas.

Mediante la interpretación significativa se configuraron como grandes categorías deductivas: La Formación Humanística, La Comunicación y El Sistema de Salud.

Con la misma estrategia, no se reconoció la tendencia de los actores a caracterizar un tipo de relación interpersonal entre ellos, tampoco su deterioro; pero, se reveló que, en la IPS investigada, dicha relación es un evento cuya calidad depende del equilibrio entre los conceptos reunidos en las mencionadas categorías.

CONCLUSIONES

Con base en la evidencia presentada, la caracterización de la relación interpersonal entre el profesio-

nal de la salud y el paciente, se define en el peso específico de los aspectos que intervienen en ella, cuando se confronta la teoría sentida (las experiencias reales al respecto) con la teoría fundada (los señalamientos teóricos de los autores referenciados).

De acuerdo a ello – en un primer nivel – se confirma que la relación es la puesta en escena de roles específicos mediados por los rasgos comunes del lenguaje y la experiencia cotidiana, según lo expresado por Berger & Luckman; a otro nivel, se encuentra una convergencia entre la caracterización de la relación médico – paciente de Laín Entralgo cuando identifica, como elementos de ésta, la comunicación, la actitud, la finalidad y la calidad de los actos realizados; pero también, profundas divergencias cuando expresa que, el único condicionante para un evento, mediante el cual se reúnen - en algún momento de sus vidas - el profesional de la salud y el paciente, es el hecho que ambos son personas⁸.

Teniendo en cuenta que Laín, establece dos dimensiones estructurales para el concepto de persona (Personalidad, el carácter operativo – algo que se adquiere y a lo cual se llega- y Personidad, el carácter constitutivo, la raíz vital de esa personalidad – algo de cual se parte)⁷; en el estudio, se evidencia que las divergencias se producen cuando se privilegia una de las dos dimensiones en un evento en el cual ambas deben complementarse ya que, según el mismo Laín, no puede ser pura y exclusivamente interpersonal la relación con el paciente⁸.

Por otra parte, la contrastación entre estas dimensiones y la categorización en el estudio, permite concluir que la relación interpersonal entre el profesional de la salud y el paciente en la IPS estudiada, se caracteriza por reunir elementos de carácter operativo y de carácter constitutivo. Los elementos del primero, estarían en la categoría Sistema de Salud y los del segundo, en la Dimensión Humanística de la Formación y la Comunicación.

La interdependencia entre ambas, evidencia que el logro de la calidad de la atención y el servicio, requiere de acciones de carácter multisectorial; de ahí la necesidad de asumir responsabilidades a ese nivel para el fortalecimiento de la formación humanística tanto en el nivel de la educación superior como en otros niveles educativos.

Frente a los resultados del estudio y de acuerdo a la opinión de los entrevistados, las integrantes del grupo de investigación, en su calidad de docentes de una institución formadora de profesionales de la salud, plantean la necesidad de reflexión sobre los enfoques actuales de la formación humanística, convertida paradójicamente, en el componente curricular más descontextualizado y menos interesante para el estudiante, por múltiples razones; entre ellas, el privilegio a los aspectos técnicos y normativos de la relación con los pacientes. Para ello, propone la necesidad de integración de una red de profesores, asesores, tutores y / o orientadores del tema interesados en participar en dicha reflexión con el fin de resignificar los actuales enfoques y promover cambios de en la formación integral del profesional; de tal manera que, uno de los valores agregados sea la tan buscada calidad en la atención y en la prestación de los servicios.

REFERENCIAS

1. El Dr. José Ma. Maya - decano en ese entonces de la Facultad de Medicina del C.E.S – en el Simposio El Médico y la Medicina en Frente a la Modernidad realizado por la Fundación CORONA y el Instituto de Ciencias de la Salud C.E.S, (Medellín, Mayo de 1995), se refiere a la pérdida del ejercicio liberal de la profesión y al riesgo de la alienación del acto médico y al deterioro de la salvaguarda del servicio profesional y de la intimidad del paciente, debido a la intermediación de la relación médico – paciente por parte de las entidades reguladoras, a las cuales la Ley 100 o Ley de Seguridad Social, les dió vida jurídica desde el 23 de Diciembre de 1993.
2. El Dr. Rodrigo Barceló Martínez manifestaba que, en su experiencia investigativa, los usuarios enfrentados a la falta de acceso a los sistemas de prestación de los servicios y de calidad de los mismos, juzgaban la existencia de atención

discriminatoria y maltrato. Memorias del Encuentro Regional por la Salud Proyecto UNI - Secretaria de Salud del Departamento del Atlántico. Universidad del Norte. SE. Barranquilla. Julio 2001.

3. “no podremos nunca tener conocimiento objetivo del significado de cualquier expresión de la vida humana, ya que siempre estaremos influidos por nuestra condición de seres históricos: con nuestro modo de ver, con nuestras actitudes y conceptos ligados a la lengua, con nuestros valores, normas culturales y estilos de pensamiento y de vida” H. J. Gadamer 1977. Citado por Miguel Martínez 1999:99
4. Profesionales de: Medicina, 17; Odontología, 17; Enfermería, 17; Bacteriología, 19; Instrumentación Quirúrgica, 6; Química y Farmacia, 3 y Trabajo Social, 4 .
5. Berelson señala que dicha estrategia tiene como objetivo el establecimiento de categorías y busca otorgar sentido a estas dentro de un contexto sistemático.
6. El apoyo para el desarrollo de este, fue una estrategia de análisis semántico basada en las propiedades de cohesión y coherencia y unidad textual (Halliday y Hassan 1977 citado por Alvaro Díaz 1999: 25-59 y Van Dijk 1978 citado por Marro Mabel Y Amalia Dellamea 2001:203)
7. Con el cual se reconocieron las significaciones de la experiencia individual que afloraban en las expresiones de los actores del evento indagado. ANGUERA M. T 1991. Por ejemplo: A) La Contrastación entre: a) Dominios Temáticos y Tabulación de Frecuencias, b) Lenguaje Verbal, no Verbal y contenido de las opiniones de las entrevistas, registradas en los Diarios de Campo y B) Opiniones en la encuesta y opiniones en un diálogo informal, al final.
8. “...será interpersonal mi relación con otro hombre cuando el y yo nos consideremos y tratemos como personas...”. Laín E. P. La Relación Médico –Enfermo. P240