

LA PRÁCTICA MÉDICA EN LA VENEZUELA SOCIALISTA DEL SIGLO XXI. REFLEXIONES CRÍTICAS PARA SU RECONSTRUCCIÓN

Remigia Mercedes Franco.

Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Decanato Ciencias de la Salud.

Departamento de Medicina Preventiva y Social. Cátedra Antropología Médica. E mail: mercedesfranco@ucla.edu.ve

RESUMEN

Este ensayo plantea algunas reflexiones respecto a la práctica médica en Venezuela de acuerdo a lo expresado por médicos expertos (UCV, UCLA) y jóvenes especialistas médicos (UCLA) en la Venezuela Socialista del Siglo XXI. El interés se centró en interpretar siguiendo el paradigma cualitativo sociocrítico, los significados del discurso médico acerca de la práctica médica. Tomando como centro la Hermenéutica Crítica de Gadamer y Habermas, el análisis crítico del discurso descrito por Teun Van Dijk. Emergieron los siguientes hallazgos: Mientras los médicos expertos centraron su atención en el deber ser de la práctica médica, características, los retos y contradicciones de dicha práctica en la Venezuela Socialista del Siglo XXI, los médicos jóvenes centraron su atención en la disparidad teórica de la formación recibida con las condiciones de su práctica médica en el campo laboral real, el ejercicio de poder y la violencia que se vive en los centros asistenciales, sus aspiraciones y obstáculos para el desarrollo de una práctica médica idónea, equitativa y adecuada a las necesidades de la población que acude a los servicios de salud. Las inquietudes plasmadas se presentaron en forma de ensayo reflexivo, dando cuenta de los hallazgos al indagar significados en su discurso en el período 2015-2016. Las distintas experiencias de actores sociales, autores consultados y la autora del ensayo permitieron develar con claridad perspectivas coexistentes y dinámicas en la Práctica Médica en Venezuela y los horizontes de cambio que pueden ser útiles para la reconstrucción de la Atención de Salud que tanto necesita el pueblo venezolano.

Palabras clave: Práctica médica, análisis crítico del discurso médico

MEDICAL PRACTICE IN THE 21ST CENTURY SOCIALIST VENEZUELA. CRITICAL THOUGHTS TOWARDS RECONSTRUCTION

SUMMARY

This essay lays out some thoughts regarding medical practice in Venezuela, according to what expert doctors (UCV, UCLA) and young specialist doctors (UCLA) have expressed in the 21st century Socialist Venezuela, in Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA, Venezuela). The interest focused on interpreting with a critical view the meanings of the medical discourse regarding medical practice. It took in its core the qualitative paradigm in the critical interpreting method, I worked with critical hermeneutics by Gadamer and Habermas, the critical analysis of speech described by Teun Van Dijk. The following findings emerged from the research: While expert doctors focused their attention on the “ought-to-be” of the medical practice, characteristics, challenges and contradictions of said practice in the Socialist Venezuela of the 21st century, the young doctors focused their attention on the theoretical disparity of the training received in the actual work field, the exercise of power, violence in health care centers, their aspirations and obstacles for the development of a suitable and equitable medical practice, adequate to the needs of the population assisted by the healthcare services. The concerns set out was presented as a reflexive essay, give an account of the findings while researching in the 2015/16 period in Venezuela. The different experiences of social players, inquired authors and the author of the essay enable to clearly reveal co-existent and dynamic points of view about Medical Practice in Venezuela and the change outlooks that might be useful for the reconstruction of the Healthcare Service so needed by the Venezuelan people.

Key words: Medical practice, critical analysis of medical discourse

Recibido: 15/06/2019. Aprobado: 1/11/2019.



Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de salud en el campo investigativo, en la educación médica o en la práctica profesional médica de nuestros países, se abre un abanico de posibilidades. Salud como derecho humano universal, salud como estado ideal de bienestar y equilibrio humano, salud como campo laboral, salud como vivencia individual, familiar y colectiva, salud como campo de acción política. La práctica profesional de los médicos abarca un amplio territorio de acción que toma en cuenta personas, familias y la comunidad, se desarrolla en medios públicos administrados por el Estado o en medios privados administrados por particulares. En cualquiera de estos territorios, la práctica médica ha de tomar en cuenta los factores de orden biológico, social, cultural, económico, político, que contribuyen a la presencia o ausencia de lo que se llama salud.

En Venezuela, al revisar el contexto de la práctica profesional médica en los últimos dieciocho (18) años se revelan las sombras que la arropan: pobreza, hambre, exclusión, discriminación, bajo acceso a bienes y servicios, desnutrición, malas condiciones de vida de la población, falta de oportunidades de desarrollo humano, deficiencias en el sistema educativo, precariedad y desorganización en servicios de salud, violencia, inseguridad. Todas estas patologías sociales hacen que una gran parte de la población sea más vulnerable que otros al alto riesgo en salud, desarrollo de enfermedades, sufrimiento y muerte.

El término “patologías sociales” es usado por Habermas para describir las perturbaciones generadas en la cultura, sociedad y personalidad (Mundo de la vida) por la colonización de este mundo de la vida por parte del sistema (Producción económica y administración de estado). El mundo de la vida de los sujetos es deformado por tal colonización, de allí surgen

diversas condiciones sociales absurdas, enfermas, que restringen las condiciones de vida que son consideradas normales o sanas. El autor hace un símil entre las distorsiones de la sociedad y enfermedades psíquicas.^{1a}

El médico venezolano vive la realidad de la atención y práctica médica como persona, miembro de familia, profesional, ciudadano vulnerable e indefenso, víctima potencial y en algunos casos, lo vive como chivo expiatorio perfecto para desviar la responsabilidad cuando sea necesario, que involucra a un directivo, una institución o el propio Estado. Es frecuente que se culpe a los médicos cuando se habla del aumento de muertes por enfermedades que se podían prevenir (Tuberculosis, sarampión, difteria, entre otras), muertes de madres embarazadas o de recién nacidos indefensos por complicaciones diversas, muertes infantiles por enfermedades infecciosas agravadas por la desnutrición, la falta de recursos hospitalarios, la falta de antibióticos y otros medicamentos, muertes crecientes por distintos tipos de cáncer, falta de antineoplásicos, de quimioterapias o por falta de equipos de radioterapia que se han dañado y no hay dólares para reponerlos.

Es más fácil culpar a los médicos de mala praxis y destruir sus carreras que pensar en las fallas del sistema general de salud, y responsabilizar al Estado, por las fallas en la administración de los recursos, equipos y medicinas. El Estado es responsable de dirigir las acciones de salud a nivel nacional, de diseñar, cumplir y evaluar las políticas de salud que aseguren la salud para todos sus ciudadanos, incluidos los médicos.

En un mundo que celebra el descubrimiento de nuevas tecnologías que facilitan los diagnósticos, el surgimiento de nuevas vacunas protectoras, nuevas técnicas quirúrgicas que salvan vidas y desarrollos tecnológicos que permiten en algunos países la erradicación de enfermedades como difteria, polio, tuberculosis, lechena, malaria, dengue, entre otros la atención médica en Venezuela sobrevive con escasos médicos, hospitales medio cerrados, falta de equipos de laboratorio, falta de reactivos para realizar exámenes, serias fallas en el suministro de medicamentos, suturas, tubos, materiales quirúrgicos, equipos de diálisis, respiradores, incubadoras, tenemos hospitales poco operativos y pabellones cerrados. En Venezuela hoy es muy difícil conseguir antibióticos y soluciones endovenosas, también es casi imposible conseguir quimioterapias, hacer diálisis o acceder a la posibilidad de trasplantes.

Si se preguntan ¿Por qué seguimos ejerciendo? la respuesta es, porque es nuestra vocación, la razón de ser de nuestra labor cotidiana, el modo de servir en nuestro país a la población que siendo inocente de las patologías sociales que los rodean, sufren en carne propia las heridas de un mundo que valora más el dinero y el poder que la vida humana. Seguimos ejerciendo porque creemos y defendemos la vida: La de todos, la vida de cada niña, niño, mujer, hombre o anciano que vive en el territorio venezolano.

Intencionalidad

Interpretar los significados atribuidos a la práctica médica en el contexto de la Venezuela socialista a partir del discurso de médicos en ejercicio para comprender dicha práctica y generar reflexiones críticas que faciliten su reconstrucción.

La Naturaleza Cualitativa del Ensayo

Este ensayo se basa en las interpretaciones que realicé, producto de una investigación cualitativa, la cual se fundamentó en la teoría crítica Adorno y Horkheimer, la hermenéutica crítica planteada por Habermas y Gadamer, utilizando el análisis crítico del discurso propuesto por Van Dijk. Es el

resultado de la descripción e interpretación de la categoría: Práctica Médica en Venezuela. El estudio fue realizado con médicos docentes de la Universidad Central de Venezuela y la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de la Salud, Estado Lara, Venezuela, durante el período 2015-2016.^{1b, 2, 3, 4}

Algunas consideraciones acerca de los actores sociales involucrados

La selección de los informantes se realizó de manera intencional, al reconocerlos como voces calificadas y miembros activos en el contexto que se investigó. ¿Quiénes son los actores? Personas que por sus experiencias y relaciones son considerados voceros calificados: Miembro de Academia Nacional de Medicina, investigadores-docentes de Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (UCLA), médicos egresados de la UCLA. Su escogencia respondió a rasgos representativos basados en criterios de comprensión, pertinencia y compromiso de participación en el estudio.

Para recoger la información aportada por los actores se usaron: la entrevista preliminar y a profundidad, con protocolos de conversación semiestructurados, grabaciones, testimonios focalizados, revisión de documentos. Todas las entrevistas fueron grabadas con permiso de los entrevistados.

La credibilidad del estudio se alcanzó por triangulación y retorno de la evidencia a los actores involucrados. Se utilizaron tres tipos de triangulación: 1. Triangulación de técnicas. 2. Triangulación de evidencias. 3. Triangulación entre actores, autores y herencia cultural de la investigadora.⁵

Cuando realizaba el análisis de mis evidencias, al comparar las categorías, encontré para mi sorpresa que el poder aparecía en lo expresado por los actores sociales en todas las entrevistas. De allí surgió otra categoría: Medicina como campo de poder. Buscando como realizar un mejor análisis de mis hallazgos revisé diversas opciones de análisis y encontré la propuesta de Análisis Crítico del Discurso de Van Dijk (ob. cit.) que sigue la corriente sociocognitiva de la escuela alemana.⁴

El Análisis Crítico del Discurso (ACD): “es una forma de investigación analítica sobre el discurso que estudia el modo en que el poder, el dominio y la desigualdad son practicados, reproducidos y combatidos a través de los textos y el habla”. Van Dijk, T (ob cit). Estudia también como el abuso de poder genera disidencia, oposición y resistencia, como formas de lucha contra la desigualdad social. Es una perspectiva distinta para realizar análisis, teorización y aplicación de lo revelado con visión sociopolítica.⁴

Esta forma de análisis da al investigador una perspectiva triple: las evidencias, el contexto de los datos y la forma como el conocimiento del analista lo obliga a abordar la realidad. Trabaja en dos niveles: lo microdiscursivo (discurso de actores sociales) y a nivel macrodiscursivo (discurso del sistema: instituciones, grupos y relaciones de grupos). Reconoce que el discurso orienta las acciones sociales priorizando los intereses de los poderosos, en detrimento de los intereses y expectativas de otros sectores sociales.⁴

Síntesis Interpretativa de la Triangulación

Para Picomell el testimonio es: “un discurso que sea por él mismo dato e interpretación, documento y relato, acontecimiento histórico y reflexión autorizada sobre el pasado”. p 119. Como investigadora enfrenté la compleja tarea de editar las narraciones de mis actores surgidas de las entrevistas, sin perder la esencia de lo que ellos habían expresado.⁶

Acercas del testimonio Ibarguen (1992) es enfática al afirmar:

“Un testimonio es una narración hecha, generalmente en primera persona, por quien ha sido protagonista o testigo de

un suceso que involucra una situación de desventaja o marginación, de explotación o supervivencia. Tiene por correlato el hecho de ser recogido por una segunda persona que al recoger, distribuir y recortar lo dicho, se convierte en una figura problematizante dada su intervención entre la producción y el testimonio en sentido estricto y la recepción de este en la forma de texto testimonial. El texto testimonial viene a ser generalmente, la relación establecida entre quien narra y quien escribe”. P3.⁷

El testimonio devela la trama política de las voces de los protagonistas de acontecimientos históricos, se centra en la experiencia del sujeto y revela su posición política e histórica. Releer los testimonios develó creencias, conocimientos, temores, aspiraciones, reflexiones, vivencias y compromisos de los entrevistados. En mi limitación humana, a ratos, enfoqué mi atención en unos elementos con más insistencia que en otros. Mi deseo al presentar lo más revelador, buscó todo el tiempo honrar la riqueza de lo expresado por los médicos expertos (MD1, MD2, MD3) y médicos jóvenes (M1, M2) como voces calificadas.

MD1 describió las tareas que ha de cumplir el médico:

- El médico como profesional se dedicará a solucionar los problemas de salud de la población, trabajando incansablemente en los servicios de atención de salud, sus acciones estarán orientadas hacia la promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, restitución de la salud, limitar el daño y rehabilitación de la salud en individuos, familias y comunidades.

El testimonio de MD1 narra el deber ser de la práctica médica de entrada, para mi sorpresa pasa del tono esperanzador de formador al tono pesimista que describe la crisis como médico en ejercicio. Primero mencionó como raíz de la crisis las fallas ontológicas del quehacer médico, luego las fallas epistemológicas, los errores en la relación médico paciente, las insuficiencias del médico graduado para dar respuestas a las preguntas acerca de la vida que hacen los pacientes, aludiendo de manera indirecta a las fallas de formación humanística: filosófica y antropológica, quejándose de la falta de reflexividad en la práctica médica cotidiana, tal vez sostenida por la prisa y el excesivo volumen de pacientes infiero.

Sus reflexiones lo llevan al núcleo de la relación médico paciente como foco de atención, centra su discurso en los aspectos micro de la práctica médica, dejando por fuera los aspectos institucionales y del mundo macro: político, económico, sociocultural.

Para MD1 la labor del médico es incansable, permanente, respondiendo a las necesidades de la población sana o enferma que acude a los servicios de atención primaria en salud, ha de ser investigador que genere soluciones a los problemas de salud de la sociedad. Esta labor médica puede cambiar para bien la calidad de vida de los ciudadanos. Continúa su discurso MD1, expresa estar preocupado por lo que está ocurriendo con la práctica médica en Venezuela, en crítica reflexiva habló acerca de una crisis médica que se inició en el siglo pasado y no se ha resuelto aún:

-La crisis médica en Venezuela: No puede faltar en una reflexión acerca del quehacer médico la crisis en la práctica médica que se vive desde el siglo pasado en Venezuela. Aludo el tema de la crisis porque sigue vigente. Se ha agravado y es

momento de reflexionar acerca del rumbo que debe tomar la Medicina del Siglo XXI.

-La concepción del hombre que subyace detrás de nuestro sistema médico lo ha fragmentado, lo ha cosificado, nuestro ejercicio profesional perdió la unidad y distorsionó las ideas conceptuales sobre el hombre, la salud y la enfermedad. Lamentablemente, los médicos nos hemos alejado de los enfermos, escuchamos poco, nos limitamos a verlo, medirlo, evaluarlo, ignorando quien es, y lo que nos tiene que decir de sus miserias y sufrimientos

La práctica médica ha cosificado al ser humano en un intento por aprehender acerca de sus misterios. Al hacerlo se perdió la visión total del paciente y de las implicaciones del mundo de relación en su vida. Estos elementos de error distorsionaron el modo de abordar al hombre en la vida y salud, también en la enfermedad y la muerte. Los médicos han aumentado sus habilidades científico técnicas y también han perdido habilidades comunicativas, comprensivas y empáticas en la relación médico paciente. Continúa MD1 en sus reflexiones:

-Más de la mitad de los pacientes se hacen exámenes muy costosos que no aseguran que se resuelva su problema de salud. *Los médicos no tenemos respuestas hoy por hoy, a los problemas de la sociedad, a los sufrimientos de los seres humanos, no sabemos hablar de bienestar humano, de felicidad ni de realización personal, no miramos lo compleja que es la salud humana, tampoco sabemos reflexionar acerca de la vida como escenario de enfermedad y de muerte.*

En este punto critica el escaso uso de la clínica para realizar diagnósticos. Por el contrario, la mayoría de los médicos exige al paciente realizar exámenes costosos para tener precisión diagnóstica basada en tecnologías costosas y de difícil acceso para los pacientes. La voz de MD1, quien habla con profundidad acerca de la práctica médica que se vive en Venezuela, introduce en sus reflexiones conceptos que desarrollaron Adorno y Horkheimer:

- Convertir la naturaleza muerta en paradigma de realidad.

MD1 comenta preocupado: “¿Cómo es posible que los estudiantes de Medicina aprendan el cuerpo humano con cadáveres? Esos cadáveres no pueden enseñarles cómo se comporta el humano vivo”. Es necesario volver los pasos y aprender al humano desde su complejidad en contexto.

- El apego del paradigma científico a la racionalidad cuantificadora y técnica: MD1 hace una fuerte crítica la Medicina científica por excluir los aspectos subjetivos e intersubjetivos en la valoración médica por considerar que al no ser cuantificables no son relevantes. Al abordar la multidimensionalidad del ser humano los médicos estarán más cerca de sus realidades, vivencias, el diagnóstico será completo y personalizado, el tratamiento más preciso y con mejores efectos.

- Convertir al hombre en un objeto manipulable, enajenado de su realidad compleja e integral. Excluir al paciente de su contexto genera una visión fraccionada e incompleta de su realidad.

*-Pretender que la ciencia domina la vida, la conoce para controlarla, sin contemplar condiciones emocionales, mentales y espirituales que no pueden ser controladas.*²

En conexión con lo antes expuesto, Adorno y Horkheimer se extienden en Dialéctica de la Ilustración:

- La Ilustración sigue siendo mitológica. El desencantamiento progresivo del mundo es al mismo tiempo, su progresivo reencantamiento.

El desencantamiento se da al superar las interpretaciones animistas y antropomórficas, mitológicas y religiosas en aras de una creciente objetivación y dominación de la naturaleza. Ese desencantamiento *progresivo* de la naturaleza significaba, al mismo tiempo: una dominación de la naturaleza viva y espiritual a una naturaleza muerta: *mimesis de lo muerto*. Esta imitación de la vida se pone al servicio del dominio, en la medida en que incluso el hombre se convierte en antropomorfismo a los ojos del hombre. Y allí surge el reencantamiento. p. 30.²

Coinciden MD1 y los autores citados, en los puntos señalados: la ciencia, en este caso la Medicina, pasó del desencantamiento de la concepción mítico- mágico- religiosa del ser humano para generalizar una construcción mental objetivista que, sin duda, condujo a la desintegración de lo que era una compleja unidad para estudiarlo en partes cada vez más pequeñas y desligadas. Creyendo que, de esta fragmentación, surgiría la posibilidad de dominar la naturaleza del ser humano y poder escribir leyes para explicar y controlar su funcionamiento.

Los médicos, perdidos en esa fragmentación interminable construyeron modelos explicativos acerca de la estructura y funcionamiento del cuerpo humano, de la experiencia vital humana. Allí emerge el nuevo reencantamiento y los científicos creen que su creación intelectual supera al ser humano natural. Como verdad científica defienden su construcción mental hasta el final.

Cuando los autores citados hablan de cómo la realidad muerta se convierte en paradigma de la realidad general, recordé una crítica que hizo MD1 a la formación médica: "...los médicos aprendemos a conocer el cuerpo humano literalmente con cadáveres. Eso es convertir algo vivo en una realidad muerta. Nada en esa realidad representa la maravillosa expresión de un cuerpo vivo, perfectamente sincronizada de todos sus sistemas". Los médicos, por el contrario, aprendemos a conocer las células humanas en láminas de vidrio, muertas y teñidas, en una época donde ya se pueden reproducir hologramas humanos interactivos y visualizar modelos simulados vivos de los tejidos humanos.²

La ciencia, queriendo generar verdades aplicando su método, despojó al pensamiento precientífico de tradiciones y mitos. Eliminó todo lo que da vida a los objetos, a la naturaleza, todo lo que el ser humano fue creando por siglos como representaciones de la realidad. Digamos que sacó de circulación los mitos precientíficos para vender a la sociedad nuevas y "verdaderas" representaciones.

En la Medicina transformaron el cuerpo real, vivo, instrumento de autoconocimiento e interacción con los otros, en un simple cuerpo físico, que es estudiado por pedacitos por cada disciplina y especialidad. Del mismo modo, como lo subjetivo e intersubjetivo en el mundo de las

relaciones humanas, no puede ser estudiado, entonces es negado, ignorado o rechazado porque estorba. ¿No era más adecuado usar la inteligencia y crear, desarrollar, métodos adecuados a lo que no se podía conocer con un método limitado como el método científico?

En un enfoque diferente, la voz de MD2 comenzó sus reflexiones describiendo el mundo macro social que contextualiza la práctica médica:

El actor social MD2 expresó:

-La práctica médica en Venezuela se caracteriza por: alta y creciente demanda, falta de insumos, fallas en suministro de medicinas, baja calidad de atención médica, costosa intermediación de los seguros, los gobernantes presionan para que se atienda a todos, en espacios públicos y privados, las emergencias se colapsan atendiendo a los heridos por riñas entre reclusos. La población que está esperando no puede ser atendida y se agotan los escasos recursos. Hay escasez de personal de salud: jóvenes y grupos médicos se van del país. En general falta direccionalidad de parte del ministerio de salud, en los hospitales y ambulatorios.

-Es necesario superar esta crisis general que afecta todo: la producción de alimentos, la calidad del agua, el acceso a los servicios de salud, el acceso a medicinas, la violencia desatada que acaba con la población, la pobreza que se extiende, las injusticias, la corrupción. Todos esos factores generan más enfermedad, y los servicios no tienen recursos adecuados para atenderlos. Los investigadores sin recursos, las universidades con presupuestos que las ahorcan, los profesionales trabajando en exceso y no le alcanzan los ingresos. Es muy complicado el panorama.

El panorama que describió MD2, enfocado en la realidad de la práctica médica en Venezuela es desesperanzador: habló de un país empobrecido, deteriorado, con falta de alimentos, deterioro en las condiciones de vida, limitaciones en acceso a agua y luz, malas condiciones de vida que generan más enfermedades, dificultad para acceder a los servicios de salud, centros de salud pública colapsados, falta de recursos en esos centros públicos de salud, falta de personal de salud, profesionales médicos trabajando en exceso y no le alcanzan los sueldos. Es evidente que la crisis es de país, supera el campo médico.

En este panorama, los médicos hacen lo que pueden, con los recursos que tienen, dan educación para la salud para tratar de mantener sanos a los sanos y unen esfuerzos para sacar a los pacientes de sus problemas de salud lo mejor posible ante tanto deterioro.

Al escuchar a las médicas jóvenes emergieron interesantes aportes. Declaró M1 desde sus primeras palabras: "la realidad que caracteriza la práctica médica en un ambiente tan sensible como la emergencia hospitalaria, es muy exigente y compleja", "lo importante es escuchar al otro y valorar la historia de vida de cada paciente", "no reporto el abordaje subjetivo e intersubjetivo en la historia clínica para evitar las críticas de mis colegas". Esta joven emergencióloga pasa lentamente del lenguaje preciso y enfático propio de su especialidad, al lenguaje reflexivo que reconoce con humildad que los médicos no somos invulnerables, que no podemos controlarlo todo, que necesitamos profundizar el diálogo con los

pacientes para identificar las claves que orienten el diagnóstico y tratamiento en el trabajo.

Ella cerró su descripción de experiencia con un tema que pocos médicos hablan públicamente: la espiritualidad, “He visto el poder de las creencias espirituales en cada persona, la diferencia de comportamiento y evolución clínica entre los pacientes incrédulos y los pacientes creyentes”. También expuso que: “...en mi servicio estaba prohibido hablar de: creencias, espiritualidad, emociones, los problemas que presentaran los pasantes de Medicina Integral Comunitaria”. La pregunta crucial es: ¿Por qué se presentan temas prohibidos en los ambientes clínico-hospitalarios? ¿Quién establece ese control y para qué lo establece? Van Dijk opina al respecto:

-Los poderosos pueden controlar los textos, el discurso permitido, lo que se habla, lo que se escribe, lo que aparece en los medios de comunicación, también intentan controlar la mente de sus subordinados. Controlar el habla de sus subordinados es una primera forma de ejercer poder en el discurso. Decidir los temas, opiniones o discusiones que están permitidas o no. (p 28).⁴

Cuando en los espacios académicos o de atención de salud se prohíbe o limita hablar acerca de subjetividad, intersubjetividad, creencias, motivaciones, emociones, espiritualidad y poder, se está dirigiendo a los subordinados a hablar acerca de temas que fomentan el pensamiento hegemónico biomédico objetivista: salud física, diagnóstico por evidencias, enfermedades, tratamientos farmacológicos, quirúrgicos, de quimioterapia o radioterapia, entre otros. Dejando fuera de textos y habla los temas que no son de su interés.

M1 retomó la discusión acerca de la formación necesaria para realizar una buena y perfectible práctica médica, alegando que: “los estudiantes y profesionales críticos deben conocer diferentes posturas acerca de cada problema. Ellos tienen que aprender a elegir y tomar posición clara, de acuerdo con el abordaje más adecuado”. Al respecto M1 también señaló:

-Cuando se trata de nuestra *práctica médica en esta Venezuela de confrontación y contraste entramos en un tema difícil*. En lo personal trabajo como emergencióloga en equipo con los intensivistas y anestesiólogos. Como médico en ejercicio puedo escuchar a mis pacientes y valorar su historia de vida, para mí eso es un regalo. Así puedo comprender como está afectando la vida del paciente su enfermedad. También converso con los familiares, *no lo registro en la historia porque eso no es bien visto en el servicio médico*. Para evitar ser criticada lo conservo como parte de mi experiencia.

En su testimonio M1 destacó: la necesidad de trabajar en equipo, sobre todo en el área de emergencia. La importancia de la historia clínica y porqué debe ser redactada tomando en cuenta la historia narrada por el paciente, lo considera una forma de valorarlo como protagonista en salud y enfermedad y como forma de respetar sus derechos humanos. Reconoció que los médicos al avanzar en su formación médica, deben abrirse a otras formas de conocimiento que le permitan conocer y respetar las elecciones de atención de salud que hacen sus pacientes y poder orientarlos con

propiedad acerca de las aplicaciones de las medicinas complementarias. La voz de M1 continúa su testimonio:

-....Trabajar en emergencia me enseñó que los médicos no somos invulnerables, a salir adelante ante situaciones de riesgo para nuestra integridad, los médicos no podemos controlarlo todo, para tener fuerza en el trabajo las creencias espirituales son importantes: ante situaciones difíciles llamaba a mi familia y ellos oraban por los que estábamos en emergencia. Por eso las creencias espirituales de cada persona deben ser respetadas.

-....Aprendí que un paciente que cree tiene esperanza, su actitud ante la enfermedad es diferente. Todos tenemos derecho a expresar nuestras creencias, opiniones, conocimientos, no permitir esa expresión en la relación médico- paciente, amenazar con presiones o penalizaciones a quien se exprese, es contrario a los derechos.

Con humildad M1 reconoció la vulnerabilidad de los médicos, la importancia de las creencias en todo ser humano, narró como en situaciones difíciles en sus guardias de emergencia ella llamaba a su familia para que la apoyaran con oración. Esta historia revela su confianza en la oración ante los riesgos, su experiencia personal facilita la apertura que muestra ante las creencias espirituales de sus pacientes y el respeto que muestra ante ellas. Un punto importante es la diferencia que reconoció y expresó entre la actitud y evolución de pacientes creyentes (más positivos) y pacientes no creyentes (menos positivos).

Las reflexiones de M2 apuntaron a lo siguiente:

He trabajado en Medicina Pública y Privada: son muy diferentes, en la práctica pública hay menos recursos de diagnóstico y tratamiento, el volumen de pacientes es muy alto, son pacientes respetuosos, ellos esperan con calma porque no tienen más opciones, las familias costean todo, comida, medicinas, ropa, pañales, no sé cómo hacen para conseguir de todo.

- Al ingresar a los pacientes en hospitales se siguen los protocolos más estrictos, se aplican los criterios para decidir los ingresos, así solo se ingresa a quien más lo necesita. En la práctica privada hay menos pacientes, muchos recursos, los pacientes y los familiares son irrespetuosos, groseros, gritan, exigen que se les atienda rápido, la clínica pone casi todo para los pacientes: comida, medicinas, ropa de cama, exámenes, La familia trae algunas cosas. A veces, no se aplican los protocolos de ingreso de pacientes con rigor, sobre todo en UCI. Lamentablemente se ingresan pacientes terminales en UCI, eso le limita las posibilidades a pacientes que se pueden recuperar.

Su testimonio comparó la Medicina Pública y la Medicina Privada: el contraste en la disponibilidad de recursos, las diligencias de los familiares para conseguir todo lo se necesita en el hospital y la aparente indiferencia de los familiares de pacientes atendidos en centros privados, el cumplimiento estricto de protocolos de ingreso en hospitales públicos para asegurar que el cupo lo tiene el que más lo necesite y la flexibilidad en los centros privados para ingresar

pacientes, incluso en áreas críticas como cuidados intermedios o intensivos.

M2 continuó su discurso:

-Yo trabajo en un hospital que recibe muchas emergencias, es como un hospital de carretera: muchos accidentes, heridos por arma de fuego, infecciones, casos de sepsis, tenemos pocos recursos, pocas camas, Yo estoy en área crítica, mis pacientes necesitan al menos cuarenta y ocho (48) horas para estabilizarse. La calidad de los materiales que nos llegan al hospital ha disminuido, se fugan muchas suturas, los pacientes se infectan, se complican. Es duro sacar adelante los pacientes.

- ...Prefiero la práctica pública, más rigurosa, ordenada, con lineamientos que se conocen bien y se respetan. Ahora que voy a hacer postgrado, voy a tener que renunciar al Hospital. Es una lástima, porque considero que allí está la verdadera Medicina. Tocaré hacer guardias en Privados para poder sobrevivir.

El discurso de M2 destaca: la escasez de materiales en el hospital, reciben muchos pacientes de trauma por accidentes o por violencia, los materiales para atenderlos son de baja calidad, se rompen las suturas, esto también aumenta complicaciones e infecciones, considera muy difícil sacar con éxito a los pacientes en estas condiciones. M2 prefiere trabajar en hospitales públicos, porque hay más orden y son cumplidos los protocolos con más rigor. Expresa pesar por tener que renunciar al hospital porque va a hacer postgrado y debe hacer guardias en privado para sobrevivir.

En relación con las amenazas de parte de familiares y pacientes en la práctica privada, M2 consideró que: “Es necesario superar el ambiente de alto stress y agresividad por miedo e impotencia y reconocer el valor de las buenas relaciones humanas en los ambientes de emergencia y piso”. Tanto M1 como M2 describieron con preocupación, el cambio de actitud de los pacientes y sus familiares hacia los médicos en los servicios privados.

Este cambio reportado por M1 Y M2 puede estar relacionado con la situación difícil en la vida cotidiana, al no conseguir alimentos, agua, luz, sentirse inseguros por la violencia desatada, no poder disponer con libertad de dinero efectivo, la dificultad con los puntos de venta, la respuesta incierta o tardía de los seguros que no responden adecuadamente, justo cuando tienen que ingresar u operar a un familiar, la escasez de recursos incluso en las clínicas y el temor de no poder pagar. Son muchos los factores que pueden generar respuestas más agresivas en pacientes y familiares.

Es necesario investigar en este comportamiento agresivo y violento de pacientes y familiares observado por los médicos en los centros de salud, para comprender y dar respuestas a los obstáculos que han sido descritos, a fin de lograr: ambientes de vida y trabajo más armónicos, vivibles y que resuelvan los problemas de pacientes, familiares, médicos, enfermeras, de todo el equipo de salud.

Al hablar de la práctica privada M2 comentó:

-En la práctica privada nos cuidamos mucho de lo médico legal. En clínicas *los pacientes y familiares son muy dados a amenazar con demandar, dicen: si me miras feo, me hablas duro, no me atiendes rápido, si algo sale mal, ya sabes que te puedo demandar.*

-Es tan fuerte que si el paciente tiene contactos con malandros o mafias de algún tipo nos amenazan, igual se comportan así cuando son familiares de abogados, llegan amenazando. Yo prefiero trabajar en los servicios públicos, hay un poco más de respeto.

El ambiente hostil y amenazante en las emergencias de los centros privados afecta el desempeño de los médicos. ¿Cómo enfocarse en brindar la mejor atención a sus pacientes si de entrada recibe amenazas físicas, emocionales, legales y hasta de hacerlos blanco de malandros o mafias? ¿Por qué esos familiares gritan para llamar la atención diciendo que se están violando sus derechos ciudadanos? ¿Hasta cuándo los violentos se hacen pasar por víctimas para obtener beneficios?

En Venezuela el lenguaje y conducta violenta se ha extendido hacia todos los espacios de interacción imaginables. Es triste constatar el mal uso del lenguaje de Derechos Humanos para obligar a otros a hacer lo que el sujeto que se siente poderoso desea. ¿Cómo es posible que personas en emergencia urgidas de ser atendidas, amenazan y agreden al personal médico que está allí de guardia cumpliendo un servicio? Esa actitud es claramente un ejercicio arbitrario de poder, es abuso de poder, porque para lograr sus objetivos están violentando los derechos del profesional que los recibe y de su equipo. Van Dijk opina al respecto:

Los hablantes poderosos pueden hacer uso de su poder y abusar de él en diversas situaciones. Al hacerlo buscan obtener una ventaja, servicio, atención preferencial, testimonios falsos, declaraciones tergiversadas o buscan la sumisión del percibido como dominable o dominado. De este modo comprometen al otro a cumplir acciones en contra de su voluntad. Es fundamental preguntarse. ¿Quién controla o intenta controlar la situación? ¿Para qué abusa del poder? ¿Qué lenguaje o forma de lenguaje usa para generar miedo y sumisión? ¿Quién abusa del poder aspira controlar la mente del otro para controlar sus acciones. (p27).

-... En ocasiones, los dominados están obligados a ser receptores del discurso, por ejemplo: en educación el alumno está obligado a escuchar a su docente, en la relación médico paciente: el paciente está obligado a escuchar el discurso médico. Los receptores deben atender, interpretar y aprender como las instituciones pretenden. (p 29).⁴

Cuando M1 y M2 hablan acerca del ambiente hostil y la actitud agresiva que viven tanto en los hospitales públicos como en las clínicas, se evidencian los rasgos del abuso de poder, en este caso, quien se siente poderoso es el paciente o el familiar y el dominado es el médico que los atiende. En el hospital han vivido situaciones difíciles cuando al ingresar

malandros vienen los del bando contrario a resolver a tiros las diferencias, en áreas de atención donde hay cientos de pacientes y los equipos de médicos y enfermeras que se encuentran de guardia.

En las clínicas, cuando el paciente o familiar amenaza con demandar, levantar quejas con directivos, o amenazan con traer malandros para que golpeen o maten al médico, queda claro, que todos los involucrados tienen miedo, y estando en emergencia no hay modo de saber si esas personas agresivas dicen o no la verdad en sus amenazas. Es así, como en centros públicos y privados, los abusadores intentan conseguir lo que desean a costa de lo que sea.

Los médicos revelaron los rasgos fundamentales de su práctica médica. Mientras los médicos docentes planteaban el deber ser en esa práctica y las aspiraciones de la población en cuanto a atención de salud, los médicos jóvenes realizaban las condiciones físicas, de recursos, emocionales del trabajo en el equipo de salud tanto en la práctica pública como en la privada. Llama poderosamente mi atención, que, argumentando las mismas condiciones y escenarios, una médica decidió dedicarse a trabajar en lo público, mientras la otra decidió dedicarse a la práctica privada. Esto confirma que: Aún con los mismos escenarios y riesgos, cada persona es libre de tomar distintas decisiones basadas en sus interpretaciones de esa realidad y en las condiciones que enmarcan su desempeño.

CONCLUSIONES

La práctica médica actual en Venezuela presenta las siguientes características: abandono de la visión de totalidad del ser humano, la super especialización favorece y mantiene la visión naturalista que fracciona la realidad humana en salud y enfermedad, los médicos en su ejercicio no toman en cuenta los factores emocionales, mentales, socioculturales, espirituales que se expresan en el proceso salud- enfermedad- atención, los elementos subjetivos e intersubjetivos no son valorados en la práctica médica, existen problemas de comunicación que hacen difícil el establecimiento de la adecuada relación médico- paciente, es necesaria una nueva historia clínica que permita explorar y registrar por escrito la vida del paciente, en ese registro pueden estar las claves para realizar un diagnóstico integral. Los médicos más viejos describen la práctica médica tal como la viven desde hace décadas, aunque esto no es nuevo, sorprende que los médicos jóvenes coincidan en tal descripción. Son necesarios grandes cambios en la producción de conocimiento, formación médica y educación médica continua para resolver esta problemática, para superar deficiencias, incongruencias y vacíos que comprometen la calidad de la atención en los servicios de atención de salud pública y privada.

Los altos costos de la Medicina moderna afectan la calidad de la atención de los pacientes y la calidad del ejercicio médico, actualmente en Venezuela los médicos intentan hacer lo mejor posible con lo poco que se tiene en recursos y medicamentos, la práctica se aleja progresivamente del deber ser para apenas alcanzar lo que se puede hacer. En las consultas se hace más énfasis en el diagnóstico por laboratorios, imágenes, usando nuevas tecnologías que en el examen clínico y la relación médico paciente, es necesario profundizar y fortalecer el diagnóstico por clínica para optimizar el uso de los escasos recursos disponibles.

Las condiciones actuales del país dificultan sustancialmente la práctica médica, sea por deterioro progresivo de la calidad de vida del venezolano, deterioro de las condiciones de vida en general, limitaciones para acceder a alimentos y medicinas, alta inseguridad y creciente violencia dentro y fuera de las medicaturas rurales, los ambulatorios y hospitales, clínicas, centros de salud, sueldos muy bajos, inflación creciente, repunte de

enfermedades infecciosas que habían sido controladas, acceso limitado o inexistente a las estadísticas acerca de los indicadores de salud por control del estado, colapso de red pública de hospitales.

Durante la investigación los médicos describieron las condiciones de la práctica médica en la Venezuela Socialista, por ser profesionales con cuatro o más décadas de ejercicio tenían claras las diferencias de la práctica médica de la Venezuela democrática y de la Venezuela socialista, así lo expresaron. La práctica médica tal como era conocida antes de la revolución socialista, al igual que el sistema de salud pública, según dos de las voces expertas se ha desarticulado, masacrado, casi destruido en estos años socialistas. Los médicos jóvenes describen su práctica médica en los centros hospitalarios como “trabajar en ambientes de medicina de guerra”, “no nos prepararon en la universidad para trabajar en estas condiciones”, “trabajamos bajo amenaza de superiores, militares y población, si no hacemos lo que quieren veremos el castigo”. Esto necesita cambiar por el bien de todos los involucrados: médicos, enfermeras, personal de los hospitales, pacientes, familiares, comunidad. Venezuela entera necesita que esto cambie.

Enfrenta problemas complejos y crecientes. La concepción de ser humano que subyace detrás de nuestro sistema de salud pública lo ha fragmentado, lo ha cosificado, cuando el ejercicio médico pierde la integralidad para abordar al ser humano en salud y enfermedad, pierde el rumbo, esto distorsiona el abordaje, los diagnósticos, los planes de trabajo para recuperar la salud perdida, entonces los tratamientos indicados terminan suprimiendo síntomas en lugar de resolver las causas de la enfermedad. La mitad de los pacientes se hacen exámenes costosos que al final no resuelven su problema de fondo.

Otra problemática que afecta la calidad de la atención médica en atención primaria en salud es la fuga de talento médico formado en nuestras universidades es indetenible. Ramones afirma que *alrededor de 15.000 médicos han salido de nuestras fronteras* (Dato aportado por Federación Médica Venezolana. Ver: Diario Panorama.com. Fecha 06.6.16); El problema va escalando de manera sostenida, en la actualidad 21.980 médicos han salido del país, según lo expresó el Dr. Douglas León Natera (2017) como vocero de la Federación Médica Venezolana, en entrevista realizada para el Nacional. Periódico El Nacional.com Fecha: 29.11.17.⁸⁻⁹

La migración masiva de médicos ha causado pérdida progresiva de la capacidad operativa del sistema nacional de salud, afectando la prestación de salud pública y privada, dejando postgrados desiertos, concursos hospitalarios desiertos, menos médicos atendiendo en la red primaria de salud, menos docentes de experiencia para formar a nuevas generaciones de médicos. El éxodo de médicos altamente capacitados, buscando mejores condiciones de vida, deja un vacío muy difícil de cubrir en los centros hospitalarios.

Amerita cambios para garantizar una mejor atención de salud a toda la población: crear el sistema integrado de salud, mejorar los sueldos y condiciones de contratación del personal médico que se va a integrar a la red de salud pública, incentivar a los egresados de nuestras universidades para quedarse en el país mejorando las condiciones de vida y la seguridad dentro y fuera de las instituciones hospitalarias, en todo el territorio nacional. Respetar las normativas para el ejercicio médico en nuestro país, todo médico egresado de nuestras universidades debe ser acreditado al cumplir su artículo ocho de práctica rural, todo médico egresado de universidades extranjeras debe revalidar su carrera en nuestras universidades y cumplir el ejercicio en rural antes de ser incorporado a los hospitales de atención primaria en salud.

Para atender esta compleja y extendida problemática social es necesaria la convergencia de muchas disciplinas. Gásperi opinó al respecto: “Es necesaria la convergencia de muchas disciplinas para abordar y entender los problemas que afectan a la población en las esferas: física, psicológica, mental, espiritual” (p7). La situación venezolana es compleja, el deterioro de la calidad de vida y de las condiciones de vida es continuo y exponencial. Esa crisis reiterada, prevaleciente y en escalada afecta a toda la población venezolana por igual.¹⁰

Cierro estas reflexiones con una frase de D’Elia que es un anhelo y firme petición: “...Las autoridades de salud y el gobierno, las fuerzas políticas y sociales, están obligados a atender, reconocer, solucionar, declarar la crisis humanitaria y solicitar ayuda internacional para atender a la población”. (2014. p 391). Una población que pide ayuda a diario en un escenario de pobreza, migraciones masivas, desempleo y subempleo, destrucción de recursos naturales, enfermedad, sufrimiento, violencia, inseguridad, hambre, abuso de poder y muerte. Hasta el día de hoy los venezolanos siguen esperando respuestas.¹¹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. a. Habermas, J. Teoría de la acción comunicativa. Madrid: Taurus. 1987.
- 1.b. Habermas, J. Dialéctica y Hermenéutica. Porto Alegre: Editora LPM. 1987.
2. Adorno y Horkheimer. Dialéctica de la Ilustración. Fragmentos Filosóficos. Introducción y traducción de Juan José Sánchez. Madrid: Trotta. 1944.
3. Gadamer. H. Verdad e Método. Petrópolis: Vozes. 1999.
4. Van Dijk, T. Discurso, conocimiento, poder y política. Rev. Investigación Lingüística. 2010; N°. 13. pp 167-215.
5. Martínez Miguélez, M. Epistemología y Metodología Cualitativa en las Ciencias Sociales. México: Trillas. 2011
6. Picornell, M. El género testimonio en los márgenes de la historia. Representación y autorización de la voz subalterna. Revista Espacio, Tiempo y Forma. Serie V Historia Contemporánea. 2011; T23. 201.p 113-140.
7. Ibarguen, M. Las voces del Silencio: El testimonio como representación popular. Revista Mester. 1992; Volumen XXI. N°2.
8. Ramones, N. Alrededor de 15.000 médicos se han ido de Venezuela en los últimos años. Diario Panorama. Fecha: 06.06.16. Disponible en: www.panorama.com.ve.
9. León Natera, D. 21.980 médicos han salido del país. Diario El Nacional. Com. Fecha: 29.11.17. Disponible en: www.ElNacional.com
10. Gásperi, R. La Salud Pública y los Problemas Sociales. Revista Venezolana de Salud Pública. 2017; 5 (2).
11. D’ Elia, J. Situación de Salud Pública en Venezuela. Revista SIC 769. 2014; pp. 388-391.



Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional