

LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO EN EL ÁMBITO DE LA CONSULTA MÉDICA.

The transfer of the knowledge in the field of consultation Medical.

Guillermo Kerz. Universidad Católica de Santa Fe.
Echagüe 7151. (3000). Santa Fe. República Argentina. <https://orcid.org/0000-0002-7652-4228>
Contacto: gkerz@ucsf.edu.ar

Considero el problema de la consulta como simbólico espacio abierto en la relación médico y paciente, convirtiéndose en una de las cuestiones más relevantes a ser tenida en cuenta para la comprensión de la dicotomía establecida entre medicina "de la evidencia" y "de la afectividad" mediada por la significación que la consulta del paciente adquiere.

El conocimiento se arma entre los seres humanos en interacción; propongo abordar la transmisión del conocimiento en la relación del médico y el paciente en el ámbito del consultorio, como interacción, bidireccional y no meramente unidireccional.

A mi entender, en la década de los 90, el racionalismo se ha introducido de tal forma a través de la medicina basada en las evidencias (MBE), que ha dejado muchas veces de lado la medicina basada en la afectividad. El método clínico se impregna de un positivismo tal, que hace que no pocas veces se deshumanice ese acto tan importante que es la relación "médico- paciente", llevando a un modelo hegemónico de la jarra llena (el médico) y los vasos **vacíos** (el paciente), donde al paciente se le transfiere solamente los conocimientos de su dolencia y se limita la autonomía moral individual en la toma de decisiones sobre su propia salud.

"En el libro del *Dr. Miguel A. Moreno* aparece una escalofriante cita de *Castillo del Pino*: 'Médico es aquel que sabe aplicar las tecnologías. Paciente es al que se le aplican las tecnologías'." (Rodríguez Silva, Héctor. 2006:32 (4).

En la transmisión del conocimiento en la consulta, podríamos citar las premisas que expresa Temporetti recordando a Linaza: "está íntimamente ligado a cómo concebimos el conocimiento, a cómo concebimos a quien aprende y al proceso mediante el que se puede transmitir dicho conocimiento a otro ser humano" (citando a linaza 2003:109) (Temporetti, Félix. 2006:90).

Si pensamos a la relación "médico- paciente" como una investigación biomédica, entonces hay que tener en cuenta lo enunciado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), promulgado en 1993, como Normas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas en Sujetos Humanos, al expresar:

"Entre los puntos salientes reafirma el requisito del consentimiento informado del presunto sujeto de la investigación (paciente) y detalla todos los elementos informativos que el investigador (médico) debe darle a una persona (paciente) para participar en una investigación, incluyendo los objetivos y métodos de la investigación, duración, beneficios, riesgos, procedimientos o tratamientos alternativos, confidencialidad, proporción de servicios médicos, tratamiento gratuito de complicaciones de la investigación, indemnización en caso de discapacidad o muerte, y la libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin sanciones ni pérdida de beneficios." (*Penchaszadeh 2002*).

En la relación "médico-paciente" se aplica un método de investigación: el método clínico: **Anamnesis, Examen físico**, métodos **diagnósticos** de baja, mediana y alta complejidad (Mano de Harvey).

Las siguientes preguntas se realizan para esbozar una respuesta a la transferencia del conocimiento en el ámbito del consultorio.

- 1- **¿Como está** formado el médico desde la universidad para la transferencia del conocimiento al paciente?
- 2- **¿Cuál** es la visión del concepto de salud, desde su sustrato filosófico, psicológico y antropológico que aplica en la consulta?
- 3- **¿Cómo** transmite el conocimiento al paciente para que él mismo lo pueda procesar y lo ayude a tomar decisiones autónomas?

1. ¿Como está formado el profesional de la salud desde la universidad para la transferencia del conocimiento al paciente?

En primer lugar, la actividad del médico puede "convertirse en un acto rutinario e impulsivo, quizás por la falta de formación en los valores propios del pensamiento reflexivo"; que "en primer lugar nos libera de la actividad meramente impulsiva y puramente rutinaria" (Dewey;1989:33).

La formación universitaria ha puesto hegemónicamente la formación de las mentes en la investigación a través del método hipotético deductivo como método predominante, dejando de lado, a mi entender, una cosmovisión del proceso de investigación en la relación médico paciente que trasciende el método hipotético deductivo.

Reafirmó lo expresado anteriormente, cuando esa relación se centra en una ética de costos beneficios, de una visión positivista menospreciando la visión filosófica, epistemológica, gnoseológica, etc. que a menudo los profesionales desconocen o conocen superficialmente. La mirada holística, integral e integradora de la Persona, queda oscurecida.

Reflexionando sobre las carreras tanto de grado como de postgrado, "los estándares internacionales de medicina basada en las evidencias y la tecnología van reemplazando el arte de la medicina, la experiencia y las habilidades clínicas del médico." (Bascañán Ra. 2005)

La racionalidad desplazaría lenta pero solapadamente a la intuición y a la empiria en la formación del pensamiento en las ciencias médicas, en lugar de producir una conjugación entre los tres, como íntimamente relacionados. La afectividad y el vínculo con el paciente va languideciendo.

"Los que estamos persuadidos de esta estrecha relación entre enseñar y aprender sabemos que dicha tarea es una mezcla de arte y ciencia, de intuición y de lógica, de previsión y de sorpresa" (Temporetti, Félix. 2006:90)

Brunner cuestiona críticamente cómo los claustros universitarios, cuando forman los futuros profesionales, se inclinaron por un fuerte objetivismo, descuidando en consecuencia, toda formación destinada a recuperar las mentes humanas en las ciencias humanas, al afirmar: "recuperar la mente en las ciencias humanas, luego de un prolongado y frío invierno del objetivismo" (Brunner. 1991:19). La construcción del significado del escuchatorio se dialoga con un sujeto, cuidándose de lo que nos advierte el Goya en su cuadro: "los sueños de la razón producen monstruos".

Como interpreto, como analizo, cómo investigo, cómo aplico y como adquiero el conocimiento para poder transferirlo al paciente, es el desafío de la investigación en el consultorio, donde juegan la subjetividad de uno: "el médico" y del otro: "el paciente".

Investigar es buscar y hacer conjeturas acerca de la información que nos brinda el paciente a través del escuchatorio y de la anamnesis. Es partir de los hechos y de los hechos narrativos comenzar a ver los problemas. Como juega en lo humano su historia, la complejidad biológica, social cultural, histórica tanto del profesional de la salud como del paciente.

El riesgo de la medicina basadas en la evidencia, como fin en sí mismo, se convierte en transformar el consultorio en un proceso de retroalimentación entre *inputs* (información automática procesada por el médico) y *outputs* (salida de información que emite el médico descartando toda consideración por no ser propia del específico campo médico profesional). Al producirse esto, el médico convierte al consultorio, en un ámbito deshumanizado, en un espacio robotizado.

2- ¿Cuál es la visión del concepto de salud, desde su sustrato filosófico, psicológico y antropológico que aplica en la consulta?

Existe un determinado consenso académico en considerar que la salud no es un concepto de orden restringido que indica solamente ausencia de enfermedad, sino que, por el contrario, se amplía hasta abarcar el completo bienestar bio psico social y espiritual, en una unidad conceptual, de significado.

En la cotidianidad, se observa un reduccionismo, al mencionar conceptos como salud sexual, salud mental, salud comunitaria; desmembrando el concepto de Salud, para parcializar.

El desafío de dividir es volver a unir, porque el significado queda fraccionado; en otras palabras, la salud interpretada en forma integral e integrada, significando que lo biológico, lo mental, lo social, lo espiritual conforman el concepto de salud.

La persona es una unidad, individual y con una característica que lo convierte en Ser Vivo. En el concepto de autopoiesis de Maturana (Pörksen & Maturana Romesín, 2007), un ser vivo es capaz de producirse a sí mismo. Si a ese Ser Vivo se lo divide, se lo fragmenta, pasa de ser un Ser Vivo a convertirse en un Ser Muerto.

Naturalmente que, desde el estudio y la investigación, muchas veces hay que dividir o fraccionar para estudiar, para lograr especificidad del conocimiento, pero el proceso más importante es volver a unir y no dejarlo fraccionado, porque pierde significado.

En mi visión de la relación médico-paciente en el ámbito de la consulta, esta unión en una Persona dotada de dignidad humana es esencial.

Volvemos a reflexionar en la transferencia del conocimiento en la formación de las mentes.

Es en la relación médico-paciente, en ese ámbito de investigación tan particular, es donde "La existencia humana se realiza en la cotidianidad (Maturana-Pörksen, 2007:21); el observador y lo observado no se pueden separar, en "donde el lenguaje no es una cárcel, sino una forma de existir, un modo de convivir" (Maturana-Pörksen, 2007:38.).

3- ¿Cómo se transmite el conocimiento al paciente para que él mismo lo pueda procesar y lo ayude a tomar decisiones autónomas?

Al decir de Altoni, E. (2000) comprendiendo que el hombre todo es el que está presente en el consultorio durante la consulta, podríamos parafrasear que la relación "médico-paciente", mediante el conocimiento académico del profesional legitimado en la universidad, puede tener infinidad de variaciones, es una red de sentidos y significados. No existe el médico y el paciente en forma absoluta, esto significa que el paciente no asume una única forma, sino que está subvertido por lo contingente que lo particulariza a través de la cotidianidad."

Para la transmisión del conocimiento y la ayuda para decisiones autónomas por parte del paciente, Freire propone la idea de "comunicación" que "implica: diálogo, intercambio de saberes, articulación cultural, trabajo "con" y no "para" los otros (lo que rápidamente significa "sobre" y, luego, "contra" los otros" (Huergo, 2005). (citado en: Mengancini, Adriana y col. :1.)

En igual dirección, la idea de Temporetti, tomando como sujeto al paciente "concebirlo como mero procesador de información puede resultar tanto un error metodológico como una vileza" (Temporetti, 2006:98).

En la investigación biomédica que se da en la relación "médico- paciente" es con el paciente y no solo para el paciente.

En Mengancini, esta relación se ejemplifica claramente al considerar al médico como un representante de la cultura académica y al paciente un representante de la cultura popular (Völkerkultur)

Este vínculo, esta medicina basada en la afectividad lo trasladamos al consultorio, haciendo propio lo de Huergo (2005):

"El criterio central, a nuestro juicio, es el reconocimiento del mundo cultural (...) reconocer que el otro, desde su cultura, puede jugar el mismo juego que nosotros, por así decirlo, sin necesidad de adoptar nuestra cultura para jugarlo; es decir, asumir como postulado la reciprocidad. Se trata de reconocerle su dignidad en este proceso de encuentro. Pero ¿por qué? Primeramente, porque - desde el punto de vista comunicacional- necesitamos saber y reconocer quién es el otro con el que vamos a comunicarnos, cuáles son sus sueños y expectativas, cuáles sus labores cotidianas, sus lenguajes, sus dudas, sus limitaciones, sus creencias, etc.

Ese reconocimiento no se produce en el vacío, como algo abstracto, como prolongación de nuestras ideas iluminadas o como actitud filantrópica. Necesitamos acompañarlo con un proceso de trabajo metodológicamente construido, que se concreta en diversos caminos de reconocimiento de prácticas socioculturales (...) En ellas, los sujetos sociales se encuentran inmersos en una cultura, pero además invierten permanentemente esfuerzo, creatividad, trabajo, en su producción (...) no hay sujetos pasivos; por eso confiamos en que son esos sujetos los artífices de la transformación del mundo (...) Esto, sin dejar de considerar ni menospreciar el carácter 'duro', por así decirlo, resistente, de los habitus desarrollados en una determinada cultural".

El reconocimiento que el otro existe, que la transferencia es reciprocidad, donde el paciente tiene la capacidad de la transformación de su propia salud. Solo si este proceso se da, la propia persona será capaz de ser protagonista de su propio destino.

Dentro del Consultorio, como nos comunicamos, cómo transmitimos, cómo recibimos al otro, admite una pedagogía activa, no descontextualizada permitiendo la promoción de la Persona desde el cuidado de su propia salud

CONCLUSIÓN:

La transferencia del conocimiento es centrada en el paciente, transferencia a través del lenguaje de dicho conocimiento, clara, explicativa, abierto a segundas opiniones, reflexivo, dando tiempo al paciente para que procese la transferencia del conocimiento y repregunte en visitas sucesivas.

La relación médico-paciente dentro del espacio simbólico de la consulta médica, se propone como una investigación, la cual persigue desarrollar conocimiento para la acción; esta acción en este marco de investigación particular; es la acción que tomará el propio paciente sobre su salud, por lo tanto, debe ser lo más clara y precisa posible para que sea tomada con autonomía.

"En la educación terapéutica del paciente exige mucho más que una simple transmisión de la información. Se trata de una verdadera transferencia de competencias, de una información en la toma de decisiones, pero también de la puesta en marcha de una relación que haga posible, por primera vez una verdadera negociación entre el médico y el paciente". (Ortiz-Pommier, A (2004)

En este ámbito, se manifiesta por la elección, la capacidad de elegir. La libertad se basa en la posibilidad de elegir, pero involucra algo más, el poder de actuar de acuerdo con la elección. (Dewey, 1989)

La educación en valores (por ejemplo, el respeto de la dignidad humana, la solidaridad, el bien común) permite entablar un nuevo tipo de relación terapéutica- paciente, más igualitaria en la que los pacientes son consciente de sus derechos a la información, a la autonomía y no aceptan de quienes lo atienden actitudes paternalistas o autoritarias. La utilización del consentimiento informado de los pacientes, como prueba del que se les ha informado, y no como salvaguarda del profesional, debe convertirse en una práctica profesional.

Nuestro punto de partida es el deseo de mostrar que la transferencia del conocimiento si bien se interpreta muchas veces en la relación de la universidad con la sociedad, la propuesta apunta a descontextualizar el concepto de transferencia del conocimiento solamente desde este ámbito para llevarlo a relación médico paciente en el ámbito de la consulta.

BIBLIOGRAFÍA

Antoni, E. J., Pagura, J. A., & Quaglino, M. B. (2000). Análisis de la constitución del sujeto pedagógico a través de las técnicas factoriales y múltiples. Quintas Jornadas "investigación en la facultad" de Ciencias Económicas y Estadísticas, Universidad nacional de Rosario. Obtenido de:

https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/7961/Antoni%2CPagura%2CQuaglino_analisis%20de%20la%20construccion%20del%20sujeto.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Bascuñan Ra, M Luz. (2005) Cambios en la relación Médicos Pacientes y nivel de satisfacción de los médicos. Rev Méd Chile; 133: 11-6

Bruner, Jerome. Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. (1991) Ed. Cast. Alianza Editorial, SA. Madrid.

Dewey, John. (1989) Cómo Pensamos. Nueva exposición de la relación entre el pensamiento y el proceso educativo. 1ª ed. Ed Paidós (33).

Maturana, HR; Pörksen, B. (2007) Del Ser al Hacer. J.C. Saez. editor. (1-237.)

Mengancini, Adriana; Cordero Silvina; Dumrauf Ana. (2007) ¿Transferencia o transmisión conjunta de conocimientos? Una experiencia de trabajo colaborativo entre Universidad y Escuela. V Encuentro Nacional y II latinoamericano La universidad Como objeto de Investigación. Universidad del Centro de la provincia de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Humanas (ISBN 978-950-658-187-9)

Ortiz-Pommier A (2004). Conflicto de intereses en la relación clínica. Rev chil. Neuro-Psiquiatr [Internet] [29-36]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272004000100004&lng=es&nrm=iso

Penchaszadeh, Víctor (2002) B. Ética de las Investigaciones Biomédicas en Poblaciones Humanas. Rev. Cubana Salud Pública v.28 n.2 Ciudad de La Habana

Pörksen, B., & Maturana Romesín, H. (2007). Del Ser al Hacer. Chile: J.C.SAEZ editor.

Temporetti, Félix. (2006) Prácticas Educativas: entre lo individual y lo sociocultural. Breve ensayo sobre los conocimientos psicológicos de la enseñanza. Itinerarios educativos de la revista del Indi. Año 1, nro 1, ediciones UNL, Santa Fe.

Todas las publicaciones, referencias, gráficos y bibliografías completas en:
www.colmedicosantafe1.org.ar/index.php/publicaciones