

**20 MINUTOS: LA CREACIÓN FRENTE AL PROBLEMA DEL TIEMPO EN EL  
EJERCICIO MÉDICO.**

Por:

Natalia Arroyave Mesa

Propuesta de Trabajo de Grado presentada para optar al título de Magíster en Artes Digitales

Facultad de Artes y Humanidades

Maestría en Artes Digitales

Modalidad de Investigación

Aprobado por:

Asesor: Esteban Gutiérrez Jiménez

Asesor: Juan Diego Correa Blair

Instituto Tecnológico Metropolitano ITM

Medellín, Colombia

2024

## Tabla de Contenido

Resumen.....	3
Palabras clave.....	4
Introducción.....	5
La evolución del quehacer médico.....	7
De la academia al contexto colombiano.....	11
La creación literaria como oposición.....	17
Métodos y productos: creación como reflexión.....	24
Base de datos de evidencias de directrices restrictivas (Anexo 1).....	25
Entrevistas a colegas médicos (Anexo 2).....	32
<i>Sísifo</i> - Proyecto de objeto escultórico interactivo (Anexo 3).....	40
“Estamos para cuidarte” – Prototipo de instalación interactiva (Anexo 4).....	43
<i>20 minutos</i> – Proyecto de puesta en escena (Anexo 5).....	45
<i>Sísifo</i> en “Más que tiempo” – Exhibición virtual (Anexo 6).....	47
<i>Sísifo</i> como producto de Realidad aumentada (Anexo 7).....	49
<i>Sísifo Web</i> - Producto interactivo digital (Anexo 8).....	52
Actividades de difusión del proyecto (Anexo 9).....	59
Relatos interconectados (Anexo 10).....	61
Caligramas (Anexo 11).....	66
<i>Sísifo Relatos</i> – Página web (Anexo 12).....	69
Discusión.....	73
Conclusiones.....	77
Bibliografía.....	79
Notas finales.....	83

## **20 MINUTOS: LA CREACIÓN FRENTE AL PROBLEMA DEL TIEMPO EN EL EJERCICIO MÉDICO.**

**20 MINUTES: CREATION AGAINST THE PROBLEM OF TIME IN MEDICAL PRACTICE.**

Natalia Arroyave Mesa, Médica, Magíster en Salud Pública, candidata a Magíster en Artes Digitales del ITM, Medellín, Colombia, nataliaarroyave@itm.edu.co

### **Resumen.**

A la medicina, vista como un arte en algún momento histórico, actualmente la caracterizan múltiples restricciones de toda índole que la han convertido en un servicio técnico que se ocupa de males físicos y cuyo fin último es la salud financiera de las instituciones que la ejercen. Estas restricciones, además, entrañan un proceso poco ético, que no solo ha llegado a caracterizar, por ejemplo, al sistema de salud colombiano, sino que lo beneficia. *20 minutos* parte de los procesos de creación en los cuales un profesional de la salud, inmerso en este contexto, puede analizar sus vivencias, al tiempo que expresa sus sentimientos de inquietud, frustración e incertidumbre.

Mediante la realización de entrevistas a médicos y de la búsqueda y análisis de múltiples evidencias de directrices institucionales que restringen el criterio de estos profesionales en sus escenarios laborales, se obtuvieron numerosos elementos que nutrieron diversos procesos de creación digital. A través de expresiones multimediales como el dibujo, la realidad virtual, el objeto escultórico interactivo y la puesta en escena, que llevaron, a su vez, al desarrollo de una pieza literaria hipertextual, se analizó la relación entre la insatisfacción profesional y las directrices restrictivas que tienden a entorpecer el acto médico y que lo alejan cada vez más de su concepción holística antigua.

Los procesos de indagación llevados a cabo no sólo permitieron establecer que, en efecto, existe un quiebre importante entre el ideal académico del profesional y el ejercicio real que realiza, si no que aportaron material fundamental para poner de manifiesto esta problemática a través de un proceso de investigación-creación en artes digitales. Este abordaje, aunque poco convencional y no muy utilizado dentro del campo de la salud, se reveló como una alternativa formal de estudio capaz de brindar valiosos aportes a la comprensión de diferentes problemáticas médicas.

**Palabras clave.**

Prácticas creativas, artes digitales, humanidades médicas, sistema de salud, tiempo de consulta médica.

**Abstract.**

Medicine, seen as an art at some point in history, is currently characterized by multiple restrictions of all kinds that have turned it into a technical service that deals with physical ailments and whose ultimate goal is the financial health of the institutions that practice it. These restrictions, furthermore, entail an unethical process, which has not only come to characterize, for example, the Colombian health system, but also benefits it. *20 minutes* is part of the creation processes in which a health professional, immersed in this context, can analyze his experiences, while expressing his feelings of concern, frustration and uncertainty.

By conducting interviews with doctors and searching and analyzing multiple evidence of institutional guidelines that restrict the criteria of these professionals in their work scenarios, numerous elements were obtained that nourished various digital creation processes. The relationship between professional dissatisfaction and institutional guidelines, that tend to hinder the medical act and that increasingly distance it from its ancient holistic conception was analyzed through multimedia expressions such as drawing, virtual reality, the interactive sculptural object and performance, which led, in turn, to the development of a hypertextual literary piece.

The investigation processes carried out not only allowed us to establish that, in effect, there is an important break between the academic ideal of the professional and the actual practice that he or she carries out, but also provided fundamental material to highlight this problem through a process research-creation in digital arts. This type of approach, although unconventional and not widely used within the field of health, was revealed as a formal study alternative capable of providing valuable contributions to the understanding of different medical problems.

**Keywords.**

Creative practices, digital arts, medical humanities, health system, medical consultation time.

## **Introducción.**

Ser médico general en Colombia puede significar abrazar la desesperanza. La frustración y el nivel de abatimiento que llega a entrañar el ejercicio médico, sobre todo al interior del sistema de salud, es algo difícil de comunicar a las personas ajenas al área, quienes, dicho sea de paso, en su mayoría, perciben la atención recibida como insuficiente en el mejor de los casos. Es decir, se advierte una insatisfacción de ambas partes -médicos y pacientes- frente a la experiencia del sistema de salud, pero, mientras las dificultades de los primeros no se conocen o resultan ajenas, las voces de los segundos suelen alzarse de forma reiterada y convierten reclamos cotidianos en desaprobación general.

El modelo de atención en salud, instaurado en el país desde hace treinta años, se ha caracterizado por intentar resolver las necesidades de la población a través de una racionalidad mercantil, que pudiendo ser eficiente en otras áreas, se revela incompetente al momento de dar respuestas efectivas en salud a los pacientes. La negación de beneficios y las barreras de acceso a los servicios llegaron a un punto tan crítico en las últimas décadas, que la acción de tutela se convirtió, para muchos colombianos, en la única forma de obtener los cuidados esenciales que requieren (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2021, p. 22). A partir de la pandemia por COVID-19, se popularizó, así mismo, la queja a la Superintendencia de Salud como otro mecanismo de reclamación que evidencia la insatisfacción de los pacientes –o usuarios, como los llama el sistema-, alcanzando un total de más de un millón durante el año 2022 (Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud], 2022).

Pero el descontento no es sólo de los pacientes. Una percepción menos difundida es la de los profesionales que trabajan al interior de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), particularmente de los médicos, quienes, con frecuencia, han visto reducido su rol al de meros defensores de los intereses de las instituciones para las cuales laboran. Para ellos -a diferencia de los que pasa con los pacientes-, no existen mecanismos similares de queja o reclamo, ni se incluye la visión de su propio quehacer dentro de las encuestas de satisfacción y estudios de calidad en la prestación de los servicios.

Pero ¿por qué estaría un médico insatisfecho dentro del sistema? Durante su formación, especialmente en aquellas asignaturas relacionadas con la historia de la medicina y con la bioética, se le insistió en que su labor, más que una ciencia, es un arte. El origen de esta premisa se encuentra en los *Aforismos* de Hipócrates, considerado el padre de la medicina occidental. Se trata de un

texto que recoge la esencia de su doctrina, desarrollada en la Antigua Grecia; que rechaza por primera vez la superstición, la magia y la religión como causas de la enfermedad, y que explica con detalle cómo proceder ante un paciente, teniendo en cuenta, no solo su condición clínica, sino también las circunstancias específicas que influirán en su tratamiento (Hipócrates, s.f.). A este personaje –o a su escuela-, se le atribuye, así mismo, el solemne *Juramento* que realizan los médicos al momento de graduarse, y que, pese a todas las modificaciones que ha tenido desde su creación, aún conserva el compromiso de actuar únicamente en beneficio del paciente: “Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré” (Sánchez-Salvatierra & Taype-Rondan, 2018, p. 1499).

Esta concepción, impartida en las academias desde el inicio, suele ser incorporada en la formación como una base incuestionable del ejercicio profesional, que se vuelve un complemento lógico a la vocación sincera, pero que comienza a fragmentarse y no pocas veces desaparece durante el recorrido laboral, dentro y fuera del sistema colombiano. La realidad del ejercicio médico actual supone múltiples limitaciones impartidas por administradores de recursos, que a menudo distorsionan las guías de manejo para hacer algoritmos propios que restringen el criterio de los profesionales y propenden por un gasto menor de recursos, llegando en ocasiones a hacer gala de una gran creatividad en el diseño de estrategias que coartan la intención de ayudar a los pacientes.

Existe, entonces, un quiebre importante y poco conocido entre la concepción histórica e ideal del quehacer médico y el contexto cotidiano en el que trabajan los profesionales, quienes también padecen el sistema en mayor o menor medida. En Colombia, los médicos generales enfrentan cotidianamente el desafío de tratar de hacer lo mejor para sus pacientes, ante toda suerte de limitaciones poco éticas que restringen su criterio y que son contrarias a su formación. El poco tiempo disponible para la atención, que se asume sin cuestionamientos como “lo normal”, es apenas la primera de muchas contradicciones que deben aprender a sortear. Como resultado, algunos terminan por buscar una salida a otros campos de práctica, o bien, permanecen allí viendo cómo se evapora la vocación de servicio que los llevó a elegir su carrera, mientras la reemplazan por una apatía permanente opuesta a su interés previo, lo que sin duda termina por transformarlos, tanto a nivel profesional como personal.

El resultado de tales reflexiones constituye el objeto inicial de este trabajo de investigación-creación, que se pregunta por la forma en la cual las directrices institucionales restrictivas y, en

particular, el poco tiempo dispuesto para la atención de los pacientes, se convierte en un reto que hace imposible entender al ejercicio médico actual como algo más que un servicio técnico que se ocupa de males físicos y cuyo fin último es la rentabilidad económica. El proyecto se materializa en diversas expresiones multimediales que incluyen el dibujo, la realidad virtual, el objeto escultórico interactivo y la puesta en escena, con un eje central unificador en el texto literario, el cual pretende establecer relaciones entre la insatisfacción profesional y las directrices institucionales que entorpecen el acto médico y que lo alejan cada vez más de su concepción holística antigua.

A través de la construcción de textos literarios se caracterizaron varios personajes que encarnan a los actores de un escenario complejo, en el cual el contexto en el que se desenvuelven puede llegar a ser el enemigo. En su interior convive una mezcla de sujetos; aquellos que hicieron un juramento que los obliga a anteponer la salud y la seguridad de los demás, los que se comprometieron mediante un contrato a salvaguardar los recursos e intereses de las instituciones que los emplean y los que sobrellevan el conflicto resultante de tratar de hacer ambas cosas a la vez.

En este universo, la diferencia entre los héroes y los villanos la determina la calidad ética de lo que hacen o evitan con ocasión de su labor. Sin embargo, hay una complejidad que los reúne a todos en un mismo espacio: la manera en la cual sus acciones están ligadas, directa o indirectamente, con las posibilidades inscritas en un tiempo cronológico limitado y acelerado. La forma en la cual cada personaje le hace frente a un deber de trasfondo ético, siguiendo las normas de un contexto que defiende ideales diferentes, pero bajo el régimen autoritario del tiempo, es la cuestión determinante en el desarrollo de la trama, la cual se puede explorar a través de la lectura no lineal del conjunto de relatos dispuestos a manera de hipertexto en una página web.

## **1. La evolución del quehacer médico.**

La medicina se ha transformado a lo largo de la historia del hombre al ritmo de sus propias concepciones cambiantes sobre la enfermedad y las causas que le ha atribuido a ésta en diferentes épocas. Es así como, de originarse en la prehistoria por espíritus malignos, la enfermedad procedió, posteriormente, a derivarse de un castigo de los dioses en las diferentes civilizaciones previas a la Antigua Grecia (Gargantilla, 2011).

Ya fuera por la necesidad de eliminar el demonio del cuerpo del enfermo, o de servir como intermediario para que los dioses devolvieran la salud a través de distintos rituales, así como de la administración de hierbas y raíces, apareció, desde entonces, la figura del curandero, sanador o chamán, como un individuo del grupo capaz de identificar la anomalía y tratar efectivamente la causa de la dolencia (Gargantilla, 2011, p. 29).

No fue hasta que surgió la figura de Hipócrates -que vivió en Grecia en el siglo IV antes de Cristo-, que se consideró el inicio de la medicina como una ciencia. A partir de allí, se dejaron de lado por primera vez las causas sobrenaturales y mágicas que daban origen a las enfermedades, y se estableció una escuela que defendió la importancia de explorar detenidamente al paciente, para establecer la forma en la cual sus costumbres y contexto específico lo habían afectado, y, posteriormente, indicarle un tratamiento que lo sanara (Jaramillo-Antillón, 2001). A la escuela Hipocrática se le atribuye también la escritura de una gran colección de textos en los que se destaca, no solo el propósito ético de conservar la salud y evitar causar daño, sino también el de prevenir la enfermedad y el de tratar a los pacientes como individuos únicos, capaces de reaccionar de forma diferente a una misma patología (Jaramillo-Antillón, 2001). De este principio surgió una premisa que trascendió a través del tiempo: la de que se debe tratar a los pacientes y no a las enfermedades.

El legado Hipocrático fue difundido y permaneció durante siglos como el modelo médico imperante en varias culturas, logrando coexistir con múltiples visiones y avances notables en la historia de la medicina que escapan al objeto de este análisis. Durante la Ilustración, sin embargo, el modelo médico basado en la experiencia comenzó a nutrirse de una mirada positivista que llevó a considerar como verdadero, únicamente aquello que era posible observar o percibir, con lo cual se le dio gran trascendencia a ubicar la causa de los síntomas en una región anatómica específica. Desde este punto, el “enfermo” empezó a ser objeto de una observación similar a la que se utiliza durante un experimento científico, desapareciendo como un “todo” que padece, para empezar a ser visto como la suma de varios elementos, en alguno de los cuales se origina los síntomas (Foucault, 2012). De acuerdo con Foucault, en *El nacimiento de la clínica*, fue en ese momento cuando realmente la medicina se erigió como ciencia, de la mano de la reorganización de las instituciones hospitalarias y del advenimiento de una nueva experiencia de enfermedad, traducida, a su vez, a un nuevo lenguaje que comenzó a condicionar la relación médico-paciente (2012).

Esta mirada positivista introducida en el siglo XVIII, sumada a los avances científicos y al aparato tecnológico logrado en las últimas décadas, ha llevado a que, en la actualidad, la medicina

se especialice a tal punto que, más que pacientes, o inclusive enfermedades, parecieran ser los mismos desarrollos clínicos los objetos del acto médico. En consecuencia, padecimientos de todo tipo son reducidos a algoritmos de manejo que llevan rápidamente a definirle a un paciente cuál es su diagnóstico más probable y qué tratamiento requiere, con el fin de disminuir el tiempo de la consulta y, por supuesto, la cantidad de recursos económicos derivados de ella.

En el artículo *¿Por qué la medicina sigue siendo un arte?* el médico Álvaro Díaz Berenguer retoma algunos de los elementos históricos expuestos, para explicar por qué la visión ética de épocas previas continúa siendo el mejor instrumento para desafiar la visión actual, que invita a entender el quehacer médico como un mero oficio técnico (2012). Para él, cuando un médico está frente a su paciente, realiza un acto de creación igual al de un artista, en tanto es capaz de escuchar atentamente su narración para poner a su servicio, no solo conocimientos y experiencia, sino también intuición, identificación y aspectos inconscientes relacionados con el vínculo que entabla con él, de tal suerte que, en un momento dado, puede llegar a tomar decisiones éticas complejas como dejar morir o elegir entre un feto y su madre (2012, p. 35). De acuerdo con su análisis, dos médicos nunca toman las mismas decisiones ante el mismo paciente, aun cuando la técnica delimite una receta repetitiva, desgastada y poco efectiva para aplicarle a todos, en el afán actual de hacer rentable a un oficio visto como la resolución única de necesidades biológicas:

El artista puede usar una denominada técnica para pintar o para escribir, al igual que la Medicina para diagnosticar o tratar. La Técnica está al servicio del Arte. Pero la creación artística requiere de un ejercicio particular: la creación de algo nuevo, distinto, original. Cada acto médico es un acto de creación, impregnado por la personalidad del creador. La Técnica a diferencia del Arte, emplea recetas repetidas que se agotan en sí mismas sin que importe la persona que la utiliza, ni la persona que recibe su beneficio. El valor de la Técnica está en la intermediación entre dos individuos, no en el médico ni en su paciente. Por el contrario, para la Medicina lo que importa son los individuos particulares en uno y otro extremo de la relación médico-paciente, que establecen un vínculo de comunicación, entendiendo por tal un proyecto de destino. Allí también el goce de curar y de ser curado (Díaz Berenguer, 2012, p. 34).

Es pertinente aclarar que esta visión de “arte” atribuida al ejercicio médico desde la historia de la medicina -y retomada por el autor en su equivalente de “creación”-, no encuentra respaldo en los conceptos académicos propios de esa disciplina. La definición formal de “arte” ha entrañado tantos y tan diversos debates a lo largo de su propia evolución, que este tipo de enunciados pueden resultar muy desacertados a los estudiosos del tema, quienes no encontrarán sentido en la comparación, ni durante la antigua Grecia, cuando el arte se consideraba como una destreza basada en el conocimiento de reglas y la medicina se contaba dentro de las llamadas artes mecánicas (Tatarkiewicz, 1997, p. 39), ni por supuesto en la época actual, momento en que cada tentativa de consenso acarrea múltiples postulados contrarios (Longan Phillips, 2011).

Para el médico, -cuya formación no incluye historia de otras disciplinas-, su quehacer es un “arte” en tanto hace consciencia del ideal que se desarrolla a lo largo de este trabajo y que implica un ejercicio ético, profundo e integral en el que es capaz de poner su conocimiento y su propia visión del mundo al servicio de otro ser, en cuya relación hay una serie de elementos complejos que legitiman la decisión que tome para ayudarlo y que determinan el éxito o el fracaso de esa interrelación llamada “médico-paciente”. Cuando lo hace, posibilita, además, la “creación” de un vínculo que será determinante en su mejoría y logra poner al servicio de esta conexión todos los avances disponibles, sin que estos se conviertan en el centro de su labor. Para entender la insistencia en que la medicina debe ser un “arte”, desde áreas ajenas a este postulado de formación, quizás sea necesario asumir la visión poética de quién pretende desafiar los intentos de convertirla en una ciencia exacta basada en la repetición indiscriminada de una misma conducta a un grupo de personas que padecen de una condición similar. Haciendo referencia únicamente a esta pretensión de atención holística, sin intentar una definición como disciplina artística, se utiliza la expresión *Medicina como arte* en el contexto de esta investigación.

Partiendo de que el ser humano es muy complejo como para ser abordado únicamente a partir de leyes fisiológicas, y de que en el futuro será posible asistir a una mayor fragmentación y pérdida de dignidad derivada del imparable desarrollo tecnológico –que, por supuesto, también provee numerosas e innovadoras soluciones a las enfermedades-, reaparece la necesidad creciente de volver a concebir “la medicina como un arte” a la manera de Hipócrates, cuya técnica esté a su servicio y no sea el centro de su quehacer.

## 2. De la academia al contexto colombiano.

Configurando un escenario ajeno al debate que ha entrañado la definición de arte a lo largo de la historia, las academias de medicina insisten aún en que la labor que enseñan debe asemejarse más a esta disciplina. Si bien el propósito inicial puede ser el intento de permanecer fiel al enfoque holístico de Hipócrates, también se percibe un interés humanista en que los futuros médicos continúen imprimiéndole humanidad a su práctica clínica.

Ya sea a través de asignaturas específicas como Bioética o Historia de la medicina, o inmersas en otras áreas del plan de estudios como *Salud y sociedad*, *Medicina y sociedad*, *Introducción a la medicina* o *Medicina, historia y cultura*, las mallas curriculares de los futuros profesionales en todo el país, continúan dedicando significativas horas de estudio a introyectar una perspectiva clásica de la labor médica que valore a los pacientes en todas sus posibles dimensiones y que se incline a establecer una relación médico-paciente capaz de anteponer la dignidad humana ante cualquier presión del medio. En la Figura 1 pueden observarse fragmentos de los planes de estudio de diferentes Facultades de Medicina, que incluyen este tipo de asignaturas.

**Figura 1.**

*Asignaturas relacionadas con Historia y Bioética en mallas curriculares médicas actuales.*

CICLOS	SEMESTRE	1	7 y 8	Segundo Semestre																		
SEXTO NIVEL	CREDITOS	18																				
	BÁSICO FORMACIÓN HUMANISTA	CURSO	BIOÉTICA I																			
		CREDITOS	2																			
	BÁSICO DISCIPLINAR	CURSO	HUMANISMO, CULTURA Y VALORES																			
CREDITOS		2																				
SEXTO NIVEL	CURSO	PSICOLOGÍA																				
	CREDITOS	4																				
	CURSO	BIOQUÍMICA I																				
	CREDITOS	4																				
	CURSO	HISTORIA DE LA MEDICINA																				
	CREDITOS	1																				
	CURSO	PSICOLOGÍA																				
	CREDITOS	1																				
	CURSO	SALUD PÚBLICA I																				
	CREDITOS	4																				
SEXTO NIVEL	BÁSICO DISCIPLINAR	Materias		Créditos																		
		• Medicina interna III	6																			
		• Pediatría III	7																			
		• Especialidades y consulta externa	5																			
		• Ortopedia y traumatología I	4																			
		• Psiquiatría I	4																			
		• Ginecología y obstetricia I	4																			
		• Grupos y entornos III	1																			
		• Administración en salud I	3																			
		• Metodología de la investigación	1																			
• Epidemiología II	1																					
• Ética médica	1																					
• Sociobiología rural	2																					
• Ciencias políticas	2																					
	<b>Total:</b>	<b>41</b>																				
SEMESTRE 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema osteo-muscular – 6 cr</li> <li>• Sangre e inmunidad – 6 cr</li> <li>• Genética – 5 cr</li> <li>• Tecnologías en medicina: Diagnóstico – 2 cr</li> <li>• Medicina historia y cultura – 2 cr</li> </ul>																					
	SEMESTRE 7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pediatría Ambulatoria – 5 cr</li> <li>• Pediatría Hospitalaria – 5 cr</li> <li>• Medicina Familia y Poblacional – 5 cr</li> <li>• Razonamiento cuantitativo – 2 cr</li> <li>• Ética y profesionalismo: Dilemas éticos – 2 cr</li> </ul>																				
		Semestre 4	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Créditos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inglés IV (Virtual)</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Promoción y Prevención</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Bioética</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sistema Nervioso Central y Órganos de los Sentidos</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Semiología Paciente Sano (Rotación III)</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Farmacología Médica</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Investigación</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>					Créditos	Inglés IV (Virtual)	2	Promoción y Prevención	3	Bioética	2	Sistema Nervioso Central y Órganos de los Sentidos	5	Semiología Paciente Sano (Rotación III)	3	Farmacología Médica	6	Investigación	2
				Créditos																		
			Inglés IV (Virtual)	2																		
			Promoción y Prevención	3																		
			Bioética	2																		
Sistema Nervioso Central y Órganos de los Sentidos			5																			
Semiología Paciente Sano (Rotación III)	3																					
Farmacología Médica	6																					
Investigación	2																					

*Nota.* Imagen construida a partir de extractos de los planes de estudio de las Facultades de Medicina de la ciudad de Medellín, tomados de la página web de cada universidad (2023). De izquierda a derecha: Universidad de Antioquia, Universidad Bolivariana, Universidad CES, Corporación Universitaria Remington, Universidad EIA, Universidad Cooperativa de Colombia. Elaboración propia.

En otras áreas académicas relacionadas con el abordaje específico de las diferentes patologías, se insiste también en la necesidad de realizar ejercicios semiológicos profundos en los cuales, a través de un interrogatorio exhaustivo y de un riguroso examen físico, se llegue a un diagnóstico presuntivo preciso, para luego establecer un tratamiento efectivo. Preguntarle al paciente dónde le duele, de qué forma, desde cuándo, con qué intensidad, hacia dónde se irradia, qué otro síntoma presenta, qué lo mejora o qué lo empeora, para elaborar un razonamiento causal que luego pueda corroborarse a través de diferentes signos físicos, es un ejercicio básico mínimo, cuyo rigor toma un tiempo y un esfuerzo razonable, que jamás deberían ser negociables.

A partir del reconocimiento de que existen habilidades fundamentales en la asistencia médica, que poco tienen que ver con el dominio del conocimiento técnico y científico, aparecen las “humanidades médicas”, que, de la mano de la ética, buscan aumentar el entendimiento entre el médico y el paciente, al recordar que existe “una persona visible detrás de la enfermedad” (Sánchez Martín, 2014, p. 188). Mejorar la comunicación, la empatía, la práctica reflexiva y el interés por el contexto social y cultural, son propósitos y esfuerzos de este campo que reivindica tales habilidades y trabaja para que sean incorporadas en los diferentes procesos de formación, insistiendo en su capacidad para agregar valor, sin reñir, necesariamente, con los demás contenidos académicos (Sánchez Martín, 2014, p. 192).

Existe, inclusive, una “visión integrada” de las humanidades médicas que propone un entrelazamiento del concepto científico de enfermedad con la experiencia propia del paciente, indicando que, como formas de comprensión, ambas componen las dos caras de una misma moneda, por lo que educar y atender un único frente, trunca el alcance de la medicina y la despoja de su sentido (Ahlzén, 2007, p. 391).

Es por esta razón que se percibe un fuerte contraste al tener ocasión de confrontar las condiciones ideales del acto médico estudiadas en la academia, frente a las circunstancias reales en las que se desarrolla el oficio de la medicina en las instituciones colombianas, dentro y fuera del sistema de salud.

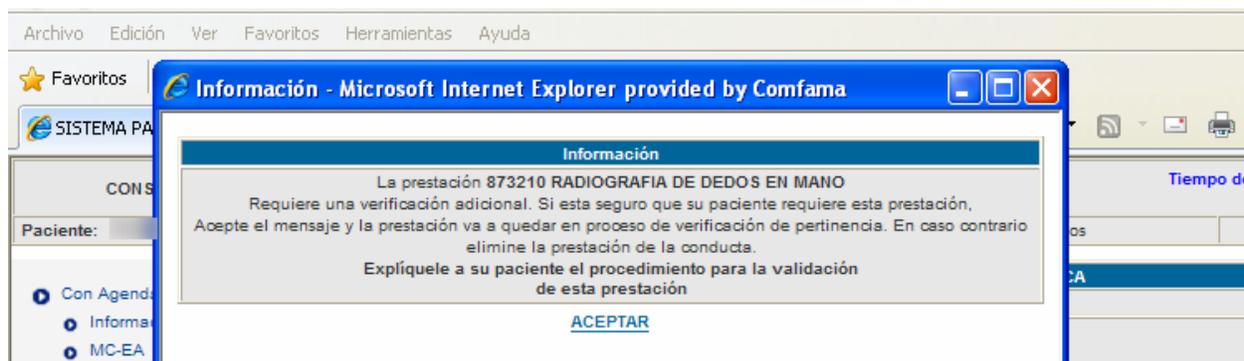
La primera condición que imposibilita la concepción de la “medicina como arte” en la actualidad, es la restricción temporal para su ejercicio. En Colombia, la Resolución 5261 de 1994 determinó, en su artículo 97, que la consulta médica general “no debe ser menor de veinte minutos” (Minsalud, 1994, p. 118). Esto llevó a que, convenientemente, las instituciones, tanto públicas como privadas, acordaran que tampoco debería ser mayor a ese corto intervalo de tiempo, lo que

configuró la primera gran contradicción entre el ejercicio médico humanizado y la búsqueda de rentabilidad a través de la prestación de los servicios de salud, que se hace patente en la presión de usar el tiempo de forma efectiva, atendiendo como mínimo a tres pacientes por hora y a treinta por jornada laboral.

Como si esto fuera poco, se han hecho evidentes las múltiples restricciones que imponen las EPS a los profesionales de salud a la hora de prescribir tratamientos, exámenes diagnósticos y complementarios, procedimientos y evaluaciones por especialistas. Una publicación de la *Revista Semana* reveló en 2014 la forma en la cual varias entidades utilizaban los recursos electrónicos de forma periódica para advertir a los profesionales de los gastos que generaban con sus prescripciones a los pacientes. En ella se mostraron evidencias digitales de cómo los *softwares* de historias clínicas se utilizaban regularmente para coartar el criterio médico al anunciar que un medicamento, examen o interconsulta debía ser aprobado por un nivel superior, e impidiendo otras órdenes sucesivas al tener prescripciones negadas o pendientes por aprobación (“Así controlan las instituciones y empresas de salud a los médicos,” 2014), como se observa en la Figura 2.

**Figura 2.**

*Imagen de pantalla de un software médico que impide el ordenamiento de rayos x.*



*Nota.* La imagen corresponde a una captura de pantalla de un software de historias clínicas que avisa que no es posible ordenar un examen de imagen básico sin la revisión de su pertinencia por otro profesional. Tomado de Así controlan las instituciones y empresas de salud a los médicos. (2014, 25 noviembre). *Revista Semana*. <https://www.semana.com/nacion/articulo/las-eps-controlan-los-medicos-con-polemicos-metodos/409528-3/>

Tras el artículo, la *Supersalud* emitió un comunicado a la opinión pública en el que anunció que requirió a las EPS mencionadas en el mismo, para que le informaran qué acciones estaban ejerciendo para eliminar las barreras de acceso de los pacientes a los diferentes servicios (2014). Sin embargo, en un reportaje de seguimiento de la misma revista en 2015, se indicó que, por lo menos en el caso de una de ellas, continuaban presentándose iguales restricciones. Esta vez, las evidencias presentadas corresponden a imágenes digitales de una página institucional en la que se valida la pertinencia de todas las prescripciones y se justifica la razón de su negación al recomendar cursos de acción alternativos, tales como ordenar exámenes diferentes o solicitar la evaluación de la pertinencia de una remisión a especialista por un *staff* de la institución (“Las trabas que sigue poniendo EPS Sura a médicos y pacientes”, 2015).

A estas restricciones, delimitadas habitualmente por las herramientas tecnológicas, se suma toda una suerte de directrices a los profesionales de salud, que son comunicadas de forma oral o escrita y a través de mensajes formales e informales, con la presunción de medir la pertinencia de los ordenamientos médicos, pero que tienen como fin último reducir los costos de la atención. A partir de las evidencias reunidas en el curso de esta investigación-creación, se tiene noticia de sugerencias respetuosas de parte de auditores y directores médicos, para que los profesionales disminuyan la prescripción de ciertas conductas; así como de estrategias solapadas en las que se instauran “días clínicos” en los que no es posible ordenamiento alguno, hasta llegar a prohibiciones directas en las cuales se amenaza al profesional con afectar su evaluación de desempeño en caso de no acatarlas.

El algoritmo de manejo es uno de los argumentos más socorridos por las instituciones para insistir en la pertinencia del “uso racional” de los recursos. Se trata de enfoques de las patologías, predefinidos por las instituciones, en los cuáles se debe encajar a todos los pacientes con el fin de que su tratamiento sea costo-efectivo para el sistema y por supuesto para la entidad. Por ejemplo, frente a un paciente con enfermedad ácido-péptica, mejor conocida como gastritis, siempre que no se manifiesten signos de alarma, la recomendación inicial del algoritmo construido puede ser un medicamento que disminuya o contrarreste la secreción de ácido gástrico, además de una larga lista de prohibiciones de tipo alimentario que llegan a ser muy difíciles de seguir. Y al no obtener mejoría, el paciente puede tener que esperar seis meses más para obtener un tratamiento alternativo o un examen diagnóstico, tal como una endoscopia digestiva.

Si bien este enfoque llega a ser efectivo en un buen número de pacientes, al mismo tiempo, resulta insuficiente para quienes no mejoran y además tienen que esperar para recibir finalmente como diagnóstico un cáncer de estómago avanzado, principal causa de muerte por cáncer en Colombia durante 2018, debido, en parte, a lo tardío de su detección (Oliveros et al., 2019).

A partir de la Ley 1438 de 2011, que introdujo una de las múltiples reformas al sistema de salud instaurado en 1993, se definió la necesidad de que “la autoridad competente en coordinación con los profesionales de la salud, las sociedades científicas, los colegios de profesionales y las facultades de salud”, desarrollaran las guías médicas relacionadas con los planes de beneficios que administran las EPS (Presidencia de la República, 2011, p. 34). De esta forma, se estableció la obligación de que todas las instituciones adopten las Guías de la práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social, o, de no estar disponibles para ciertas patologías, construyan unas propias que garanticen el seguimiento a las recomendaciones de la mejor evidencia científica disponible. Es así como, de forma general, se pretende aportar directrices que acoten y contextualicen el volumen creciente de información científica, pero con el objetivo explícito de mejorar la calidad en la prestación de los servicios a través de la disminución de la “variabilidad clínica” (Minsalud, 2020), es decir, mediante la estandarización del manejo de las patologías.

Pero la “variabilidad” en el acto médico termina siendo muy difícil de erradicar. Existen tantos motivos de consulta como pacientes, y cada uno de ellos tiene una forma particular de definir y experimentar su enfermedad. Algunos “casos” -para seguir con la lógica del sistema-, pueden ser mucho más frecuentes y sencillos de abordar, como los que corresponden a un resfriado común o a una gastroenteritis viral. Pero aparecen muchos otros de mayor complejidad, como los que asisten a la consulta manifestando síntomas imprecisos que no logran describir claramente, o bien, tienen inquietudes sencillas que terminan llevando a situaciones graves ante la incertidumbre que les genera. Y puede haber un buen número de personas que experimenta como una enfermedad física la dificultad que entraña sobrellevar emociones tales como el miedo, la tristeza, la ira, la desesperanza y los duelos sin resolver. A cualquier médico que haya incorporado la visión integral legada por Hipócrates y difundida en la academia, debería tomarle más de 20 minutos atender a este tipo de pacientes, cuya resolución sobrepasa, de lejos, el alcance de un algoritmo de manejo que pretende paliar con medicamentos ciertos problemas –como la gastritis-, que van mucho más allá de eso.

No es la intención de este análisis poner en duda la necesidad de contar con un sistema de salud costo-eficiente, sobre todo, teniendo en cuenta las características del modelo de aseguramiento instaurado hace 30 años, pero sí se pretende establecer el conflicto de intereses éticos que puede llegar a entrañar el desarrollo de la labor médica en un contexto que lleva hasta el extremo la defensa de los recursos económicos por sobre el cuidado de la salud que, se supone, es el objeto de su existencia. En esta realidad, lo que un paciente recibe como plan de manejo, puede no ser lo que su médico considera que necesita, si no lo que la institución para la cual labora le permite ordenar. Y esto no solo afecta al paciente, también termina por cercenar el criterio y la razón de ser del médico.

Una consideración aparte merece el análisis del papel que ha tenido la herramienta tecnológica que atraviesa el acto médico en la forma de la historia clínica electrónica. Con la Resolución 1995 de 1999 se le exigió, tanto a instituciones como a particulares, el comenzar a adoptar procesos de registro electrónico de historias clínicas que dejaran en el pasado manuscritos físicos ilegibles, desordenados e incompletos (Minsalud, 1999). Pero, además, hay un requerimiento reciente que va más allá y espera que todas las entidades del territorio nacional tengan programas interoperables que les permitan compartir los datos de cualquier paciente en un momento dado, sin importar en qué lugar del país se le esté atendiendo (Presidencia de la República, 2020).

Es probable que todos los propósitos de emplear la tecnología dentro del acto médico pasen por prestar un servicio mejor y más eficiente, incluyendo mayores facilidades al momento de registrar todas las acciones derivadas de la atención a los pacientes, ya sea con fines médicos o administrativos. Pero en algún punto, entre el paso del papel a la máquina, el empleo del recurso tecnológico se convirtió en el procedimiento protagónico en la relación médico-paciente, desplazando la interacción a unos pocos minutos en los cuales se realiza un examen físico mínimo y somero, del que a veces no se explican las conductas resultantes. La atención del médico está puesta en la máquina, sus ojos se enfocan en ella y será allí donde encuentre las directrices últimas que regirán lo que puede hacerse o no con el ser humano que espera la resolución de su consulta, ya que fueron establecidas previamente por los auditores que vigilan con detalle el gasto de la institución. Los softwares de historias clínicas terminan por utilizarse también para negar servicios, ya sea porque habilitan sólo la posibilidad de ordenar ciertas cosas, envían alertas

constantes de que ya se rebasó el presupuesto para el mes, o de plano, no funcionan, haciendo inviable cualquier prescripción.

Ante este panorama y aunque supera el alcance de este trabajo, cabría preguntarse por el papel de los profesionales actuales en un mundo en el que la Inteligencia Artificial (IA) gana cada vez más terreno. En un contexto en el cual prima la búsqueda de mayor eficiencia en el uso del tiempo y del gasto de recursos, en el que se “encajan” los cuadros clínicos en algoritmos capaces de reducir la variabilidad en el tratamiento de los pacientes y en el que los profesionales, cada vez más acorralados para defender su criterio profesional, ya no miran a las personas frente a ellos y prescriben únicamente lo que las instituciones les permiten; la perspectiva de que sea la máquina la encargada de resolver los problemas de salud de la población en un futuro cercano, no suena nada descabellada.

Comienzan, inclusive, a aparecer estudios en los cuales los pacientes manifiestan haber sentido mayor empatía en su interacción con la IA -ChatGPT- que ante la respuesta de su médico al realizarle una misma consulta (Ayers et al., 2023). Pareciera que las condiciones están dadas para que, en algún momento no tan distante, el médico colombiano vea aún más reducida su labor frente al paciente, al convertirse en un mero técnico capaz de traducir un dictamen tecnológico de la IA, a la prescripción previamente acordada con la entidad para la cual labora. Veremos entonces si el conflicto, objeto de este análisis, persiste o se transforma, a la par que lo harán las condiciones y el tiempo disponible para la atención de los pacientes.

### **3. La creación literaria como oposición.**

La oportunidad de detenerse para tratar de entender las vivencias como médico al interior del sistema de salud colombiano, en un momento en el que ya no se forma parte de él, ha originado, en el curso de esta investigación-creación, el surgimiento de reflexiones liberadoras en torno a un ejercicio condicionado por múltiples factores que nada tienen que ver con su vocación original de servicio. En retrospectiva, la capacidad de recordar y revivir la presión constante, la frustración y la decepción de ese entonces, sumadas al conflicto permanente entre los principios éticos propios como profesional y los ideales institucionales eminentemente económicos, se convirtieron en combustible valioso para la construcción de ejercicios creativos mediados por herramientas digitales. En este apartado se entretrejen dichas reflexiones con obras e ideas de artistas, que, en el pasado, han puesto el foco sobre problemas relacionados.

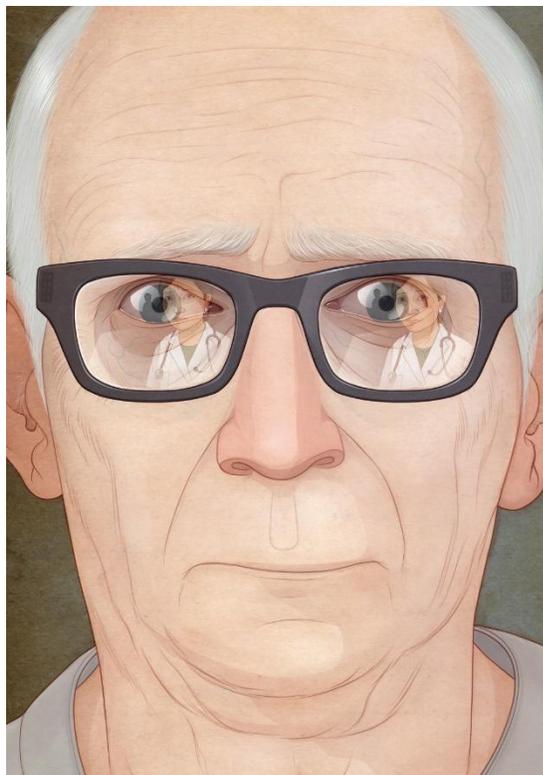
Como propósito general de las creaciones llevadas a cabo durante el trabajo, se planteó, desde el inicio, la necesidad de reflejar el desesperanzador panorama clínico a través de la percepción de los mismos profesionales de salud, pero a la manera en que lo hace el ilustrador inglés Richard Wilkinson en sus imágenes para el artículo de la revista *Intelligent Life* sobre “Cómo dar malas noticias” –la muerte de un ser querido o el diagnóstico de una enfermedad terminal- (2015). Su intención, a través de varias ilustraciones digitales, como la de la Figura 3, fue la de lograr la empatía del lector al mostrarle cómo sufren ambas partes de esa interlocución, indicando que, para el profesional que entrega tales mensajes, no llega a ser una labor sencilla, como tampoco lo es, necesariamente, el negarles a sus pacientes, reiterativamente, los servicios a que tienen derecho al interior del sistema de salud.

Otro referente recurrente durante el curso de la investigación-creación, fue la figura de Sísifo, analizada por Albert Camus en su obra publicada en 1942. En *El Mito de Sísifo*, Camus se pregunta por el sentido de la vida a la luz del personaje griego, relacionando el absurdo con su castigo eterno, cuyas características bien podrían describir el rol actual de los profesionales de la salud:

Los dioses condenaron a Sísifo a empujar eternamente una roca hasta lo alto de una montaña, desde donde la piedra volvía a caer por su propio peso. Pensaron, con cierta razón, que no hay castigo más terrible que el trabajo inútil y sin esperanza (Camus, 2021, p. 129).

**Figura 3.**

*Ilustración de Richard Wilkinson para Intelligent Life Magazine.*



*Nota.* Tomado de Wilkinson, R. (2015). *Breaking bad news* [Ilustración]. <https://richard-wilkinson.com/mainsite/portfolio/breakingbadnews/>

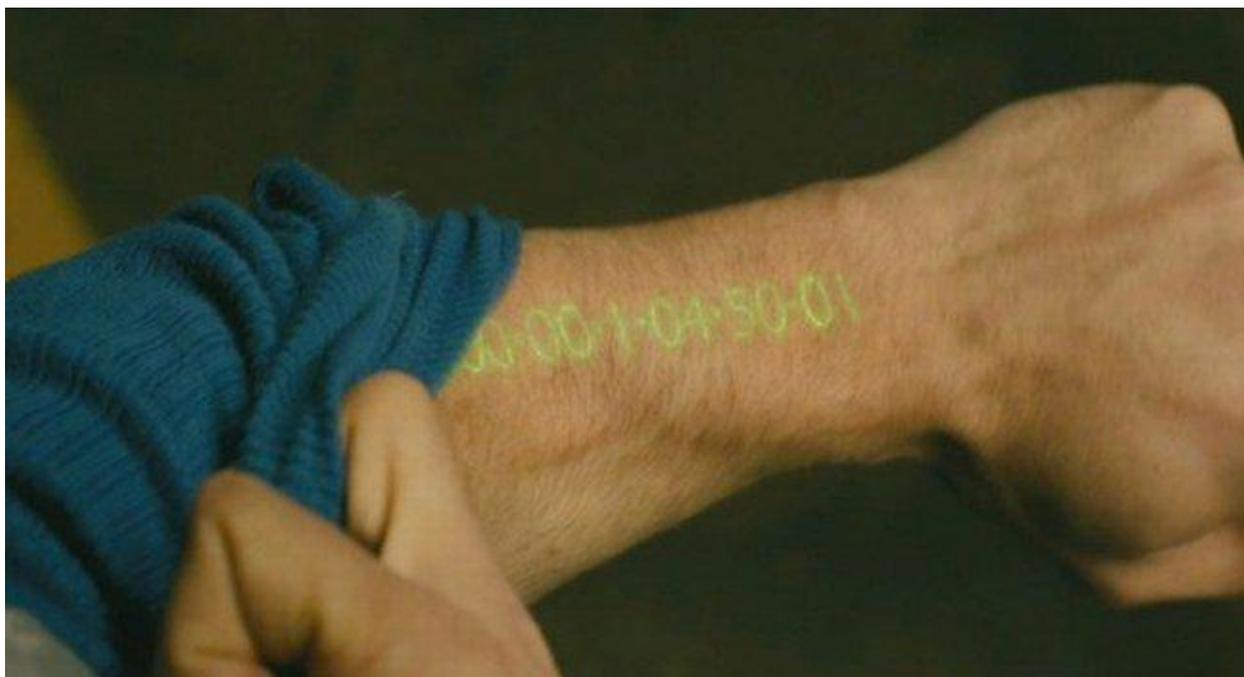
El médico colombiano es un *Sísifo* atrapado en el sinsentido de una labor que desempeña sin esperanza y a toda velocidad, sin hacer diferencia en el mundo. Cada día deja rodar la piedra 30 veces –un paciente cada vez- para volverla a arrastrar cuesta arriba sin haberla apenas afectado. La del médico es la desesperanza hecha labor, -tan insatisfactoria y frustrante como repetitiva y absurda-, pero, además, se encuentra enmarcada en la premura de un tiempo cronológico que amenaza con aplastarlo porque no le alcanza.

Pero este *Sísifo Médico*, distante y desapasionado en su ejercicio profesional, recuerda, además, a los personajes de *Momo*, la historia de Michael Ende (2016), quienes, ansiosos por aprovechar cada instante de su vida, bajo la influencia de los ladrones - o villanos- del tiempo, que supieron moldear sus intereses, terminaron por perder la pasión y la alegría con la cual llevaban a cabo hasta la más simple de sus tareas. Mientras tanto, los hombres grises, tanto los reales como los que pertenecen al relato en cuestión, suelen reunirse en sus salas de juntas para seguir evaluando “nuevas e insospechadas oportunidades de ahorrar tiempo” que incrementen las ganancias de su “caja de ahorros” (Ende, 2016, p. 161).

La obsesión por el valor del tiempo cronológico, ya de por sí problemática dentro del ejercicio médico, está tan presente en otros escenarios sociales, que parece ser la única medida de todas las cosas, precisamente porque jamás es suficiente. La premisa de que “el tiempo es dinero”, en tanto permita producir o consumir, es el argumento exacto de la película *In time* de Andrew Niccol (2011), en la cual, los personajes de un mundo distópico tienen como moneda de intercambio el tiempo que les queda de vida, lo que los lleva, tal y como ocurre con el dinero, a estratificarse de acuerdo con la cantidad que poseen y a ser obligados, los de menores posibilidades, a contribuir con la ganancia de quienes más tienen. En la cinta, la forma en la cual los personajes miran con angustia el conteo regresivo e inexorable de sus antebrazos resulta muy similar a la mirada insistente al reloj de pulso que marca los *20 minutos* -o menos- de la consulta médica, como se aprecia en la Figura 4.

**Figura 4.**

*Fotograma de la película In time.*



*Nota.* Tomado de Niccol, A. (director). (2011). *In time* [película]. Regency Enterprises.

En la búsqueda de una visión que escape a la racionalidad superficial y tiránica del cronómetro, aparecen perspectivas alternativas en las que el tiempo puede experimentarse a otro ritmo. Una de ellas es la pintura de Dalí titulada *La persistencia de la memoria*, en cuya imagen

se ha analizado una visión del tiempo que se aleja de la lógica racional -característica fundamental del surrealismo-, y que distorsiona la realidad para acercarse a significados subconscientes (Cunha, 2022). El tiempo transcurre distinto en un reloj que se derrite o quizás no transcurra en absoluto: si se lograra entablar una interacción significativa, aunque fuera breve, la presión del tic-tac acaso desapareciera, porque su valor tendría otra medida más trascendental que las horas, los minutos o los segundos: se apreciaría en términos de empatía, de comunicación, de comprensión. Y da igual si se habla de lo que ocurre dentro de un consultorio médico o en cualquier otra circunstancia de la vida.

En consonancia con esta visión, se encuentra también la perspectiva de Bergson (1957). Para este filósofo francés, el concepto del tiempo -en la forma cronológica que se le ha asignado-, no da cuenta de lo fundamental que acontece en la vida mientras éste pasa, por lo que convendría mejor hablar de *la duración*; una noción que estima las experiencias, cambios y dudas que transcurren y se transforman en otra suerte de medida, ya menos numérica y más trascendental (Bergson, 1957). De acuerdo con este autor, el tiempo es la forma en que la inteligencia, a través de la ciencia, abarca la realidad en forma de fragmentos estáticos sucesivos que ubican al ser en el espacio, mientras que *la duración* describe una realidad que es dinámica, deviene, se mueve en diferentes direcciones, lleva en sí misma la coexistencia del presente y del pasado y sólo puede percibirse a través de la intuición (1957).

Este concepto podría aproximarse al ejercicio médico en la forma en que lo concebía Hipócrates hace veinticinco siglos: el desarrollo de un acto médico en el cual se reconoce a un paciente multidimensional inmerso en un contexto específico que lo afecta a distintos niveles. Se trataría, entonces, de algo más que una interacción en la que apenas alcanza para aplicar la fórmula en la cual un síntoma A es sinónimo de una enfermedad B que se debe tratar con un medicamento C.

En *la duración* de una consulta, el síntoma no sería sólo una preocupación actual -fragmentada- y por completo inconexa con el pasado y el futuro de ese paciente; se convertiría, por el contrario, en una manifestación más de la evolución lógica de una alteración no ubicada únicamente en un órgano determinado. El dolor epigástrico -o en la boca del estómago- no sería sólo un mal a remediar en el presente; sería el resultado natural de un problema que sí ocurre en el estómago, pero que se halla directamente relacionado, además, con una dificultad para gestionar ciertas emociones, sumado a hábitos de alimentación favorecedores del aumento de la secreción

de ácido gástrico. En ese orden de ideas, la aproximación terapéutica tampoco se fragmentaría al ofrecer solamente un medicamento que mitigue los síntomas actuales, porque se nutriría de múltiples recomendaciones no farmacológicas que propendan verdaderamente por cortar la evolución natural de la patología que lleva a la úlcera y al cáncer gástrico. Es más, *la duración* alcanzaría hasta para evaluar y determinar lo que ese síntoma o enfermedad representa para el paciente y los factores que van a contribuir a que se adhiera o no, a las recomendaciones dadas. ¿Es utópico? Por supuesto, pero sin duda, tendría mucho mayor impacto que una fórmula de Omeprazol.

En la exploración de referentes digitales relacionados con las dificultades inherentes al sistema de salud, se contó también con el documental colombiano *Paciente* (Caballero, 2015), que da origen al producto transmedial del mismo nombre, compuesto por un juego y un libro, los cuales presentan de forma muy cruda y directa las percepciones de múltiples pacientes en relación con las barreras de acceso y a las injusticias de que son objeto cotidianamente. El tinte irónico de la creación digital, catalogada en su ficha técnica como “juego serio” (Caballero et al., 2016), resultó muy llamativo y útil en el propósito específico de materializar una producción similar, pero esta vez dando voz a los médicos y a su parte de sufrimiento ante el sistema. En la Figura 5 puede apreciarse un fragmento de uno de los cursos que toma el juego en mención.

El tono directo e incisivo encontrado en el curso de esta investigación-creación, tomó forma también, debido al deseo de poner a la vez en palabras e imágenes, la inconformidad y el conflicto de los profesionales de salud. Una forma efectiva de unir ambos recursos fue a través de los caligramas, que tuvieron como su más reconocido exponente al poeta francés Apollinaire, responsable de acuñar el término gracias a la unión de las palabras caligrafía e ideograma, pero también de definirlo como “el acto de escribir con belleza” (2014, p. 9). Aunque, más allá del sentido estético, la pretensión de las construcciones propias fue la de ser explícitas, tanto en la parte gráfica como en la unidad semántica a la manera de este autor, como puede verse en la Figura 6.

**Figura 5.**

*Fragmento del juego Impaciente.*



A partir de la elaboración de caligramas y expandiendo las posibilidades de interacción entre el texto y otros medios expresivos, se consolidó la idea de la escritura literaria como un producto de expresión capaz de dar a entender los resultados de las reflexiones que originaron y acompañaron el tema objeto de esta investigación-creación. En ese sentido, se exploraron múltiples referentes de ciberliteratura a través del trabajo llevado a cabo por la Organización de Literatura electrónica, que recopilara en tres oportunidades y a lo largo de una década, las creaciones de diversos artistas alrededor del mundo (Electronic Literature Organization, 2016).

De tales exploraciones, surgió el proyecto de un producto interactivo digital capaz de simular la experiencia de la consulta médica interrumpida por múltiples presiones, la más importante de las cuales sería un tiempo límite para resolverlas. Mientras que, del contraste entre los aportes de los poetas digitales, con la forma de presentar sus creaciones, nació la idea de tomar los elementos distintivos y comunes de los programas de historia clínica electrónica, para incorporarlos como elementos estéticos característicos de la creación que se llevaría a cabo.

Finalmente, se determinó la escritura de varios relatos literarios electrónicos dispuestos a la manera de *Rayuela* (Cortázar, 2006), pero conectados a través de un hipertexto capaz de enlazar a sus personajes, quienes encarnan las vivencias derivadas de las restricciones institucionales que las entidades parecen determinar, a sabiendas de que exterminan la vocación de los profesionales. La narración se compone de varios textos que articulan un solo entramado en el que los actores, inmersos en las experiencias desatadas por las restricciones y contradicciones éticas de una labor transformada por el entorno, intentarán mostrarle al lector lo poco que trasciende de sus historias al convertirse en interacciones médicas en el marco de la atención actual, a la par que lo invitan a transgredir esa misma dictadura del tiempo, al no seguir una estructura lineal de lectura.

El resultado, entonces, es un ejercicio creativo en cual se intentó alterar el orden tradicional en que se cuenta una historia –propósito compartido con Cortázar-, pero utilizando las posibilidades propias y únicas del entorno digital, que son precisamente las que marcan la diferencia frente a la palabra escrita en papel (Flores, 2016), y que llevan a que uno de los productos de la investigación corresponda, por definición, a una creación de literatura electrónica.

#### **4. Métodos y productos: Creación como reflexión.**

Para el desarrollo del trabajo se adoptó un enfoque cualitativo basado en el método de investigación-creación, definido por García Ríos como una forma de investigación “emergente”

que se ejecuta por medio de prácticas creativas (*a través, basadas o en las artes*), las cuales, además de constituir el soporte metodológico del trabajo, pueden convertirse en el producto más importante de la investigación, puesto que en ellas confluyen la reflexión y la creación, de forma tal que, esta última, llega a nutrir el aporte teórico y viceversa (2021, p.35).

En algunas etapas del proceso, se intentó, además, seguir las recomendaciones de Quiroga Branda en lo que respecta a tratar de abandonar el afán racionalizador que ordena la realidad de una forma rígida y predecible, o que trata de encajarla en una dimensión objetiva que permite su validación posterior por una autoridad científica, para poder centrar la atención en la “potencia creativa” que se nutre de motivaciones y energías, y así, eventualmente, conducir a resultados innovadores (2017, p.80).

Al provenir de un campo disciplinar en el cual los estudios son primordialmente de tipo cuantitativo y se nutren aún de los fundamentos del método científico para configurar una entidad canónica llamada *Medicina basada en la evidencia*, ambos autores fueron cruciales para posibilitar el entendimiento de otra manera de investigar, diametralmente opuesta a la ya conocida en la formación previa.

A continuación, se describen todas las actividades de indagación, prácticas creativas y resultados obtenidos durante los ejercicios de exploración llevados a cabo en el marco de una búsqueda poética propia, en torno a un tema de naturaleza médica. Para ello, se presentan las entrevistas y ejercicios de recolección y análisis de datos realizados y se presentan las creaciones que materializan las relaciones establecidas en la forma de objetos escultóricos, instalaciones y puestas en escena. Para concluir, se explican diversas rutas exploradas en entornos digitales para llevar estas reflexiones a experiencias multimediales. Cada uno de los soportes y archivos mencionados, puede ser consultado en los anexos del trabajo que fueron entregados de manera conjunta.

#### **4.1. Base de datos de evidencias de directrices restrictivas (Anexo 1).**

El paso por diferentes escenarios de práctica médica a través de los años permitió la recolección de múltiples evidencias de directrices restrictivas arbitrarias y contrarias a los principios éticos de formación académica. Estas evidencias, en su mayoría capturas de pantalla de *software* médico, mensajes de chat y correos electrónicos, configuraron un punto de partida para el proceso, con cuyo análisis se buscó ilustrar de forma práctica, la contradicción que motivó

la realización de este trabajo. En la Figura 7 se puede apreciar la primera de las imágenes analizadas, que consiste en la página de inicio del software médico de una EPS, que anuncia, con cifras en rojo, que ya se rebasó el presupuesto disponible para el ordenamiento de exámenes y otros servicios a los pacientes.

### Figura 7.

*Imagen de evidencia propia de directriz restrictiva, codificada para el trabajo.*

*Pantallazo de software Ciklos: presupuesto superado con cifras en rojo (B1).*

The screenshot shows the Ciklos medical software interface. At the top, there is a navigation menu with options like 'Archivo', 'Agenda de Servicios', 'Autorizaciones', 'Historia Clínica', 'Afiliados', 'Rips', 'Gestión del riesgo', 'Recobros', and 'Atención No Programada'. Below this, there is a section for 'Centro Atención' with a dropdown menu set to 'Ube Coomeva Emigado (Hmua)'. To the right, user information is displayed, including the date '27/02/2013 14:29:49', the user name 'Natalia Eugenia Arroyave Mesa', and their identification number 'CC - 43185632'. Below the user information, there is a table titled 'Su presupuesto en el centro actual a la fecha (26-02-2013)'. The table has four columns: 'Servicio', 'Presupuesto', 'Gasto', and 'Indicador Presupuesto'. The 'Gasto' column contains red text indicating that the budget has been exceeded for several services. At the bottom of the page, there is a footer with the copyright notice '© 2003 Ciklos.com.co. Todos los Derechos Reservados' and the system tray showing the time '02:29 p.m.' and date '27/02/2013'.

Servicio	Presupuesto	Gasto	Indicador Presupuesto
Ultrasonografía Diagnostica Pos	\$0	\$741.625	Ha superado el presupuesto asignado
Laboratorio Clínico Pos	\$0	\$1.618.902	Ha superado el presupuesto asignado
Radiología General Pos	\$0	\$1.226.284	Ha superado el presupuesto asignado
Capitacion Medicamentos	\$0	\$1.068.496	Ha superado el presupuesto asignado
Procedimientos Diagnosticos Cardiacos Y Vasculares Pos	\$0	\$202.800	Ha superado el presupuesto asignado
Psicología Pos	\$0	\$26.500	Ha superado el presupuesto asignado
Procedimientos Anatomopatologicos Pos	\$0	\$12.160	Ha superado el presupuesto asignado
<b>Total Presupuesto:</b>	<b>\$0</b>	<b>\$4.898.767</b>	

*Nota.* Corresponde a la captura de pantalla tomada del *software* de historias clínicas de una EPS, en la cual se le informa al médico el total de los costos de los servicios ordenados a los pacientes, escritos en color rojo para indicar que ya se superaron los presupuestos. Material propio.

A partir de 43 documentos propios en los cuales fue posible identificar por lo menos una directriz que coartaba el criterio médico, y de 15 más, disponibles en internet -gracias a un par de investigaciones de la *Revista Semana* (2014 y 2015)-, se inició la construcción de un archivo de *Excel*. En este documento se describió y codificó el material inicial de forma alfanumérica y se generaron varias categorías que permitieron clasificar la información para caracterizar la institución de origen, la fecha, la procedencia administrativa de la recomendación, la implicación del *software* médico como instrumento restrictivo, el tipo de restricción, la asociación o no a una

medida coercitiva o sancionatoria, y la relación con una barrera de acceso a los servicios de salud para el paciente y con una limitación para el ejercicio profesional para el médico. En esta última categoría, se asignó, además, un puntaje entre 1 y 5, buscando calificar el grado de limitación al criterio profesional. En la Figura 8 se puede apreciar una de estas evidencias disponibles en línea, que consiste en un mensaje de correo electrónico enviado por un auditor -al parecer, a algunas personas líderes de procesos de atención-, para informar sobre el establecimiento de un calendario de fechas en las que los médicos no deberían ordenar ayudas diagnósticas a sus pacientes.

### Figura 8.

*Imagen de evidencia de directriz restrictiva disponible en internet, ya codificada para el trabajo.*

*Pantallazo de mensaje de correo electrónico que establece los "días clínicos" (A3).*

De: Auditoría .  
 Fecha: 4 de noviembre de 2014, 8:17  
 Asunto: Cronograma días clínicos Noviembre  
 Para:

Muy buenos días para todos, cordial saludo.

A continuación adjunto cronograma para la realización del "Día clínico" en cada una de las sedes.

En reunión con Gerencia se acordó que de acá a final de año, se implementen dos días a la semana en donde prime el acto médico por encima de las ayudas paraclínicas, restringiendo estas a los casos eminentemente urgentes y/o prioritarios. En estos días no deberán generarse órdenes de rutina, control o diagnóstico si la condición clínica es estable y puede dar espera. Naturalmente no aplica para maternas o sospechas oncológicas. Durante el día de hoy deben hacer el despliegue para empezar desde mañana mismo con la actividad, se hará seguimiento al comportamiento de los presupuestos en dichos días.

En el transcurso del día, por favor los DM me envían un correo con copia al Dr. Diego y al Dr. Mauricio donde nos informen sobre la sensibilización y las apreciaciones del personal Médico.

Atento,  
 Feliz día.

**Auditor Médico**  
**CEMEV IPS**

*Nota.* Corresponde a una captura de pantalla que establece dos días de la semana en los cuales los médicos no deben ordenar procedimientos diagnósticos. Tomado de Así controlan las instituciones y empresas de salud a los médicos. (2014, 25 noviembre). *Revista Semana*. <https://www.semana.com/nacion/articulo/las-eps-controlan-los-medicos-con-polemicos-metodos/409528-3/>

Posteriormente, esta base de datos se nutrió con todas las menciones de dificultades descritas por los médicos entrevistados con ocasión de este trabajo y que, de acuerdo con el contexto, pudieron identificarse también como restricciones a su labor profesional. A

continuación, se puede apreciar en la Figura 9 el extracto de una de las entrevistas catalogada y codificada para nutrir la base de datos.

### Figura 9.

*Extracto de una entrevista catalogada y codificada para el trabajo.*

P: ¿Qué otras restricciones ha sentido, o qué restricciones puntuales ha tenido, por ejemplo, con ese presupuesto? ¿Han sido restricciones directas de decirle “no mande”, “no ordene”? ¿O han sido otras estrategias más, digamos, solapadas, más ingeniosas: tratando de llevarla a que cada vez ordene menos exámenes, menos medicamentos, menos interconsultas con especialistas, pero, sin decirle que no lo haga?

R: No. Directamente ya lo hacen. A nosotros nos realizan unas auditorías cada mes y nos sacan el porcentaje de exámenes mandados sobre el total de pacientes atendidos- Por ejemplo, en el lugar donde yo trabajo, se tiene una meta de exámenes diagnósticos de 0.2, es decir, que, por cada jornada de trabajo mía -que son más o menos 21 pacientes-, solo a dos pacientes podría mandarle exámenes de laboratorio (D48). Es una cosa dramática porque yo no sé qué tipo de pacientes me van a llegar, ni con qué tipo de enfermedades, ni qué exámenes necesiten. Pero, pues, yo creo que prima la ética médica y siempre he tratado como de enviarle todo a los pacientes, lo que necesiten, así uno se desfase en esas auditorías. Y, por ejemplo, con las remisiones, en estos momentos están el 10%, y decimos solo, porque a veces van 10 pacientes que necesitan que los vea el cirujano: con hernias, con cálculos en la vesícula, con enfermedades que yo, como médica general, no puedo tratar (D49), entonces sí, es muy difícil trabajar así porque uno quiere estar a favor del paciente, pero también quiere conservar su trabajo, entonces sabe las consecuencias del paso a seguir y se hace el trabajo muy aburrido y muy estresante. Porque o el paciente se enoja porque tú no le mandaste algo o te va a ir mal en la auditoría (D56). Entonces siempre estamos como en ese vaivén.

*Nota.* Fragmento de entrevista realizada a una de las médicas, en la que menciona tres circunstancias diferentes que fueron codificadas y analizadas para nutrir la base de datos. Tomado de Henao, L.Y. (8 de abril de 2023). *Entrevista realizada por N. Arroyave* [Grabación]. 20 minutos: La creación frente al problema del tiempo en el ejercicio médico. Medellín, Colombia.

Durante esta primera etapa se pretendía, así mismo, incorporar el análisis de las limitaciones inmersas en las guías clínicas y algoritmos de manejo de las diferentes instituciones, sin embargo, dado que estos documentos se renuevan con frecuencia, que en la actualidad deben cumplir con los lineamientos nacionales -reuniendo la mejor evidencia disponible- (Presidencia de la República, 2011, p. 34), y que no se contó con registros más antiguos, en los cuales las prohibiciones en el ordenamiento de ciertos exámenes y procedimientos solían ser más explícitas, se incluyeron únicamente, los análisis de unas pocas restricciones aún evidentes, encontradas en las guías de manejo consultadas. Para esto, sin embargo, se llevó a cabo la revisión de los documentos correspondientes a, por lo menos, tres instituciones diferentes. También se incluyeron

algunas determinaciones relacionadas con las restricciones en mención, que se observaron en una página web de control de cambios del *software* de historias clínicas de una EPS. En la Figura 10 se presenta el extracto de una guía médica en la que se condiciona el envío de una ayuda diagnóstica después de tres meses de persistencia de los síntomas.

**Figura 10.**

*Extracto de la Guía clínica de una EPS codificada para el trabajo.*

*Extracto de la Guía de manejo de la enfermedad ácido péptica (C1).*

 FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA COMANDO GENERAL	<b>GUIA DE MANEJO DE ENFERMEDAD ACIDO-PEPTICA</b>	<b>CODIGO:</b> CGFM-PROSAMIL
	<b>SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO SGI</b>	<b>FECHA DE EMISION:</b> <b>VERSION:</b> 1 <b>PAGINA:</b> 1 de 7
<b>7. CLASIFICACION</b> Úlcera péptica: cuando se presenta erosión de la mucosa cuya profundidad alcanza las capas intermedias de la pared del estómago o duodeno y mide por lo menos 5 milímetros de diámetro).		
<b>8. TRATAMIENTO</b> Inicialmente empírico, puede utilizarse tratamiento antisecreto: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inhibidores de la bomba de protones (Omeprazol) Presentación Cápsulas 20 mg. Dosis 20 a 40 mg al día en ayunas por 4 a 6 semanas inicialmente.</li> <li>2) Anti-H2 (Ranitidina). Presentación Cápsulas 150 y 300 mg. Dosis 150 a 300 mg al día por 4 a 6 semanas inicialmente.</li> </ol> Adicionalmente: <ol style="list-style-type: none"> <li>3) Indicaciones dietarias</li> <li>4) Medidas anti- reflujo y/o corrección de hábitos tales como tabaquismo, ingesta de alcohol y medicamentos abrasivos.</li> <li>5) Antiácidos (Hidróxido de Aluminio y magnesio + simeticona) 10 ml. 1 y 3 horas luego de cada ingesta y al acostarse.</li> </ol> Luego de 4 a 6 semanas se evalúa el tratamiento inicial, si no hay mejoría entonces: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Si se sospecha trastorno de secreción ácida se dobla dosis de antisecreto por 4 semanas más.</li> <li>2) Si se sospecha dismotilidad se agregan Procinéticos por 4 semanas más ( Cisapride, Moxapride)</li> </ol> Si después del anterior tratamiento persiste la sintomatología, se indica Endoscopia de vías digestivas altas. En casos de presencia confirmada de Helicobacter pilory el tratamiento será: Claritromicina 500 mg C/12 horas + Amoxicilina 500 mg c/8 horas + Omeprazol 40 mg/día durante 15 días.		

*Nota.* Corresponde a un fragmento de la Guía de manejo de enfermedad ácido-péptica de una EPS, en la que se indica la realización de una endoscopia digestiva después de hasta 12 semanas de tener los síntomas que llevan a la consulta. Tomado de Dirección General de Sanidad Militar. (2010). *Guía de manejo de enfermedad ácido-péptica.* <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/entidad/dependencias/grupo-prestacion-operacion-servicios/guias-manejo/guias-manejo-2010-enfermedad-acido-peptica>

La principal dificultad durante el análisis del material fue la asignación del puntaje para determinar el grado de restricción al criterio médico manifiesta en cada una de las evidencias ajenas a la experiencia propia y obtenidas en el curso de la investigación-creación. Esto se debió, quizás, a que dicha revisión estuvo atravesada por la subjetividad natural que conlleva la evocación de recuerdos de experiencias similares.

En total, se documentaron, caracterizaron, codificaron y analizaron 129 evidencias, como puede verse en un fragmento de la base de datos correspondiente a la Figura 11. Parte de este material se utilizó en diferentes prácticas creativas (*Estamos para cuidarte y Sísifo Web*), así como en los relatos que conforman la creación de literatura digital titulada *Sísifo Relatos*. Tanto el cuadro completo correspondiente a la base de datos construida, como los diferentes archivos codificados incluidos en ella, forman parte del Anexo 1.

**Figura 11.**

*Fragmento de la base de datos de evidencias de directrices restrictivas.*

1	A	B	C	D	E	F	Restricción de servicios específicos										Restricciones concomitantes		Medidas coercitivas		Consecuencias de la restricción		U	V
							G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T				
2	Descripción del material	Código Material	Código fuente	Institución	Fecha	Origen de la conducta restrictiva	Software como instrumento restrictivo	Medicamentos	Exámenes de laboratorio	Exámenes de imagen	Procedimientos	Especialistas	Otros profesionales (nutrición, fisioterapia, psicología, etc.)	Restricción del ordenamiento en función de los prestadores o recurso	Prohibición de cometer la restricción o de dar informa	"Sugerencia" de conducta alternativa	Anuncio de seguimiento o control de la directriz	Anuncio de sanción en caso de incumplim	Barra de acceso o segregación de servicios al paciente	Restricción del criterio médico	Cualificación de la restricción al criterio médico (1 a 5)	Observaciones		
15	Pantallazo de software de auditoría en el que se determina la pertinencia de ordenamientos médicos y se niega uno de ellos.	A13	R2	Sura	Sin fecha	Audidores						X					X			X	X	5		
16	Pantallazo de software de auditoría en el que se determina la pertinencia de ordenamientos médicos y se niega uno de ellos.	A14	R2	Sura	Sin fecha	Audidores						X					X			X	X	5		
17	Pantallazo de software de auditoría en el que se determina la pertinencia de ordenamientos médicos y se niega uno de ellos.	A15	R2	IPS Confama-Sura	Sin fecha	Audidores						X					X			X	X	5		
18	Pantallazo de Software Cálculo presupuesto superado con cifras en rojo.	B1	RO	Coomeva	27/02/2013	Directivas	X	X	X	X	X		X				X			X	X	4		
19	Restricción de los tiempos de gestión.	B2	RO	Red Vital	10/09/2018	Dirección de la sede	X													X	X	4		
20	Restricción de los tiempos de gestión.	B3	RO	Red Vital	11/2018	Dirección de la sede	X													X	X	4		
21	Restricción de los tiempos de gestión.	B4	RO	Red Vital	11/2018	Dirección de la sede	X													X	X	4		
22	Restricción de los tiempos de gestión.	B5	RO	Red Vital	7/12/2018	Gerencia	X													X	X	4		
23	Directriz de solicitud de teleconcepto.	B6	RO	Red Vital	11/2018	Subdirección Médica						X					X			X	X	5		
24	Directriz de realización de evaluación.	B7	RO	Red Vital	1/08/2018	Subdirección Médica											X			X	X	3		
25	Directriz de realización de evaluación.	B8	RO	Red Vital	9/08/2018	Subdirección Médica											X			X	X	3		

*Nota.* Corresponde a un fragmento de la base de datos en la que puede verse la descripción de la evidencia restrictiva en la columna A, el código asignado para su análisis en la columna B, el código de acuerdo con la fuente consultada en la columna C, la institución y fecha en la que ocurrió cada una en las columnas D y E, el origen administrativo de la medida en la columna F y la caracterización dada en función de algunas otras condiciones descritas en la primera fila de las columnas G a U.

Al observar el resultado completo, se puede determinar que las evidencias analizadas tuvieron lugar en por lo menos 12 entidades de aseguramiento -EPS o cómo se le hayan llamado en diferentes momentos-, 7 instituciones prestadoras de servicios de salud y 2 entidades de naturaleza privada, con lo que es posible que este tipo de prácticas no correspondan a situaciones excepcionales de ciertos contextos médicos. En algunas de estas instituciones se señala como una dificultad manifiesta la limitación al tiempo de atención, tanto para resolver consultas médicas como para hacer efectivas las horas de gestión, que corresponden a los momentos laborales en los

cuales el médico debe dar respuesta a pendientes tales como la revisión de exámenes y la renovación de fórmulas, con la consiguiente utilización de los medios electrónicos para notificarle las conductas definidas a sus pacientes.

Las restricciones relacionadas con los recursos económicos que destina un médico a sus ordenamientos habituales llegan a ser todavía más generalizadas. En casi todas las instituciones incluidas en la base de datos, existe alguna suerte de presión para los profesionales en función de la superación de sus presupuestos asignados, ya sea en la forma de menciones respetuosas a la pertinencia de sus prescripciones hasta, directamente, terminaciones de contrato. Estas restricciones, dicho sea de paso, no varían en proporción y afectan por igual el ordenamiento de medicamentos, exámenes de laboratorio, exámenes de imagen y remisiones a especialistas.

Como se pudo concluir con el trabajo de las entrevistas que se describirá más adelante, la experiencia con directrices semejantes puede llegar a ser muy variable dependiendo del médico, de la institución en la que se impartieron y del momento del tiempo en el cual se presentaron. Teniendo en cuenta que se analizaron medidas implementadas desde 1994 hasta 2023, se tuvo ocasión de observar la misma transformación propuesta como reflexión personal previa. En el curso de menos de 10 años de ejercicio profesional propio, hubo una evolución importante en la forma en la cual se dieron tales medidas, consistiendo al principio en leves indirectas verbales a “cuidar los recursos”, pasando después a ser invitaciones insistentes por medios escritos, para desembocar en toda una suerte de estratagemas ideadas para complejizar la prescripción de cualquier examen o remisión, tales como diligenciar formatos, comentar todos los casos con un especialista que apruebe o rechace las órdenes, o bien, tratar de encontrar el momento para hacer seguimiento telefónico a los pacientes. Actualmente, de acuerdo con una de las médicas que aún trabaja en una EPS, ya no se precisa de indirectas, invitaciones o estratagemas, pues están claramente estipulados unos porcentajes que limitan seriamente lo que el médico puede o no hacer.

Se concluye entonces que la preocupación por el cuidado de los recursos económicos ha existido desde la implementación del sistema de aseguramiento actual, pero las medidas tomadas al respecto se han tornado cada vez más rígidas, hasta configurarse en condiciones laborales típicas del contexto y no negociables por los profesionales que las sufren como conflictos éticos.

Llama la atención, así mismo, que muchas de las evidencias de restricciones analizadas se hacen efectivas a través del uso de la tecnología en la forma del *software* de historias clínicas, lo que no permite alguna suerte de negociación o explicación de información complementaria para,

por lo menos, intentar un ordenamiento específico. Los avisos del *software* pueden ser tan categóricos como: “si lo va a ordenar, tenga en cuenta que ya no podrá ordenar nada más” o “esa prescripción requiere de la aprobación por un nivel superior”, lo que, de seguro, en muchos casos, lleva al médico a abstenerse de prescribir lo que había considerado apropiado en un primer momento para su paciente.

Finalmente, y en virtud de estos hallazgos, se puede afirmar que efectivamente, las restricciones al criterio profesional son reales, se han transformado a lo largo del tiempo, se han tornado severas -en algunos casos hasta punitivas-, y, por supuesto, se traducen en barreras de acceso a los servicios de salud para los pacientes.

El aumento sustancial en el número de profesionales en los entornos urbanos durante las últimas décadas, probablemente los haya vuelto fácilmente reemplazables por las instituciones, que actualmente fijan sin escrúpulos sus condiciones laborales. Pero ¿qué pasó internamente con ellos? ¿cómo asistieron –y asisten- pasivamente a una transformación tan inconveniente para su desempeño? Resultaría interesante, en futuros trabajos, buscar contrastar estos hallazgos con una línea de tiempo que considere también la transformación de otros factores de la práctica médica que pudieran haber favorecido un ejercicio actual así de constreñido.

#### **4.2. Entrevistas a colegas médicos (Anexo 2).**

Una tarea inicial, que parecía elemental al comenzar el proceso de investigación- creación, era confrontar las experiencias insatisfactorias propias que la motivaron, preguntando a los colegas por su percepción frente al tema y, en particular, hasta qué punto ellos también han sentido una contradicción entre su vocación como médicos -con todas las implicaciones de ésta-, y la realidad del ejercicio profesional en los contextos en los cuales han desarrollado su carrera.

Fue así como se determinó contactar a varios médicos para realizar entrevistas semiestructuradas que indagaran por sus antecedentes como profesionales de la salud y, específicamente, dentro del sistema de aseguramiento; sus impresiones generales, recuerdos o momentos significativos, si hubo o no un choque entre la formación y la realidad de la labor, su relación con la restricción del tiempo para la atención y con las demás limitaciones al ejercicio profesional impuestas por las instituciones, las dinámicas por fuera del sistema y la percepción general hacia la profesión. En la Figura 12 se presenta la guía de interacción utilizada:

## Figura 12.

### *Guía de interacción de la entrevista semiestructurada.*

*20 minutos: la creación frente al problema del tiempo en el ejercicio médico*

#### Guía de interacción

1. Presentación personal.
2. Propósito del trabajo de investigación.
3. Diligenciamiento del consentimiento informado.
4. Datos de identificación.
5. Experiencia general dentro del sistema (dónde, cuándo, qué hizo, durante cuánto tiempo).
6. ¿Qué es lo primero que recuerda al evocar esa época? o ¿cuál es el recuerdo más significativo de ese momento? ¿alguna imagen mental? ¿alguna experiencia puntual?
7. ¿Cómo se sentía frente a su ejercicio profesional?
8. ¿Hubo algún momento de choque entre el médico que pensó que sería (el ideal durante el tiempo de estudio) y el médico real que laboró en el sistema?
9. ¿Cuál fue su experiencia con el tiempo de que disponía para la atención de los pacientes?
10. ¿Cuál fue su experiencia con las restricciones impuestas por las instituciones para la atención de los pacientes?
11. ¿Por qué sigue allí? o ¿por qué se fue de allí?
12. ¿Cómo cambió su experiencia laborando por fuera del sistema?
13. Toma de fotografía de las manos en un gesto característico.

*Nota.* Corresponde a la guía de interacción diseñada para ser utilizada durante la realización de las entrevistas, con las preguntas y momentos fundamentales de cada encuentro.

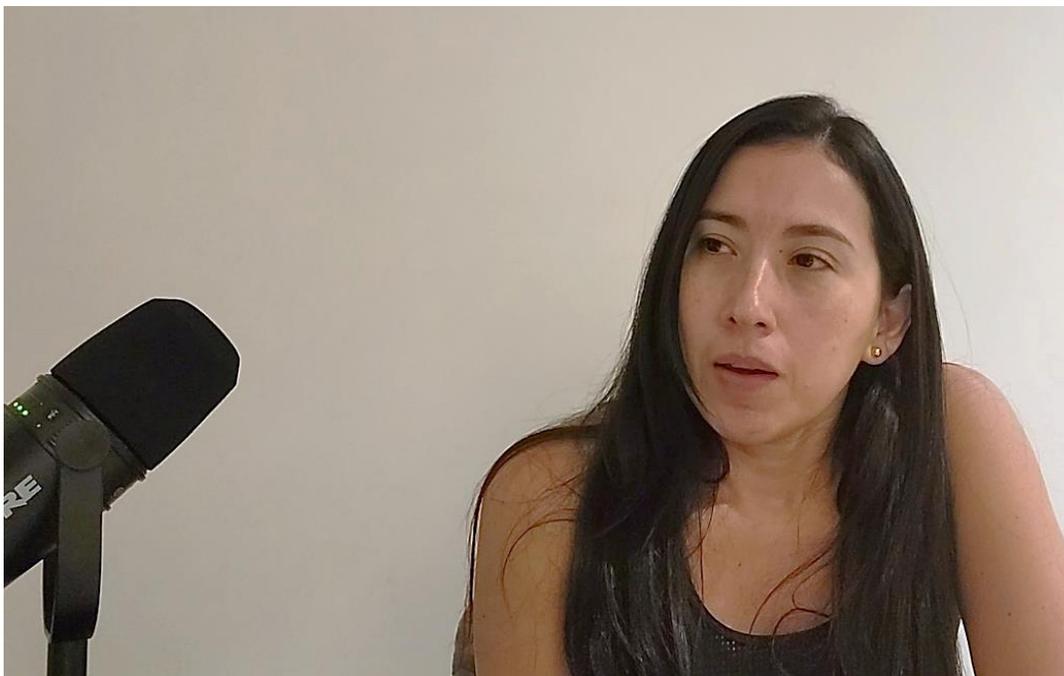
Dado que el objetivo primordial siempre fue la búsqueda de puntos comunes o dispares frente a la percepción propia que constituyó el germen de este trabajo, se aclaró inicialmente a todos los entrevistados, que la actual propuesta de reforma al Sistema de salud colombiano no haría parte de la conversación. Abordar este tema habría supuesto otro tipo de interacción y llevado quizás a respuestas muy distantes del conflicto personal que se pretendía indagar.

Se realizaron en total 8 entrevistas de duración variable -entre 28 y 77 minutos-, con participantes muy heterogéneos, tanto a nivel personal como profesional, aunque todos contaban con una experiencia laboral mayor a 10 años. Pese a que el registro del encuentro se realizó en video para todos los casos (ver Figura 13), se determinó, finalmente, trabajar sólo con el registro de audio, puesto que algunos participantes dijeron sentirse incómodos con la posibilidad de prestar sus rostros para la creación. Todos ellos, sin embargo, diligenciaron el formato respectivo de autorización de uso de datos personales, imagen y derechos de autor. Así mismo, todos estuvieron de acuerdo en permitir la toma de fotografías de sus manos en un gesto personal característico, con

el propósito de ilustrar, hasta cierto punto, el diálogo entablado. Tanto los archivos de audio, como las transcripciones en texto, las fotografías y documentos de consentimiento informado, pueden consultarse en el Anexo 2.

**Figura 13.**

*Fotograma de la entrevista a una colega médica.*



*Nota.* En la imagen se observa a una de las médicas que habló sobre su experiencia como médica general.

Cada una de las entrevistas se transcribió manualmente en un archivo de *Word*, sumando un total de 89 páginas, cuya información, relevante para la investigación-creación, fue clasificada y codificada mediante el uso de resaltos en color, inserción de comentarios y adición de códigos alfa-numéricos, estos últimos en concordancia con los utilizados para las evidencias restrictivas analizadas, puesto que también se destinaron a nutrir la base de datos ya mencionada. Entre el material examinado se pudieron encontrar reflexiones personales muy valiosas que enriquecieron ampliamente aquellas que actuaron como punto de partida para el trabajo, tal y como puede apreciarse en la Figura 14.

Durante las entrevistas, surgieron preguntas no planificadas en virtud de las experiencias que se fueron comentando. En dos de los casos, las médicas dijeron haber tenido la oportunidad de experimentar la prestación de servicios de salud en el sistema previo, con lo que fue muy valiosa

su percepción comparativa entre sistemas. También se contó con la visión complementaria que aporta la formación adicional en áreas administrativas como la auditoría y la gerencia, puesto que dos de las médicas tenían especializaciones relacionadas. Se contó, además, con la perspectiva de una persona que, antes de especializarse, tuvo como única experiencia de ejercicio profesional general, su tiempo como médico rural, así como la de otra que, desde que se graduó, ha trabajado en el contexto de la consulta externa en una EPS. Finalmente, se incluyó a un subespecialista, quien compartió su propia visión, pero ubicado en un escenario muy distante al del médico general, aunque compartiendo experiencias y análisis que aportaron sobre su práctica profesional inicial.

#### Figura 14.

*Reflexión en torno a la restricción de recursos de una de las colegas entrevistada.*

R: Yo no sé, Naty. Si está llegando allá, me parece muy delicado. Porque, está bien, a usted lo tiene... Yo pienso una cosa: la salud debe ser adaptada a un sistema, pues, está bien que se adapte, pero es que, es primero el paciente, ¿si me entiende? No podemos pretender tener como una... por ejemplo: como cuando vos tenés un montón de tela y decir "es que estas telas tienen que alcanzar para tantos bluyines" (D16-D17). No. Es que el ser humano es diferente. Entonces, es muy duro uno limitar el ejercicio médico de esa manera. No solo en el médico general, es que el médico especialista también se ve vulnerado. ¿Cómo que un internista tiene que revisar un paciente en 20 minutos, o un oncólogo? Pues, ¿cómo le parece? Esas especialidades tan delicadas, ¿o un cardiólogo? Todos los médicos nos vemos limitados por el tiempo (D15), entonces, uno no puede caer en ese juego, porque si uno les cae en ese juego, puede cometer errores.

*Nota.* Fragmento de entrevista realizada a una de las médicas, en la que hace una analogía para hablar de la limitación de recursos económicos en el ordenamiento de servicios a los pacientes. Tomado de Espinosa, C.E. (24 de marzo de 2023). *Entrevista realizada por N. Arroyave* [Grabación]. 20 minutos: La creación frente al problema del tiempo en el ejercicio médico. Medellín, Colombia.

En el curso de la interacción se abordaron, así mismo, temas complementarios como la percepción frente a la medicina basada en algoritmos, al ejercicio profesional de los médicos más jóvenes y a la posibilidad de reemplazo de la labor por una IA. A partir de la tercera entrevista, se concluyeron los encuentros con la pregunta: “si volviera a nacer, ¿volvería a estudiar medicina?”, lo que fue adquiriendo el cariz de un medidor final de la satisfacción ante la experiencia profesional de cada uno de los entrevistados.

Aunque se partió del supuesto de que los médicos más jóvenes, o que se graduaron recientemente, tendrían menos tiempo de experiencia y, por ende, un número menor de vivencias

relacionadas con el objeto de esta investigación-creación, al final, se concluyó como un asunto pendiente la indagación de su percepción frente al tema. La posibilidad de explorar hasta qué punto el ideal de productividad social ha permeado las academias de medicina en la actualidad, podría contribuir a establecer un vínculo con la afectación –o su falta-, de un tiempo límite para atender a los pacientes y de conflictos éticos frente a las restricciones de tipo económico que podrían terminar por coartar su criterio. En la Figura 15 puede apreciarse la fotografía obtenida durante la entrevista a una de las médicas.

**Figura 15.**

*Fotografía de las manos de una de las médicas entrevistadas.*



*Nota.* Fotografía de la primera de las profesionales entrevistada en el consultorio médico en el cual labora habitualmente. Elaboración propia.

A través de los testimonios recogidos y analizados, al igual que en las evidencias ya expuestas, se pudo constatar que la restricción del tiempo para la atención médica es una constante que perturba a los profesionales. Para dos de ellos, que se alcanzaron a desempeñar al inicio de sus carreras en el contexto del sistema de salud previo, esta restricción es una de las fuertes

desventajas que han encontrado en el escenario actual. Una de ellas, inclusive, refirió haber tenido que renunciar a su trabajo en algún momento, por sentirse seriamente limitada con los 17 minutos por consulta que había dispuesto la institución. En ese sentido, algunos médicos describieron también haber tenido dificultades al enfrentarse a citas médicas asignadas de hasta 18, 15 y 10 minutos, así como a tiempos de gestión de 6 minutos por paciente, algunos de los cuales implicaron la revisión de resultados de exámenes que hacían necesaria su remisión a un servicio de urgencias para una posterior hospitalización.

La presión por el tiempo también constituyó el comienzo de la insatisfacción profesional frente al sistema que llevó a uno de los entrevistados a buscar rápidamente una especialización. En esa misma línea, una médica que se desempeña como especialista en Fisiatría, explicó que el tiempo para atender a sus pacientes depende de su forma de aseguramiento, siendo de 30 minutos para los pacientes de una entidad prepagada, y de 20 minutos para los que tienen EPS y acuden para rehabilitación cardíaca o asisten por el SOAT (Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito).

En términos generales, se percibe un sentimiento de pesar porque el tiempo es muy poco para poder hacer bien todas las tareas que se supone, caben dentro de la consulta médica, además de no lograr integrar la visión holística que se debe tener con un paciente. La estrategia de algunos de los entrevistados solía ser posponer el diligenciamiento de las historias clínicas cuando era posible, mientras que otros, simplemente, tomaban la decisión consciente de atrasarse y ofrecer excusas a sus pacientes por la demora en la atención. Lamentablemente, varios terminaron por solicitar que, únicamente, les consultaran por lo más importante, guardando otros motivos de consulta para nuevas atenciones, como puede leerse en el fragmento de una de las entrevistas, a continuación:

Entonces, uno termina diciendo que... hasta termina uno frustrándose, ¿cierto? Porque uno dice que no fue capaz de resolverle al paciente, ni siquiera la mitad de las cosas por las que vino, y hasta tener que decirle uno a un paciente: “elija qué es lo que más es, para usted, importante que yo le resuelva, porque no tengo tiempo para atenderle todo lo que usted necesita” ¿Por qué? Porque implicaba que uno, y que muchas veces a uno le pasa, pero, seguramente, te enfrentas más a eso, a tratar de querer ser mucho mejor al inicio de tu carrera. Pero, llega un momento en que,

después, el sistema no te permite, porque está el paciente afuera, que también pidió la cita en la hora que le asignaron, y que, ya tu llevas más de diez minutos del inicio de su cita, porque tú estás queriendo ayudar al que tienes ahí enfrente con 50,000 cosas por las que viene. Entonces, el hecho de tener uno que pararle, solamente, el hecho de tener que evitar, o callar a un paciente, porque ya no le puedes seguir escuchando, pues lo frustra a uno, en comparación a lo que, supuestamente, te dicen en la estructuración del pregrado, en cómo debemos tratar a un paciente desde esa parte ética, desde la parte de la escucha, desde la parte de la disposición corporal para poder hablar (García, 2023).

Con respecto a las restricciones en materia económica que coartan el criterio profesional, casi todos los entrevistados afirmaron haberlas padecido en diferentes formas y con intensidad variable. Una de las médicas, inclusive, dijo haber sido despedida por mandar “demasiados” electrocardiogramas en el marco de la consulta de riesgo cardiovascular, en la que, se supone, cada paciente debe realizarse este examen por lo menos una vez al año. Algunos de los médicos explicaron que, en un primer momento hicieron caso omiso a la presión para hacer menos ordenamientos de exámenes, pero conforme pasó el tiempo, muchos de ellos debieron limitar su criterio ante la perspectiva de tener bajas calificaciones en sus evaluaciones de desempeño y, eventualmente, ver finalizados sus contratos laborales, mientras que, aquellos que no cedieron, terminaron cambiando por sí mismos de trabajo. Sólo hubo una persona que dijo no haber padecido estas imposiciones, ya que únicamente ejerció como médico general durante su práctica rural, en la cual, dicho sea de paso, tuvo condiciones laborales excepcionales, sin turnos nocturnos o de fines de semana.

Tres profesionales comentaron que, en algún momento, ante la presión para limitar sus prescripciones, llegaron a dudar de sus propias capacidades, puesto que se les decía reiterativamente que solían ordenar más exámenes de los que sus pacientes necesitaban. Eventualmente, estas mismas médicas intentaron implementar algunas estrategias para cumplir con sus pacientes sin entrar en conflicto con las instituciones, como, por ejemplo, sugerirles que se realizaran algunos exámenes de forma particular, o solicitarles que consultaran de nuevo, posteriormente, para ordenarles los exámenes pendientes, aunque reconocieron que se sintieron

mal emocionalmente al tener que hacerlo. En la Figura 16 puede apreciarse otra de las fotografías obtenidas en el marco de las entrevistas.

**Figura 16.**

*Fotografía de las manos de una de las médicas entrevistadas.*



*Nota.* Fotografía de una de las profesionales entrevistadas, quién afirmó haberse desempeñado en el marco del sistema de aseguramiento previo durante el inicio de su carrera. Elaboración propia.

Algunos colegas expresaron una molestia especial ante la orden de comentar casi cualquier decisión que tomaban en el marco de la atención, con un especialista o auditor, quién finalmente determinaba si el ordenamiento podía proceder o no: “...yo sentía que eso era un poco irrespetuoso de mi criterio, como que me dejaba sin voz. Teniendo las capacidades, no tenía voz muchas veces para formular y eso me hacía sentir acallada como profesional” (Henaó, 2023). También se percibió indignación entre los profesionales ante la determinación de algunas instituciones de carácter privado, de que sus salarios estuvieran supeditados a su productividad, es decir, al número de pacientes que pudieran evaluar en un periodo de tiempo, así como frente a un mayor riesgo de complicaciones al escatimar en los costos necesarios para su atención. Una de las especialistas

afirmó, además, que para algunos de los procedimientos que actualmente prescribe, la única forma de acceso es a través de acciones de tutela.

Con respecto a los *softwares* de historias clínicas como herramientas restrictivas, todos los entrevistados acordaron que esta es una consecuencia de que las instituciones no cuenten con los recursos adecuados para el registro del acto médico, lo que termina por tomarles más tiempo para su diligenciamiento y hace la consulta todavía más larga y tediosa. Sin embargo, ninguno estuvo de acuerdo en que el mal funcionamiento de la tecnología corresponda a una estrategia encubierta de las entidades para frenar los ordenamientos, aunque reconocen que, para ciertos servicios, su uso sí termina por limitar notablemente la prescripción.

En términos generales, para algunos de los médicos fue mucho más fuerte el choque entre la concepción ideal de su profesión, construida a partir de la formación que recibieron, y las condiciones reales de su ejercicio profesional en el marco de las instituciones en las cuales han laborado. Finalmente, la percepción de quienes todavía se desempeñan en el contexto del aseguramiento, es que dentro de su profesión es notorio el agotamiento, la desmotivación, la frustración y la pauperización laboral caracterizada por sueldos estancados, sobrecarga de pacientes y turnos largos y agotadores en los que ni siquiera, con frecuencia, cuentan con un lugar en el que puedan hacer una pausa para ingerir alimentos.

Algunas de las experiencias obtenidas en el curso de todas estas entrevistas, fueron utilizadas para enriquecer las tramas de los personajes literarios creados en *Sísifo Relatos*, como se describirá más adelante. Cabe mencionar, antes de concluir el apartado, que la toma de entrevistas tuvo un antecedente de indagación previo al inicio del trabajo, cuando se les solicitó a algunos colegas conocidos, vía chat de *whatsapp*, que realizaran una grabación de audio de alrededor de un minuto de duración, en el cual expresaran su sentir general frente al ejercicio profesional. El resultado fue utilizado en las prácticas creativas *Sísifo: Proyecto de objeto escultórico interactivo*, *Sísifo en Más que tiempo* y *Sísifo como producto de Realidad aumentada*.

#### **4.3. *Sísifo* - Proyecto de objeto escultórico interactivo (Anexo 3).**

En un intento inicial de darle voz al sentir de los profesionales médicos en torno al escenario en el cual suele desarrollarse su labor, se diseñó, como parte del trabajo final de una de las asignaturas, un objeto escultórico interactivo. El propósito general era poner en práctica los conocimientos en programación recién adquiridos, pero este ejercicio constituyó, además, una

primera y muy valiosa incorporación de elementos que serían fundamentales en el trabajo, tales como la conceptualización del médico colombiano como *Sísifo*, el deseo de darle voz a los colegas médicos -con la consiguiente búsqueda de sus testimonios registrados en audio-, el papel de los propios órganos anatómicos del médico para recordar su humanidad y el desarrollo de los primeros caligramas como estrategia pictórica y textual.

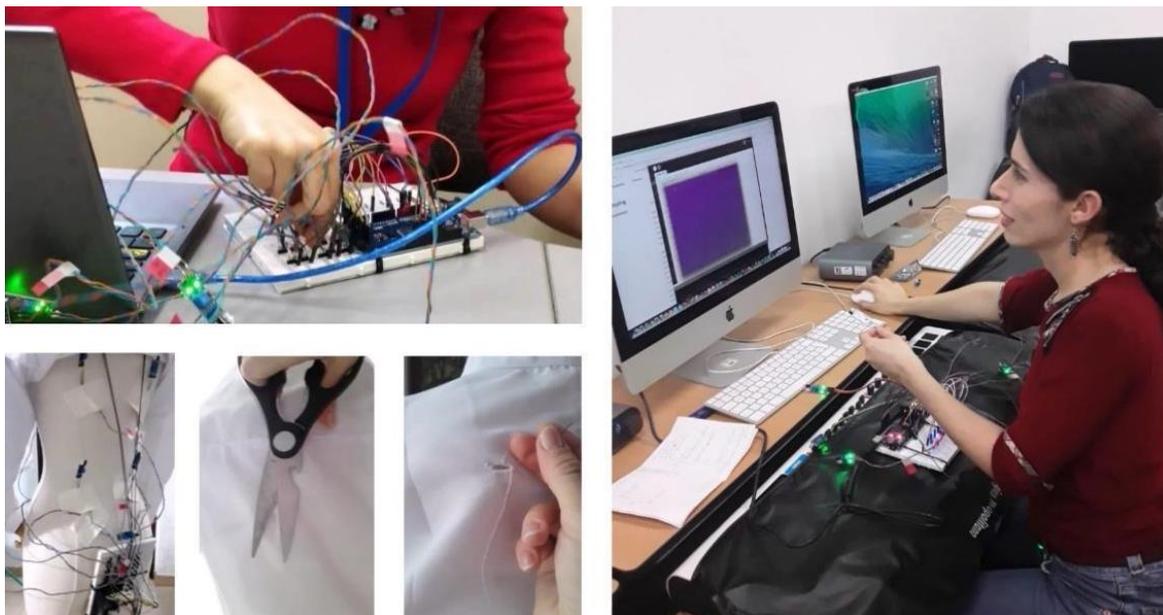
Fue así como se tomó un maniquí de modistería y se le cubrió con una bata médica en la cual se delimitaron diez áreas anatómicas correspondientes a varios órganos, en cada uno de los cuales se ubicó un sensor de proximidad que, al activarse, encendería una luz azul en la cabeza del maniquí y una luz roja en el reloj ubicado en su mano izquierda. Al tiempo que se daba la activación de las luces, podría escucharse un audio de alrededor de 1 minuto de duración, en el cual la voz de un médico describía por qué encontraba frustrante su labor, mientras se proyectaba la imagen de un caligrama que representaba el órgano anatómico correspondiente al sensor activado, construido con las palabras que componían ese testimonio.

El proceso de elaboración resultó bastante complejo, puesto que se utilizaron diez sensores, cada uno de los cuales tenía su propio circuito, lo que requirió de múltiples y extensos cables unidos con soldadura. El desarrollo del código de programación en el entorno *Processing*<sup>1</sup>, por otro lado, tuvo sus propios inconvenientes, dado el reto de ubicar varios sensores de proximidad en un área cercana, con la posibilidad de que un mismo estímulo activara a varios de ellos a la vez. La búsqueda de testimonios, en cambio, fue más sencilla, aunque algunas dificultades surgieron por incompatibilidad entre el tipo de archivo de audio empleado y la herramienta de programación. Finalmente, la elaboración de caligramas por medios digitales resultó bastante simple utilizando la página *WordArt*<sup>2</sup>. En la Figura 17 se pueden apreciar algunas de las etapas de la creación.

Durante la presentación de esta creación, se experimentaron algunas complicaciones adicionales, tales como la falta de respuesta de varios sensores y la activación simultánea de más de uno de ellos, con la consiguiente audición de un barullo de voces, difíciles de entender. Esta circunstancia adversa fue tomada por los evaluadores como una forma llamativa de interacción que igualmente pudo reflejar, incluso más vigorosamente, el sentimiento de inconformidad del grupo de profesionales. Al parecer, estos fallos correspondieron al contacto de algunos de los circuitos con la superficie metálica de la cabeza del maniquí, lo que alteró la conducción de energía e interrumpió las respuestas programadas. El resultado final del producto puede observarse en la Figura 18, fotografía que también está disponible en el Anexo 3, junto al código de programación.

**Figura 17.**

*Etapas de elaboración de Sísifo, proyecto de objeto escultórico interactivo.*



*Nota.* Corresponde a fotografías del proceso de montaje de los circuitos y de la verificación del código.

**Figura 18.**

*Presentación de Sísifo: Proyecto de objeto escultórico interactivo.*



*Nota.* Corresponde a una fotografía de la presentación del trabajo realizada el 13 de junio de 2022.

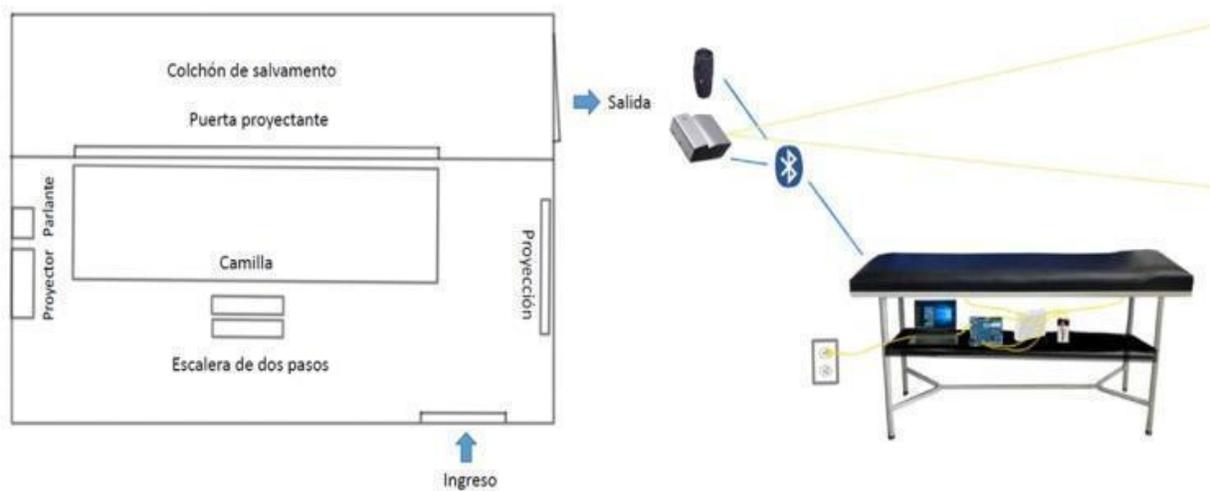
#### 4.4. “Estamos para cuidarte” – Prototipo de instalación interactiva (Anexo 4).

Con el fin de poner en práctica los conocimientos en materia de electrónica básica, se planeó construir una instalación artística interactiva con la cual el público pudiera experimentar simbólicamente la utilización del sistema de salud, a través del anuncio de algunas directrices reales que han determinado varias instituciones para la “atención y cuidado” de sus pacientes.

Se pretendía, entonces, disponer de una camilla en un espacio en el cual el interactor entendería que penetraba a un escenario de prestación de servicios de salud; se acostaría y, al hacerlo, accionaría un sensor que desencadenaría varias respuestas. Por el lado visual, recibiría la proyección de una imagen que evidenciaba la restricción del criterio médico para el ordenamiento de servicios en virtud del ahorro de recursos económicos; mientras que, por el lado auditivo, escucharía una grabación que le explicaría, en palabras sinceras, la razón por la que no le sería ordenado un medicamento, examen u otro procedimiento. Posteriormente, el participante sería elevado y arrojado por la camilla a través de una puerta proyectante similar a un *shut* de basuras, para, finalmente, caer a una habitación contigua sobre un colchón inflable. En la Figura 19 pueden apreciarse dos bocetos del diseño.

**Figura 19.**

*Diseño del prototipo interactivo “Estamos para cuidarte”.*



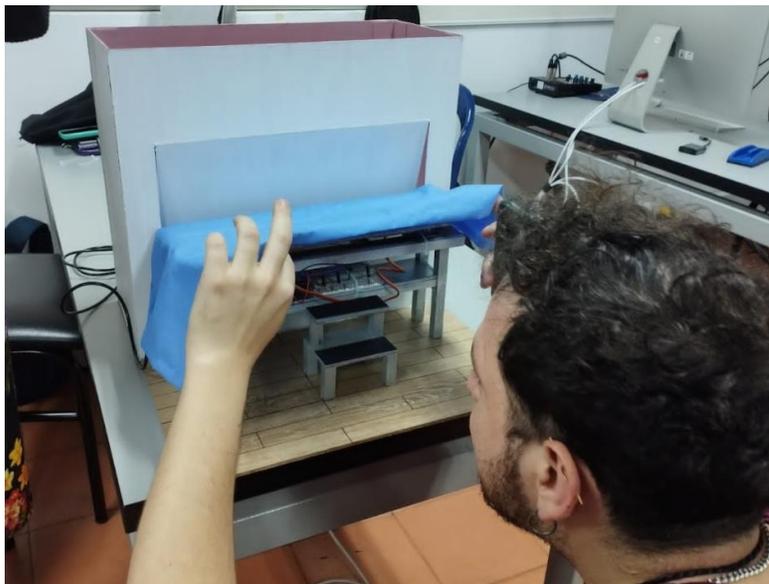
*Nota.* Corresponde a dos bocetos del diseño para la construcción del proyecto: A la izquierda el plano para el montaje, y a la derecha la disposición de los equipos necesarios para la interacción.

Después de revisar a fondo los requerimientos para el proyecto y los altos costos probables de su elaboración -que incluían mecanismos capaces de mover la parte superior de la camilla y levantar por lo menos 80 kg de peso-, se decidió construir un prototipo en una maqueta. Fue así como se representó el consultorio médico con su camilla y su escalerilla de dos pasos, además de un segundo escenario, pero éste cerrado, oscuro y cubierto por una superficie blanda sobre la cual habría de caer la representación del interactor.

Para activar el circuito se utilizaron tres micropulsadores, mientras que, para generar el movimiento, se emplearon dos servomotores. En el marco de este proyecto se utilizaron por primera vez las capturas de pantalla de evidencias restrictivas obtenidas al inicio de la investigación, las cuales sería proyectadas durante la interacción, mientras que los archivos de audio fueron elaborados utilizando una herramienta llamada *NaturalReader*<sup>3</sup>, capaz de generar voz a través de la lectura de textos. El resultado del trabajo puede observarse en la Figura 20.

**Figura 20.**

*Presentación del prototipo interactivo “Estamos para cuidarte”.*



*Nota.* Corresponde a una fotografía de la presentación del trabajo realizada el 21 de noviembre de 2022.

El montaje de este proyecto, en principio más sencillo por los circuitos empleados, estuvo atravesado por varias dificultades, la primera de las cuales consistió en que los servomotores no tenían la fuerza suficiente para levantar la camilla al poner encima a la muñeca *Barbie* que

representaría al interactor, y a partir de cuyas dimensiones se construyó la maqueta. En su lugar, entonces, se decidió utilizar varias siluetas de cartón, superando así el inconveniente.

Nuevamente, el desarrollo del código de programación con la herramienta *Processing* fue un punto complejo que también logró resolverse con la asesoría de los docentes, mientras que el momento de la presentación tuvo su propio afán, al tener que reemplazar a último momento la pila de 9 voltios que alimentaba el prototipo.

En general, con este proyecto, se tuvo la oportunidad de abstraer uno de los planteamientos fundamentales del trabajo para llevarlo a una representación simbólica a través de una instalación interactiva. También fue la primera vez que se utilizaron las evidencias de directrices restrictivas como parte de la creación, y se experimentó con un tono irónico para dar el mensaje, lo que resultó bien recibido por los asistentes a la presentación, cuyas fotografías están incluidas en el Anexo 4, junto con el código de programación.

#### **4.5. 20 minutos – Proyecto de puesta en escena (Anexo 5).**

Como trabajo final de otra de las asignaturas relacionadas con programación, se presentó, durante el segundo semestre, un producto que pretendió incluir los conocimientos adquiridos durante las actividades académicas, en la forma de una presentación relacionada con el objeto de investigación-creación.

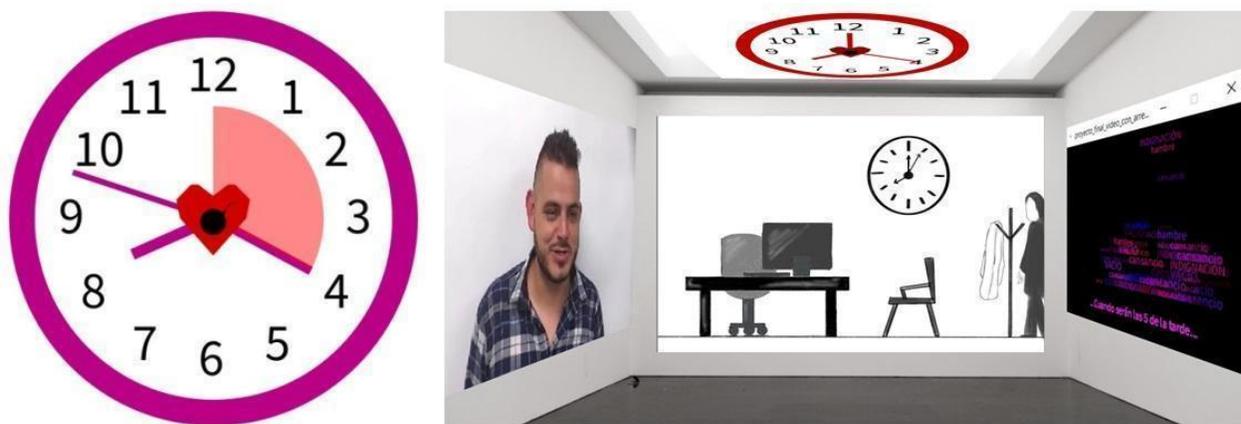
Para esta oportunidad se elaboraron dos códigos diferentes. El primero generaba la imagen de un reloj, cuyas manecillas avanzaban marcando el tiempo al ritmo del sonido del tic-tac, mientras en su centro, la figura de una bomba dentro de un corazón pretendía transmitir la amenaza de un estallido inminente. El minuterero, además, resaltaba el tiempo transcurrido *-20 minutos-* al teñir el reloj de una estela roja, como puede verse en la Figura 21.

Para el segundo código se pensó en la posibilidad de realizar varias proyecciones en una sala de exhibición, en una suerte de instalación que mostraría, en un mismo momento, diferentes escenas. En una de ellas, se proyectaría un video con varias personas, cada una de las cuales personificaría a un paciente y expresaría las emociones que caracterizan a esas interacciones - ansiedad, impaciencia, enfado, descortesía-, mientras que, en la pared contraria, el código desarrollado, convertiría esa misma imagen en un caligrama compuesto de todas las palabras y expresiones que pueden llegar a ocupar la mente del médico en un entorno de consulta asfixiante y frustrante –“cuándo serán las 5 de la tarde”, por ejemplo-. En la pared superior se planeaba

proyectar el reloj generado a partir del primer código, mientras que, en la pared del fondo, se pretendía proyectar una animación hecha con dibujos, la cual mostraría una secuencia en la que un médico llega a su consultorio -luego de atravesar una sala de espera atestada de personas-, se pone su bata y comienza la atención del día, después de lo cual su escritorio se transforma en un auto de carreras que atropella a cada uno de los pacientes que ingresa cada 20 minutos, los mismos que son indicados en el reloj de la animación, como puede apreciarse en el boceto de la Figura 21.

**Figura 21.**

*Boceto para un proyecto de instalación artística.*



*Nota.* La imagen de la izquierda corresponde a un reloj generado por un código de programación, mientras que la de la derecha especifica la disposición de imágenes a proyectar en un espacio, incluyendo la generación de caligramas obtenidos a partir de imágenes de personas en el rol de pacientes.

Aunque se planteó como una instalación artística, la presentación del trabajo se desarrolló poniendo a correr el código del reloj -con su tic-tac exasperante de fondo-, mientras se dio lectura, en voz alta, a una narración propia -la primera construida-, que pretendía comunicar la presión, la frustración, la impotencia y el agotamiento que puede llegar a experimentar un médico que realiza consulta externa cada 20 minutos en una EPS.

Pese a que el trabajo se pensó inicialmente como una instalación, la presentación de la propuesta, con la lectura del relato, adquirió el carácter de puesta en escena, lo que recibió comentarios positivos de parte de los asistentes, quienes manifestaron haber captado la angustia que implica para un médico tener muy poco tiempo para resolver los casos, a veces tan graves, de sus pacientes. Así mismo, este trabajo permitió una primera experimentación de creación de

caligramas dinámicos mediante la programación en *Processing*, además de un primer, y muy valioso ejercicio de escritura literaria que luego fue retomado en el producto *Sísifo Relatos* y en el desarrollo de una ponencia que será comentada más adelante. Tanto los códigos utilizados en este trabajo, como el relato leído en voz alta, están disponibles en el Anexo 5.

#### **4.6. *Sísifo* en “Más que tiempo” – Exhibición virtual (Anexo 6).**

Como producto de otra de las asignaturas del programa de estudios que buscaba llevar las producciones de los estudiantes a un espacio efectivo de montaje de una exhibición virtual, se llevó a cabo un nuevo ejercicio de conceptualización y representación de *Sísifo* como creación individual, pero, esta vez, con miras a formar parte de una muestra colectiva digital que reflexionaba en torno al concepto del tiempo.

Esta elaboración trajo una nueva oportunidad de conceptualizar al médico como *Sísifo*, pero esta vez buscando representar su humanidad y su sufrimiento a través de sus órganos vitales, atravesados por diferentes elementos utilizados durante su quehacer. En una forma de mostrar que también padece el sistema y que se enferma al no disponer de tiempo para actividades básicas como comer y orinar durante su jornada laboral, se realizaron una serie de ilustraciones anatómicas para la construcción de un cubo, objeto de la exhibición.

Luego de la planeación grupal y de la determinación del concepto global que reuniría a los cinco trabajos, se procedió, entonces, con el diseño y la realización de las ilustraciones en papel, utilizando la técnica del óleo-pastel, pero con un ejercicio previo con lápices de colores. Para ello, se emplearon seis cuadrados articulados entre sí, con un tamaño de 25 x 25 cms que, posteriormente fueron digitalizados, como puede verse en la Figura 22.

Ya con el material digital, se procedió a elaborar un cubo tridimensional mediante la herramienta *Blender*<sup>4</sup>. De manera concomitante, se construyeron los textos curatoriales en torno a todas las obras y se configuraron también los sonidos que acompañarían la exhibición. Más adelante, utilizando la plataforma *Spatial*<sup>5</sup>, todos los cubos -incluyendo el de *Sísifo*-, fueron llevados a un espacio virtual con la forma de una sala de exhibición, a través de la cual los visitantes, en forma de avatares, podían explorar cada una de las creaciones, pasando, entonces, de la visualización de un cubo en su parte externa, al ingreso a una habitación, conformada por el mismo cubo, pero ya desde su parte interna. En este punto podían escucharse, nuevamente, algunos de los testimonios en audio de los colegas médicos obtenidos en el proceso de elaboración

del primer proyecto interactivo de *Sísifo*, con el sonido de diferentes órganos y vísceras como fondo. A su vez, desde este escenario, era posible trasladarse a un entorno de página web desarrollado con la herramienta *P5*<sup>6</sup>, en la cual se plasmaron otros elementos complementarios del trabajo; para este caso, caligramas y audios ya obtenidos con motivo de esa misma creación anterior. Finalmente, el interactor tenía la opción de regresar a la sala de exhibición o de visitar cualquier otra de las producciones del grupo.

**Figura 22.**

*Ilustraciones para Sísifo.*



*Nota.* Corresponde a la articulación digital de seis ilustraciones individuales realizadas con óleo-pastel.

Nuevamente, el código de programación, esta vez desarrollado en la herramienta *P5*, ofreció algunas dificultades iniciales en su preparación. También fue necesario entender y superar algunas de las limitaciones propias de la plataforma *Spatial*. El resultado, sin embargo, que perdura en línea y que se puede visitar desde cualquier dispositivo, materializa una experiencia académica muy provechosa dentro del marco de las artes digitales, a la vez que expresa de una

forma nueva, el propósito individual de esta investigación-creación. En la Figura 23 puede apreciarse parte del resultado de esta creación, la cual está disponible a través del enlace: <https://www.spatial.io/s/Sisifo-643c5da788f69f2cc9bf0366?share=1267600406114664349>

**Figura 23.**

*Sísifo en “Más que tiempo”.*



*Nota.* Corresponde a dos capturas de pantalla durante la navegación por la exhibición virtual “Más que tiempo” (izquierda) y al interior de *Sísifo* (derecha).

Tanto el proceso de elaboración, como el montaje de esta creación, permitieron vivenciar todas las fases, logros y obstáculos propios del desarrollo de una exhibición colectiva de realidad virtual, incluyendo los aspectos inherentes a su presentación pública, como puede apreciarse en la fotografía de la Figura 24. Con los textos curatoriales como insumo de base, se escribieron, además, dos artículos que fueron publicados en 2023 y sobre los cuales se profundiza más adelante, en el apartado de actividades de difusión del proyecto. En el Anexo 6 es posible encontrar los archivos con las ilustraciones, soportes de desarrollo, código y fotografías de la presentación de esta creación.

#### **4.7. *Sísifo* como producto de Realidad aumentada (Anexo 7).**

En una de las asignaturas finales se tuvo la oportunidad de convertir el trabajo desarrollado con *Sísifo*, en el marco de la exhibición colectiva “Más que tiempo”, en otro producto interactivo, pero esta vez utilizando la tecnología de Realidad aumentada. Con el objetivo de poner en práctica los conocimientos adquiridos en la herramienta *Unity*<sup>7</sup>, se realizó el montaje de una nueva muestra

grupal utilizando imágenes impresas en tarjetas como soportes físicos, para ser escaneadas con un dispositivo electrónico y apreciar las creaciones digitales en tiempo real.

**Figura 24.**

*Presentación de Sísifo en “Más que tiempo”.*



*Nota.* Corresponde a una fotografía de la presentación del trabajo realizada el 20 de abril de 2023.

Durante este nuevo desarrollo, se tomaron los elementos de las construcciones anteriores para dar vida a las animaciones requeridas. El cubo de *Sísifo* giró de nuevo, pero esta vez ofreciendo una combinación del espacio digital con el real. También se construyó un video a partir de la navegación en la obra de *Spatial*, el cual fue proyectado de forma concomitante, dando la posibilidad adicional de volver a escuchar las voces de los colegas médicos utilizados en proyectos anteriores.

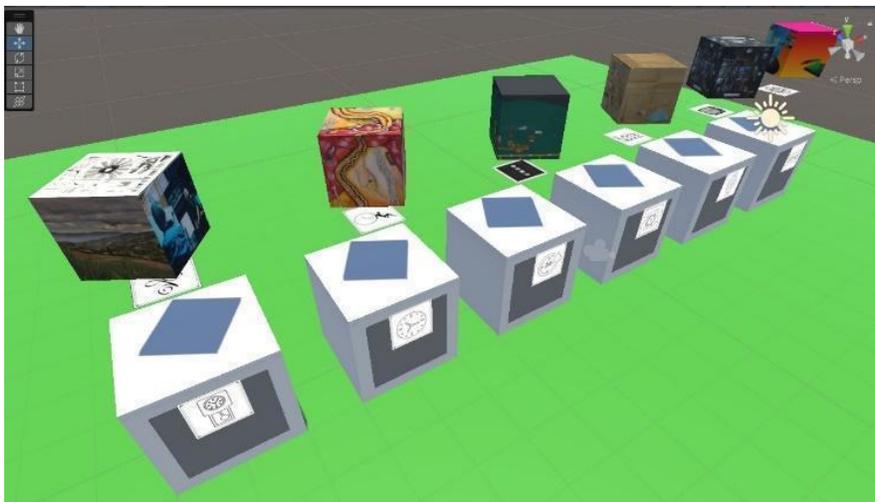
El desarrollo de este producto tuvo muchos retos inherentes a las dificultades propias del manejo de la herramienta *Unity*, aun cuando ya se contara con los insumos y se mantuviera la conceptualización de la creación anterior.

El primer paso de elaboración fue registrar las imágenes de las tarjetas en la página del *software* específico, con el fin de configurar su reconocimiento y seguimiento por parte de los dispositivos electrónicos. Posteriormente, se generaron los códigos de programación que se

vincularon al programa, junto con las tarjetas de las imágenes establecidas y los cubos tridimensionales ya modelados en *Blender*, como puede apreciarse en la Figura 25. El mismo proceso se llevó a cabo para el reconocimiento y reproducción del vídeo de cada creación durante el escaneo de una segunda tarjeta.

**Figura 25.**

*Montaje de una exhibición de realidad aumentada.*

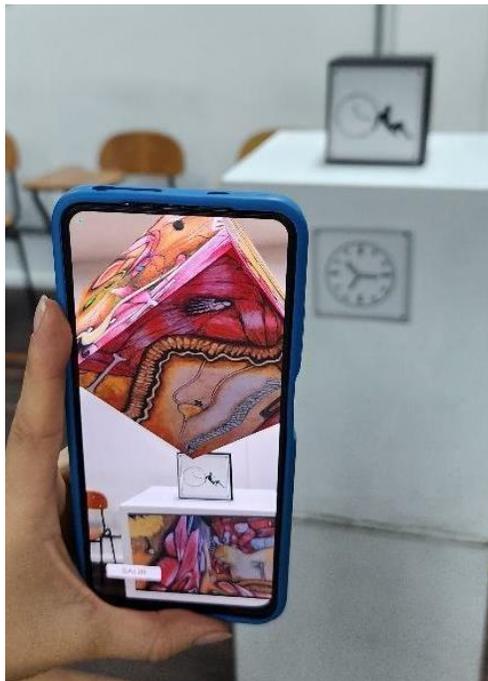


Nota. Corresponde a una imagen de la herramienta *Unity*, que muestra la etapa del proceso en el que se vincula cada una de las creaciones a la tarjeta que permitirá su activación.

De otro lado, fue necesario implementar un menú de acceso en el que se ofreciera la posibilidad de ver previamente un corto tutorial para facilitar la interacción, el cual, finalmente, se articuló con el ejecutable desarrollado para dispositivos móviles, que debía descargarse en el celular, previo al ingreso de la muestra, lo que representó un inconveniente de última hora por todo el tiempo que tomaba hacerlo. Afortunadamente, con las descargas exitosas en tres de los dispositivos, se pudo ofrecer a los asistentes la posibilidad de recorrer las creaciones y observar el resultado final, que puede apreciarse en la Figura 26 y en algunas fotografías y videos disponibles en el Anexo 7. El montaje de esta exhibición, también desde sus soportes físicos, ofreció una nueva experiencia de aprendizaje muy valiosa a nivel práctico, por supuesto, con sus propios retos de funcionamiento.

**Figura 26.**

*Presentación de Sísifo en Realidad aumentada.*



*Nota.* Corresponde a una fotografía de la presentación del trabajo realizada el 30 de noviembre de 2023.

#### **4.8. Sísifo Web - Producto interactivo digital (Anexo 8).**

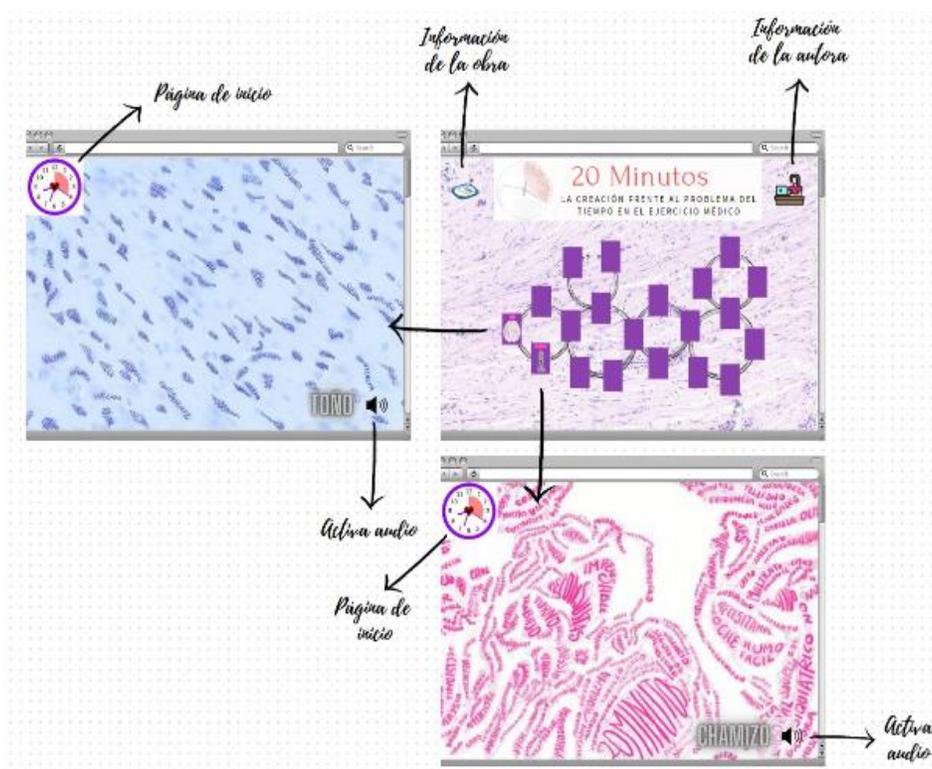
Tras las primeras creaciones llevadas a cabo, comenzó a ser evidente el interés por llegar a un producto que lograra simular la experiencia de la consulta médica, pero, sobre todo, transmitir la presión y las innumerables situaciones que desvían la atención de lo verdaderamente importante en ese contexto: el cuidado de la salud de los pacientes. Con este propósito, se definió la construcción de un producto interactivo digital con elementos de juego, en el cual se pudiera incorporar, no sólo la restricción de tiempo característica que da título a este trabajo, sino también las múltiples limitaciones de tipo económico que restringen el criterio profesional, así como el abanico de situaciones cotidianas imprevistas que complican aún más el ejercicio de la labor médica.

Aunque el proceso de diseño para materializar esta idea tomó dos semestres y tuvo múltiples transformaciones, persistió el interés por trabajar con los caligramas, con los personajes literarios y con los elementos propios de los softwares de historias clínicas, por lo que se decidió que estos elementos formarían parte de la interfaz, y, posteriormente, se convertirían en una parte central del desarrollo del producto titulado *Sísifo Relatos*.

En un primer momento, y como parte de dos de las asignaturas, se desarrolló la idea de construir una página web en la cual fuera posible realizar un recorrido por 20 relatos que compondrían el universo narrativo que describe el escenario de la prestación de los servicios de salud en Colombia. También se esperaba poder ligar cada personaje con un sitio anatómico relacionado, con una dolencia y con un conflicto asignado durante su caracterización, para elaborar un caligrama con la imagen microscópica del tejido correspondiente. La intención inicial era que el visitante pudiera navegar a través de la página web sin un orden preestablecido, para conocer los detalles de cada historia -ya que todas estarían interconectadas-, mientras imaginaba el escenario descrito, pero visto a través de los ojos y el sentir de un profesional de la salud. Para ese punto, la interfaz comprendía una página de inicio que llevaría a otra página dedicada a cada personaje, como se muestra en el boceto de la Figura 27.

**Figura 27.**

*Boceto inicial para la interfaz del producto interactivo digital.*

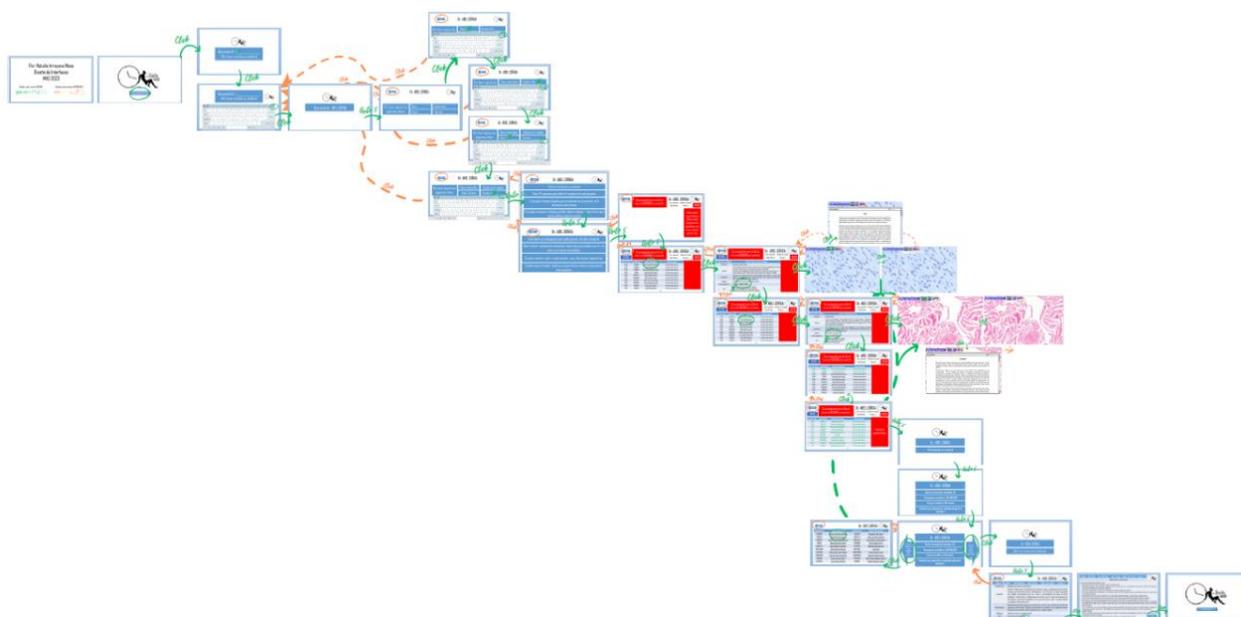


*Nota:* Corresponde al primer mapa de navegación diseñado para la página web.

En el curso de una asignatura sobre diseño de interfaces, se realizó la primera aproximación que definió los elementos que constituirían el producto: una serie de personajes ficticios con dificultades en salud, pero, al mismo tiempo, con diferentes roles dentro del sistema y una historia particular que construiría un universo narrativo propio; una historia clínica sencilla en términos no técnicos que ilustraría el motivo de consulta; elementos visuales característicos de los *softwares* de historias clínicas como elementos estéticos -con la elección de una fuente y una paleta de color relacionadas-; unas reglas de interacción que recuerdan al ejercicio médico, con el establecimiento de un tiempo y un presupuesto límites; toda una suerte de inconvenientes y de restricciones para llevar a cabo la resolución de cada uno de los casos y la posibilidad de huir de la presión del juego a espacios en los cuales el tiempo se detendría para conocer en detalle las historias de los pacientes. Con este proceso, el mapa de navegación se transformó sustancialmente, lo que puede apreciarse en la Figura 28.

**Figura 28.**

*Segundo boceto para la interfaz del producto interactivo digital.*



*Nota:* Corresponde al segundo mapa de navegación diseñado para la página web.

Bajo la guía de los asesores, se avanzó, durante todo un semestre, en la construcción de cada una de las partes que conformarían la interfaz de navegación, diseñando en detalle, tanto la

forma como el contenido de cada página que habría de integrar este producto, como puede verse en la Figura 29.

**Figura 29.**

*Especificaciones de la página de resultados (fragmento).*

		RESULTADOS
CARACTERÍSTICA	DESCRIPCIÓN	OBSERVACIONES
Imagen	Imagen de logo	Imagen 1 Extremo superior izquierdo de la pantalla
Objeto	Línea	Ubicación en el 50% del ancho de la pantalla y alrededor del 20% del alto, debajo del nombre
	Tabla	Ocupa dos terceras partes del ancho y del alto de la pantalla Aparece en primer lugar, después del encabezado que no cambia (logo, nombre y texto de pacientes, tiempo y presupuesto) Dos columnas por ocho filas, aparece el texto de línea en línea
	Caja de felicitación	Alineada con la tabla en su parte inferior Aparece después de que lo hacen todas las líneas de la tabla Desaparece después de que aparece el Botón para "Volver a las ayudas diagnósticas"
Botón	Botón para "Volver a las ayudas diagnósticas"	Aparece después de la caja de felicitación Cambia de color al pasar el puntero del mouse Cambia de color al darle <i>click</i> Esquinas redondeadas Enlaza con <i>Volver a las ayudas diagnósticas</i>
	Botón de "Aceptar"	Aparece después del Botón para "Volver a las ayudas diagnósticas" (al desaparecer la caja de felicitación) Cambia de color al pasar el puntero del mouse Cambia de color al darle <i>click</i> Esquinas agudas Enlaza con la <i>página de Paciente</i>
Color	Fondo	RGB 255 - #FFFFFF
	Margen	RGB 94, 160, 235 - #5EA0EB
	Texto de nombre y "pacientes, tiempo y presupuesto"	RGB 0 - #000000
	Línea	RGB 94, 160, 235 - #5EA0EB
	Tabla	Primera línea RGB 73, 125, 184 - #497DB8 Segunda línea y subsecuentes intercaladas RGB 94, 160, 235 - #5EA0EB Tercera línea y subsecuentes intercaladas RGB 167, 200, 238 - #A7C8EE
	Texto de tabla	Primera línea RGB 255 - #FFFFFF Otras líneas RGB 0 - #000000
	Caja de felicitación	RGB 168, 18, 7 - #A81207
	Botón para "Volver a las ayudas diagnósticas"	RGB 43, 73, 107 - #2B496B
	Botón de "Aceptar"	RGB 94, 160, 235 - #5EA0EB
Texto de caja de felicitación	RGB 255 - #FFFFFF	

*Nota.* Corresponde a las especificaciones para llevar el diseño de la página de resultados al producto web.

A lo largo del proceso, se tomó la decisión de simplificar el ingreso de los datos iniciales que debería efectuar el interactor para acceder a su rol de médico. También se ajustaron las instrucciones, después de haber estudiado algunas herramientas de gamificación que se incorporarían al desarrollo. Se determinó, así mismo, la transformación del área de imprevistos en una "zona de tensión" conformada por tres partes, en las cuales habrían de aparecer situaciones inesperadas que interrumpen la atención, como la llegada tarde de un paciente, las irrupciones de

“usuarios” ya atendidos con situaciones pendientes, las solicitudes intempestivas de los líderes de las áreas o necesidades fisiológicas inaplazables como la micción. También se incluirían en esta área, todas las evidencias de directrices restrictivas ya recolectadas y descritas en el primer apartado, pero a la manera de correos electrónicos de lectura urgente o de mensajes de chat con indicaciones importantes en el desarrollo cotidiano de la labor. En la Figura 30 se puede apreciar el diseño de una de las páginas que incluye “la zona de tensión”.

**Figura 30.**

*Página de caso clínico, incluyendo la “zona de tensión”.*

105896371	Antonio José García Montoya	
Motivo de consulta	"Me siento muy deprimido y triste."	
Contexto	Durante el último año, con frecuencia, tiene ataques de ansiedad y suele pensar que "vivir no tiene sentido". La posibilidad de morir lo reconforta por momentos. Duermes mal y cuando concilia el sueño tiene pesadillas. Su nuevo trabajo lo distrae y lo motiva, pero tiene conflictos constantes con la empresa y los compañeros.	
Antecedentes	Su padre murió cuando él tenía 14 años y desde entonces le tocó cuidar a su madre, quién padeció de una enfermedad mental crónica (estuvo postrada en cama) y falleció hace dos años. Vive solo y no tiene red de apoyo (amigos o familiares).	
Hallazgos	Al examen mental, tiene un plan elaborado de muerte.	
Ayudas diagnósticas	<u>VER RESULTADOS</u>	
Plan	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Remisión inmediata al servicio de urgencias.</li> <li><input type="checkbox"/> Remisión ambulatoria al Psicólogo.</li> <li><input type="checkbox"/> Fórmula con medicamentos y orden de incapacidad.</li> </ul>	

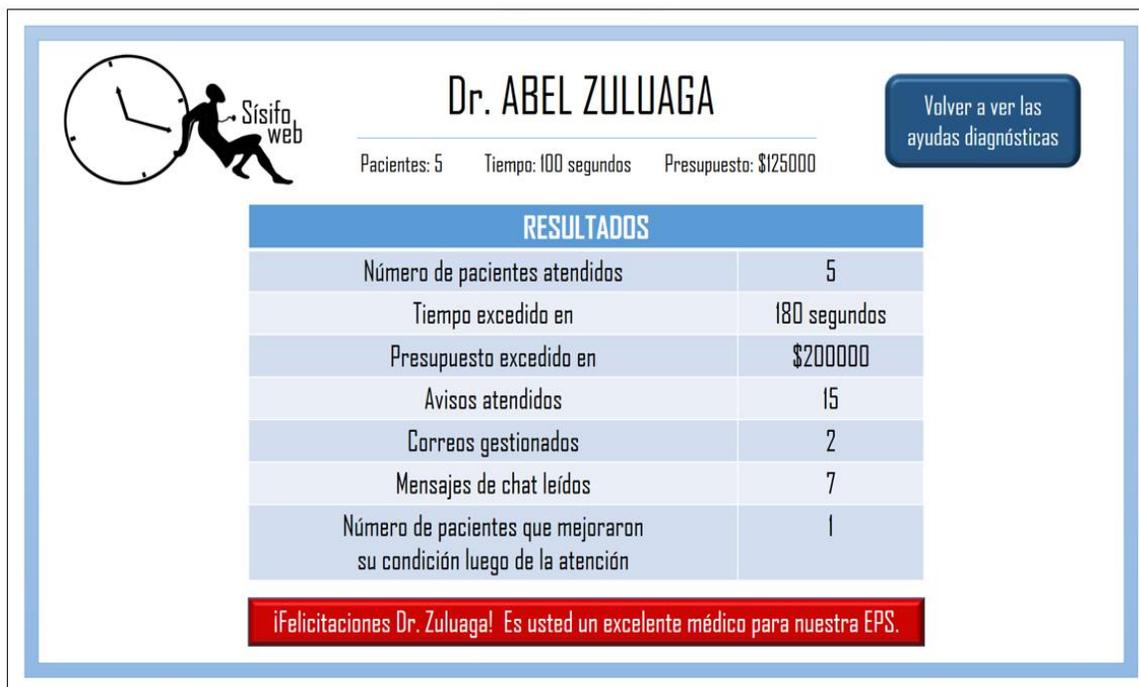
*Nota.* Corresponde al diseño de la página con el caso de un paciente a resolver.

Con motivo de este desarrollo, se completaron todos los casos clínicos, cada uno de los cuales tendría su resolución en la elección de una de tres opciones de tratamiento; las mismas a las que se les asignó un costo y el calificativo de “acertadas” o “desacertadas”, pero haciendo imposible el ordenamiento de lo que en verdad cada paciente requeriría. El objetivo de toda la interacción era resolver los casos asignados de la mejor manera posible, sin sobrepasar el tiempo y el presupuesto asignado para ello, pero, sobre todo, haciéndole frente a obstáculos aleatorios

similares a los que llevan a coartar el trabajo en la cotidianidad. En la Figura 31 puede observarse el diseño de la página de resultados.

**Figura 31.**

*Página de resultados.*



*Nota.* Corresponde al diseño de la página de resultados que incluye el número de pacientes que mejoraron luego de la atención y una felicitación final relacionada con el cuidado de los recursos.

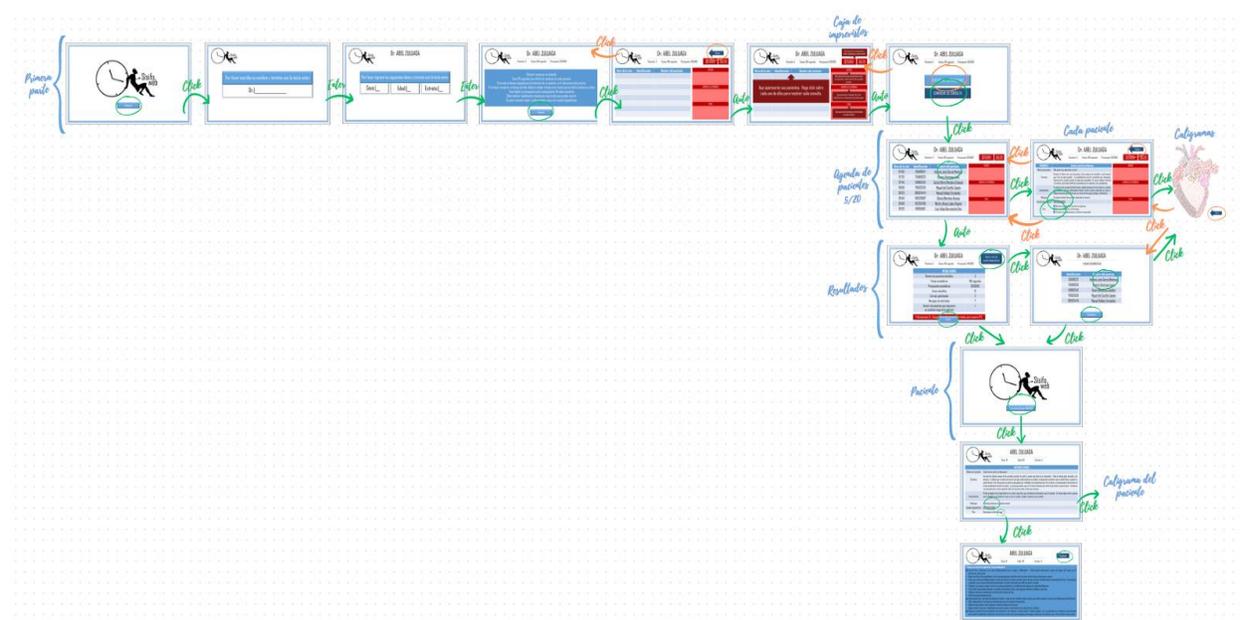
Otro ajuste necesario fue el cambio de las imágenes referentes para la construcción de los caligramas, los cuales, inicialmente, se elaborarían a partir de siluetas de tejidos vistos al microscopio. Esto planteaba varias dificultades inherentes a la utilización de imágenes ajenas disponibles en internet, puesto que la obtención de un material similar no podría hacerse con recursos propios. Adicionalmente, el tipo de figuras seleccionadas permitía la elaboración de los caligramas utilizando únicamente palabras, cuando lo que se esperaba era poder usar frases completas en su manufactura. Esto se resolvió al volver a la idea de la construcción de las imágenes a partir de las siluetas macroscópicas de los órganos anatómicos seleccionados, los cuales, dicho sea de paso, reemplazarían a los relatos completos dentro del producto.

Finalmente, cobró relevancia el deseo de culminar el ejercicio lúdico llevando al visitante a un último rol como paciente. En esta parte, teniendo en cuenta el rango de edad consignado al

ingresar a la interfaz, se le entregarían algunas recomendaciones acordes con varias dificultades de salud preestablecidas, pero que resultan prevalentes a lo largo de la vida, tales como dormir mal o tener dificultades en el peso. Se pretendía, de esta forma, culminar la experiencia con una acción de educación para la salud: parte fundamental de la vertiente hipocrática del acto médico. El mapa de interacción final diseñado para este producto, puede apreciarse en la Figura 32.

**Figura 32.**

*Diseño final para la interfaz del producto interactivo digital.*



*Nota:* Corresponde al mapa final de navegación diseñado para la página web.

El extenso proceso que entrañó el diseño de este proyecto permitió considerar formalmente las posibilidades y dificultades que conlleva la presentación de relatos literarios –textos-, en un entorno digital, implicando, además, la creación de múltiples recursos fundamentales para su implementación, tales como la definición del logo que sería utilizado y las historias clínicas de los personajes a construir. Lamentablemente, pese a haber completado el diseño y contenidos necesarios para su puesta en marcha, no fue posible materializar este proyecto en una página web, puesto que los conocimientos que se requerían para desarrollar el código de programación resultaron insuficientes para su culminación en el marco del tiempo académico disponible para hacerlo. En el Anexo 8 se pueden encontrar todos los archivos con los desarrollos específicos, los gráficos con la evolución de los mapas de navegación, un vídeo con una simulación inicial en

*Power Point* y todos los recursos a implementar como sonidos, textos, elementos de color, fuente, etc.

#### 4.9. Actividades de difusión del proyecto (Anexo 9).

La escritura de dos artículos sobre el proceso y resultados obtenidos con la exhibición colectiva *Más que tiempo*, permitió la incorporación de una nueva forma -desconocida hasta ese momento-, de comunicar una producción artística. En dos de los artículos se logró explicar -en el primero de forma breve, y en el segundo algo más extendida-, toda una serie de reflexiones motivadoras de las creaciones, pero también resultantes del ejercicio conjunto. A nivel individual, este proceso de escritura implicó, además, el conocimiento de las fases administrativas y trámites inherentes a este tipo de publicaciones. En la Figura 33 se pueden apreciar las dos páginas iniciales de los artículos publicados a nivel local: el primero en el periódico *La Tekhné* del ITM y el segundo en la revista *Progresivo* de la Fundación Universitaria Bellas Artes.

**Figura 33.**

*Publicaciones sobre “Más que tiempo”.*



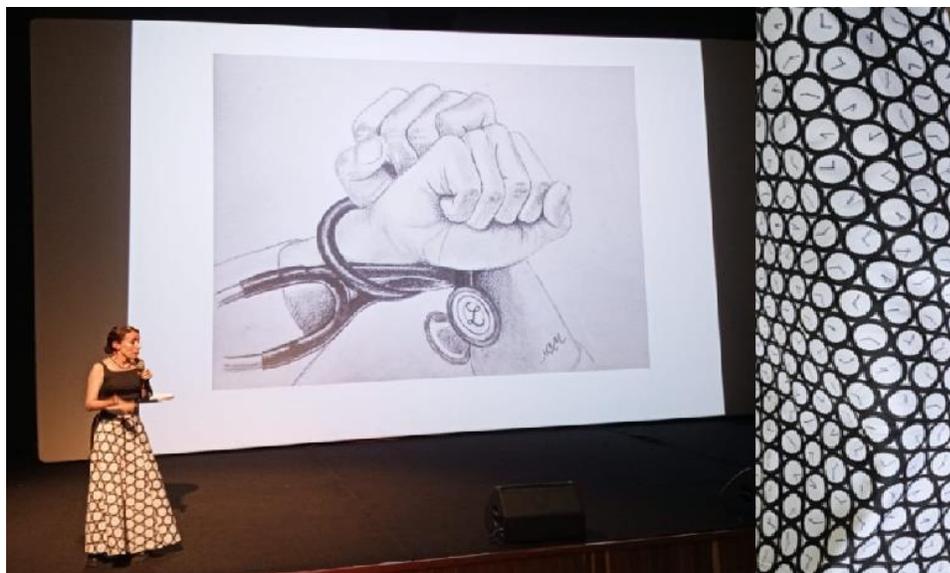
*Nota:* Corresponde a la página inicial de las publicaciones sobre “Más que tiempo”. A la izquierda *La Tekhné* de 2023-1 y a la derecha *Progresivo*, en octubre de 2023.

En octubre de 2023, se tuvo, así mismo, el espacio de participación en una ponencia dentro del *Seminario MAD: Arte no-humano, creaciones inspiradas en la naturaleza*, llevado a cabo en el Museo de Arte Moderno de Medellín (MAMM). La preparación para este evento requirió de la organización de toda la información relacionada con las producciones desarrolladas dentro del plan de estudios, pero hilada por primera vez en una narración formal y cronológica, contada a partir de lo que ha significado la creación a lo largo de la vida y como herramienta de salud mental para atravesar experiencias trascendentales y complejas. El título de esta participación fue *20 minutos: el desafío del ejercicio académico de creación de un profesional de la salud*.

El reto más grande en el planteamiento de esta ponencia fue contar con solo diez minutos para explicar cómo y por qué, llega una médica a un programa de Artes digitales, y, en mayor medida, qué es lo que espera comunicar con su trabajo de investigación-creación. Con tal premisa, se optó por realizar una puesta en escena, narrando un relato en primera persona con imágenes de fondo, como puede verse en la Figura 34. Para esta presentación, además, se diseñó y pintó a mano una prenda de vestir que quiso hacer aún más evidente la absurda preeminencia del tiempo -tanto en el proyecto como en la ponencia misma-, lo que también puede apreciarse en la Figura 34.

### **Figura 34.**

*Ponencia en el Seminario MAD del MAMM.*



*Nota:* Corresponde a una fotografía de la ponencia realizada el 11 de octubre de 2023. A la derecha, una imagen de detalle de la falda pintada a mano con pintura para tela.

Partiendo del contenido de la ponencia, se contó, así mismo, con la posibilidad de escribir un artículo que profundizó en el recuento de la experiencia de creación a lo largo de la vida, a la vez que contribuyó enormemente con la organización de los contenidos que serían incluidos en la escritura de este informe final. El producto fue incluido en la edición de diciembre de 2023 de la revista *La Piranga* del Museo de Ciencias Naturales de la Salle, como puede verse en la Figura 35. Esta publicación, al igual que la presentación utilizada en la ponencia, permitieron seleccionar y divulgar varias ilustraciones inéditas, realizadas inclusive, muchos años antes de la formación en artes digitales. Algunas de ellas pueden verse también en la Figura 35. Tanto los extractos de las publicaciones como la grabación de la ponencia están disponibles en el Anexo 9.

**Figura 35.**

*Publicación en la revista La Piranga.*



*Nota.* Corresponde a algunas páginas de la edición de diciembre de la revista *La Piranga*, acompañada de ilustraciones propias seleccionadas.

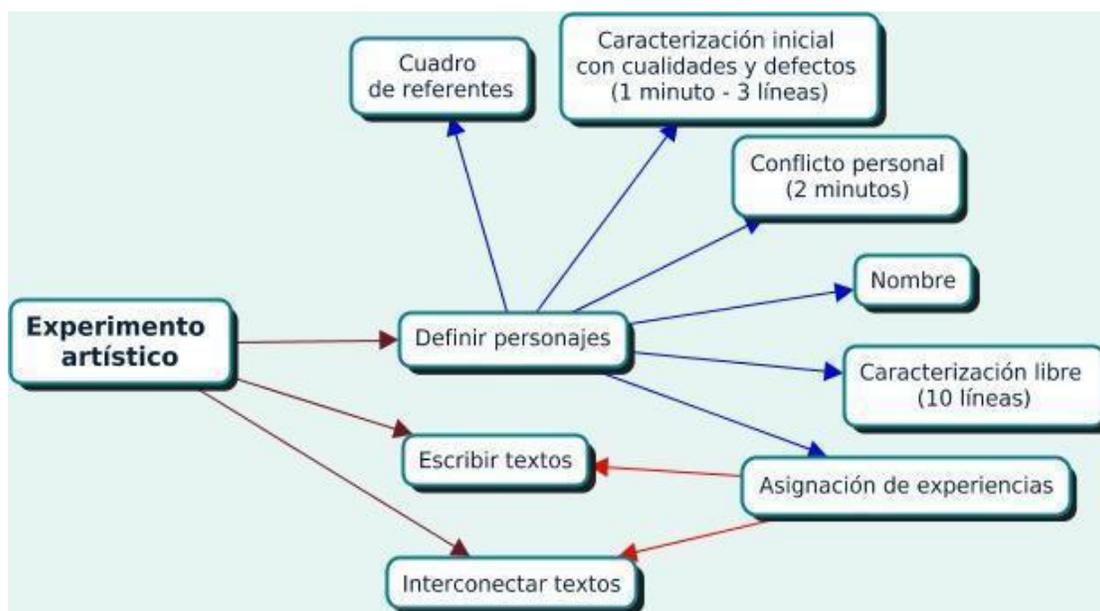
#### 4.10. Relatos interconectados (Anexo 10).

A partir de la escritura del relato incorporado en el proyecto de puesta en escena titulada *20 minutos*, apareció un gran interés por continuar plasmando de esta forma las experiencias de dificultades previas en los contextos de prestación de servicios de salud, por lo que, en el curso de una de las asignaturas, se desarrolló la idea de hacerlo a través de diferentes personajes, con cuya interacción, el lector tendría una idea más clara del tipo de obstáculos que deben sortear los

profesionales en ese escenario. Después de un ejercicio muy completo de conceptualización a través de la selección de palabras clave y de referentes teóricos y artísticos, así como de la identificación de relaciones y jerarquías, mediante la construcción de mapas conceptuales, se planearon y ejecutaron diferentes prácticas creativas de escritura bajo la forma de un experimento artístico limitado por el tiempo, cuyo diseño general puede apreciarse en la Figura 36.

**Figura 36.**

*Diagrama que describe el experimento artístico de escritura creativa.*



*Nota.* Corresponde a un mapa conceptual en el que se definen las prácticas creativas que componen las etapas del experimento artístico.

En un primer momento, se definieron 20 personajes que tendrían diversos roles en la prestación de los servicios de salud. Después se construyó un cuadro en *Excel* detallando los referentes reales de esos personajes, sus características y una experiencia en la cual estarían involucrados. Posteriormente, se continuó con otro ejercicio de escritura, pero ahora estableciendo un minuto de tiempo para cada personaje, en el cual se debían escribir tres líneas en las que se les asignaría un nombre, un sexo, una cualidad y un defecto. Más adelante, en otro ejercicio de ampliación de la narración, se expandieron los escritos iniciales a un tiempo de dos minutos para estipular diferentes conflictos personales, pero ya ajenos al escenario médico. Con el total de

características asignadas a los personajes, se procedió a completar el cuadro de *Excel*, que se convertiría en el plano de construcción de los relatos, como puede verse en la Figura 37.

**Figura 37.**

*Extracto de archivo de Excel con las características de los personajes literarios.*

Personajes	Características generales		Experiencia inicial	Nombre	Sexo	Características específicas		Conflicto personal	Dificultad de salud	Órgano comprometido
	Fortaleza	Debilidad				Cualidad	Defecto			
Médico 1	Conocimientos actualizados	Inexperiencia e idealismo	Atención de parto	El Doc Martín	Hombre	Proactivo	Presumido	Ansiedad patológica	Estreñimiento y sangrado digestivo	Intestino
Médico2	Confianza	Desencanto	Reunión médica	La Dotora	Mujer	Responsable	Descortés	Muerte de un hijo y divorcio	Migraña y anemia	Bazo
Médico 3	Experiencia	Resignación, desactualización	Consulta médica	El cucho	Hombre	Alegre	Irresponsable	Infidelidad	Dolor lumbar (tabes dorsal y adicción a los analgésicos)	Columna
Director Médico	Comprensión del quehacer médico para direccionar	Mala gestión de la presión y de la responsabilidad institucional	Reunión médica	El Dire	Mujer	Leal	Pusilánime	Adicción al celular	Dolor pélvico crónico	Útero
Gerente de la Institución	Possibilidad de gestionar recursos para cuidar de la salud de los pacientes que atiende su institución	Visión de rentabilidad y ganancia	Reunión médica	El Doctor Vallejo	Hombre	Cortés	Manipulador	Extorsión	Paranoia y problemas de sueño	Páncreas
Auditor Médico o Administrador	Comprensión del quehacer médico para direccionar	Visión de rentabilidad y ganancia	Reunión médica	La Doctorcita	Mujer	Creativo	Intransigente	Homosexualidad	Nódulo mamario	Mama
Interno (Estudiante del último año)	Conocimientos actualizados	Inexperiencia e idealismo	Reanimación	Nacho	Hombre	Aplicado	Perfeccionista	Autocensura	Hipotiroidismo	Tiroides
Auxiliar de atención	Amabilidad	Mala gestión de la presión y falta de criterio	Consulta médica	Diana Luz	Mujer	Tímido	Cálido	Embarazo no deseado	HTA en el embarazo (preeclampsia)	Riñón

*Nota.* Corresponde a un fragmento de una tabla de *Excel* en la cual se detallan las características de los personajes a construir. La segunda columna con los referentes de personas reales se ocultó para proteger sus identidades.

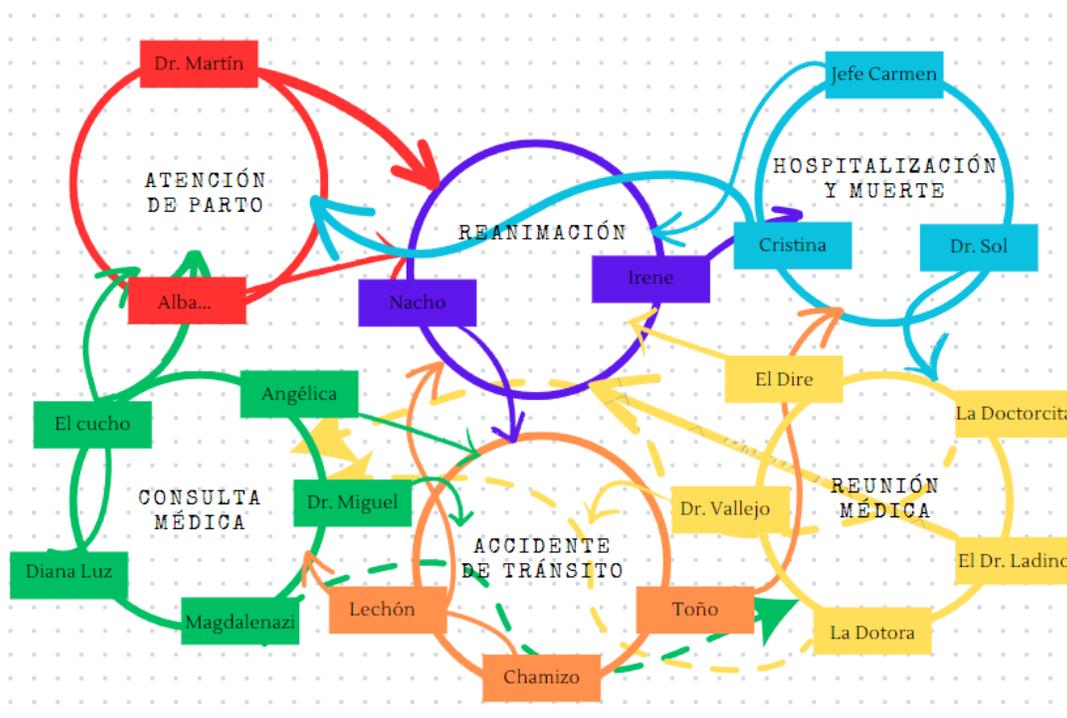
En un nuevo ejercicio en el que se expandió la descripción de cinco de los personajes a diez líneas, se buscó ahora desarrollar aún más la problemática específica que sufrirían a nivel personal y laboral. Para este ejercicio no hubo ya un tiempo límite, por lo que se intentó incluir la forma en la que todos sobrellevarían la presión del tiempo en un momento determinado de sus vidas. También fue necesario, en virtud de asociar sus relatos con los caligramas a construir, relacionarlos con dificultades específicas de salud, y, por ende, con órganos anatómicos determinados, como también puede verse en la Figura 37. El experimento finalizó luego de establecer relaciones entre los personajes, de acuerdo con los escenarios médicos en los cuales participarían, e indicando una interconexión de sus tramas a través de varios hipertextos que funcionarían como potenciales agujeros de conejo, como puede verse en la Figura 38.

A partir de este punto, se inició la escritura de varios relatos, tomando decisiones fundamentales de forma, como la de que todas las narraciones se harían en primera persona y

usarían el indicativo presente. Se concluyó que esa sería la mejor manera de transmitir la idea del tiempo cronológico en constante fricción con la percepción individual del mismo. También se estableció, con esta forma de escritura, la pretensión de que el lector se enterara de los acontecimientos, en la medida en que los personajes narraran lo que iban viviendo, mientras describían, así mismo, la forma en que asumen sus estándares éticos dentro de las limitaciones temporales del sistema de salud.

**Figura 38.**

*Diagrama de interrelación entre relatos.*



*Nota.* Corresponde a un mapa de interconexiones que establece la participación de cada personaje en más de un escenario médico.

Puesto que se contaba con la experiencia propia del ejercicio médico en otros ámbitos, como la práctica privada y la atención prehospitalaria, además de haber conocido las vivencias de una de las médicas entrevistadas en estos mismos entornos; durante la planeación de la escritura de los relatos, resultó pertinente la inclusión de algunos personajes que se desempeñaran en tales contextos. Este tipo de roles, ya externos al sistema de aseguramiento, están sometidos a otras formas de presión, que, de todos modos, siguen estando vinculadas al enfoque de “salud como

negocio”, lo que resalta de nuevo la idea de la rentabilidad en términos de productividad, inherente, por supuesto, al número de pacientes atendidos en un intervalo de tiempo.

El proceso de escritura estuvo atravesado por las dificultades que entraña la construcción de una narración basada en personas, situaciones y lugares reales, pero que además vienen ligados a recuerdos de experiencias dolorosas y frustrantes, de los cuales es muy difícil extraer la carga emocional que implica la percepción de haber sido objeto de arbitrariedades, o de haber presenciado atropellos o actos indolentes, contra los cuales no hubo acción posible.

También se hizo complicado avanzar en determinados momentos, ante la inseguridad provocada por la anticipación negativa de estar creando un producto que implicaría la lectura de textos extensos, en los cuales, posiblemente, pocas personas se interesarían.

Los primeros tres relatos, que, curiosamente tenían que ver con el ambiente externo al sistema de salud, se escribieron con el propósito inicial de crear el producto interactivo digital que no se pudo materializar, mientras que el resto de ellos se pensó para el producto titulado *Sísifo Relatos*. No hubo, sin embargo, diferencias en la forma de escritura atribuibles a este hecho, aunque en ese punto se determinó que los personajes tendrían diversos roles en la prestación de servicios de salud, con el fin de sumar contrastes a las experiencias que se describirían. En la Figura 39, por ejemplo, se presenta un fragmento del relato correspondiente a un médico particular.

### **Figura 39.**

#### *Fragmento del relato del Doctor Miguel.*

También recuerdo a muchos pacientes. ¿Cuántos habrán sido después de ejercer la medicina durante 50 años? De repente, estoy en la sala de espera del primer consultorio que abrí en el barrio. Ha venido mucha gente, aunque no pidiendo consulta, sólo quieren presentarse, conocerme y darme la bienvenida. La matrona de los Giraldo está ahí y me mira escéptica. En un momento voltea a decirle a Don Jorge “no le hagan caso, hoy ha estado más perdido que siempre, pásenle rápido todos esos papeles...” y no alcanzo a oír más, porque hay otros sonidos que ocupan mi atención... Esa señora es de cuidado, pero con el tiempo me la voy a ganar. De hecho, seré yo la última persona a la que vea en la agonía del final.

Las caras de mis pacientes se suceden en mi memoria, a la par que lo hacen las notas del *Caprice basque*, *Airs espagnols* y *Carmen fantasy* de Sarasate. En mi consultorio soy muy feliz. Hago parte de una comunidad. Mis vecinos son mi familia. He visto crecer al barrio. Lo ayudo a prosperar. He sido testigo de romances adolescentes que luego se convierten en matrimonios, a los que les doy primicias de embarazos y los acompaño hasta conocer rozagantes bebés, que después veo también crecer y comenzar un nuevo ciclo. Y, por supuesto: hago diagnósticos dolorosos y definitivos. Y veo morir a muchos... ¡Tantos!

*Nota.* Corresponde a un fragmento de uno de los relatos culminados, perteneciente a un personaje que se desempeña como médico particular de un barrio de la ciudad.

Finalmente, de los 20 relatos que se habían contemplado originalmente, a partir de los 20 personajes caracterizados, se determinó la creación de sólo 12 de ellos para su inclusión en el producto de literatura digital, teniendo en cuenta el tiempo académico límite para dar respuesta a los requerimientos de la finalización del trabajo, pero, sobre todo, por haber dimensionado la falta de elementos que permitirían hilar tramas coherentes e interesantes en torno a ciertos personajes. En la construcción de estos, específicamente en su actuar frente a las presiones cotidianas, se pretendía dar vida a seres plausibles y llenos de matices. En su lugar, los actores que ejercen roles de autoridad -como directores y auditores-, responsables de las decisiones que terminan por coartar la labor médica, acababan por establecerse como villanos muy oscuros, lo que alejaba a la trama completa de la naturaleza realista y reflexiva que se le pretendía conferir. Los archivos que contienen los resultados de los experimentos artísticos descritos, mapas, tablas y gráficos, así como los cinco primeros relatos desarrollados, se incluyen en el Anexo 10.

#### **4.11. Caligramas (Anexo 11).**

La ambición de unificar posibilidades pictóricas y narrativas en un mismo medio hizo que se emplearan los caligramas como recursos fundamentales de expresión, prácticamente desde el primer proyecto llevado a cabo en el curso del plan de estudios. Sin embargo, su elaboración pasó por múltiples procesos de experimentación que permitieron desarrollar una suerte de técnica propia, que, finalmente, sirvió a los propósitos de esta investigación-creación. Uno de los primeros caligramas elaborados, el de *Sísifo Médico*, se presenta en la Figura 40.

La primera y más obvia presunción, relacionada con la construcción de los caligramas, tenía que ver con unas mayores posibilidades de realización, mediante la utilización de aplicativos digitales. Ya fuera por facilidad o por estética en sus resultados, se pensaba que la generación automática sería la mejor alternativa, lo que tuvo ocasión de replantearse durante el uso de aplicaciones como *WordArt*, o de herramientas como *Processing*, incluyendo páginas de código abierto para esta última. El mayor obstáculo para una construcción fiel al propósito pretendido es la utilización de palabras que suelen hacer los medios digitales. El empleo de frases completas, que se prefiere en el ámbito de este trabajo, sencillamente no es posible con la primera herramienta mencionada o lleva a que la silueta se desfigure y se pierda el sentido de la representación con la segunda. Adicionalmente, ambas tecnologías suelen determinar un único sentido para la disposición del texto, lo que le resta variedad a la creación. En ese orden de ideas, la primera

decisión que se tomó fue la de realizar los caligramas a mano: una solución al problema del uso de las palabras en lugar de las frases y al de una única dirección del texto.

**Figura 40.**

*Caligrama de Sísifo Médico.*



*Nota:* Descripción de los actores del sistema de salud utilizando la figura del reloj y de Sísifo para configurar un caligrama. Elaboración propia.

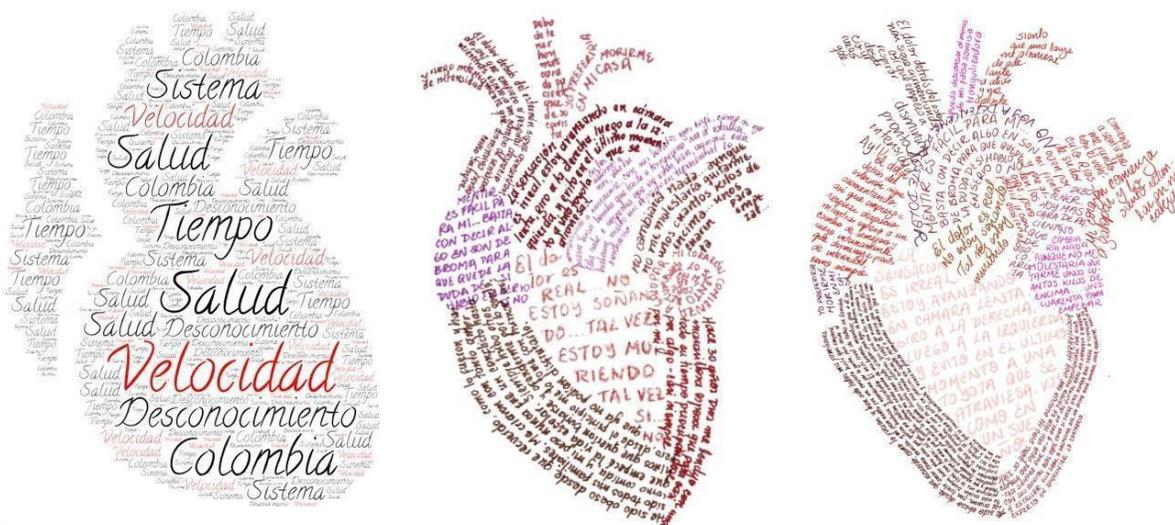
Posteriormente, surgió la necesidad de establecer el material de elaboración a emplear. Durante algunos ejercicios experimentales, se tuvo ocasión de comprobar las dificultades inherentes del trazo en papel, que implican una mayor posibilidad de cometer errores de caligrafía, ante lo cual, la única salida, sería duplicar la tarea, teniendo una primera escritura a lápiz, para después emplear tinta. Por otro lado, el dibujo digital en una tableta ofrecía una forma muy práctica y limpia de trabajo, puesto que es posible realizar un trazado por capas; las mismas que pueden modificarse individualmente, corregirse, distorsionarse, redimensionarse o, inclusive, colorearse de la forma en que se desee.

Como ya se comentó en un apartado previo, en algún punto, fue necesario también abandonar las imágenes de tejidos al microscopio como base de elaboración, puesto que restringían el espacio disponible para delinear el texto. En su lugar, se definió el uso de las siluetas

macroscópicas de los órganos anatómicos, las cuales ofrecían mayores posibilidades. Durante todo este proceso, que implicó la creación de caligramas en el marco de *Sísifo* como proyecto escultórico interactivo, de *Sísifo* en “Más que tiempo”, de *Sísifo Web* y de *Sísifo Relatos*, se logró identificar el desarrollo de una técnica propia para la construcción de estas imágenes. En la Figura 41 se puede observar una imagen que compara diferentes métodos para la realización de un mismo caligrama.

**Figura 41.**

*Evolución en la técnica de construcción de caligramas.*



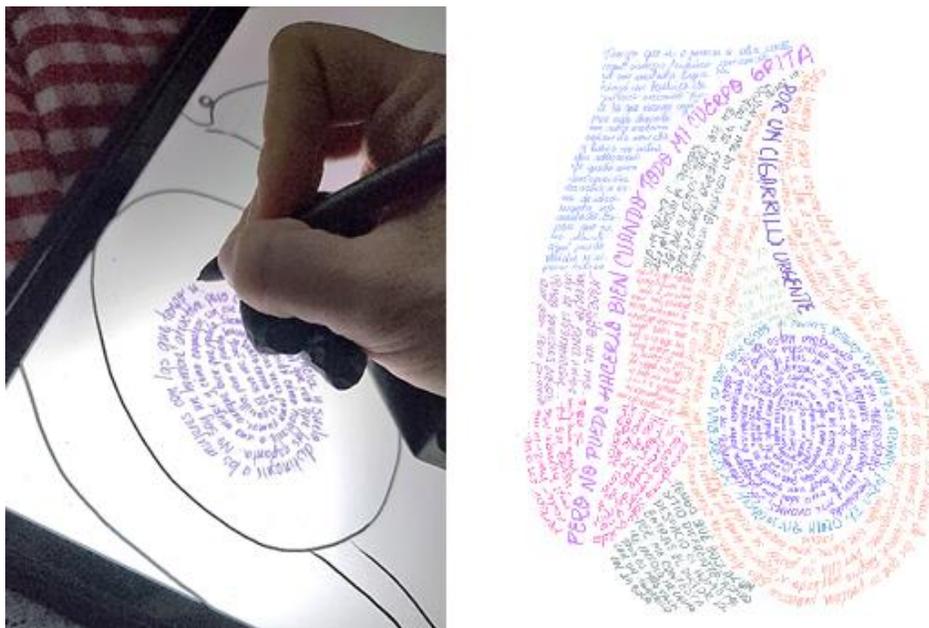
*Nota.* Corresponde a una imagen que compara, de izquierda a derecha, un caligrama construido a través de una aplicación digital automática, a mano sobre papel y a mano, pero utilizando una tableta.

El proceso de elaboración de los caligramas comienza con la selección de los textos que se incluirán en él, intentando escoger los que sean más significativos o poéticos y teniendo en cuenta diferentes longitudes. Posteriormente, y utilizando la aplicación *SketchBook*<sup>8</sup> en la tableta, se define el tamaño que tendrá el dibujo, así como la paleta de colores que se utilizará, y el tipo y calibre de la herramienta con la cual se harán los trazos, ya sea lápiz, pluma, pincel, etc. Para cada fragmento, se crea una capa nueva que luego se protege cuando está lista, antes de crear la siguiente. Al finalizar, se exporta una imagen con las dimensiones preestablecidas. En la Figura 42 puede verse una etapa de este proceso, así como el resultado final que muestra fragmentos del

relato de “Chamizo” en el caligrama de una imagen correspondiente a los genitales masculinos. Tanto las experimentaciones como los productos finales pueden revisarse en el Anexo 11.

#### **Figura 42.**

*Proceso de elaboración de un caligrama y resultado final.*



*Nota.* Corresponde a una fotografía que muestra una de las etapas del proceso de construcción de un caligrama mediante dibujo digital (izquierda) y su resultado final (derecha).

#### **4.12. Sísifo Relatos – Página web (Anexo 12).**

Ante la imposibilidad de implementar el producto interactivo digital llamado *Sísifo Web*, a cuyo diseño se le dedicó una gran cantidad de tiempo y esfuerzo, surgió la perspectiva de desarrollar una página web que reuniera gran parte de los recursos creados con ocasión de este desarrollo previo, y cuya evolución se explica desde todas las prácticas creativas descritas hasta este punto.

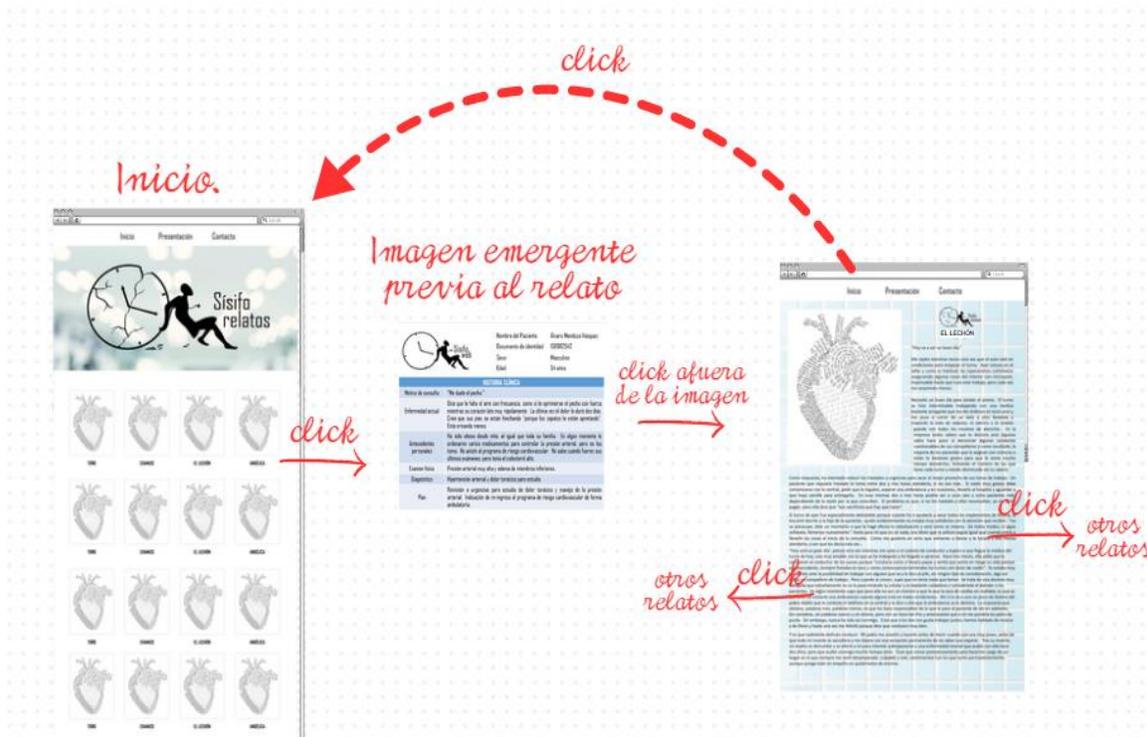
Fue así como se dirigieron los esfuerzos a la articulación de un nuevo producto digital en el cual se pudieran disponer los relatos construidos en toda su extensión, pero con la posibilidad de navegar entre ellos mediante hipertextos, a través de los nombres de los personajes. El objetivo, entonces, fue crear enlaces a cada una de las narraciones desde la página de inicio, pero enlazando, al mismo tiempo, todas las páginas literarias a través de unas conexiones específicas, dadas por la aparición de los personajes en más de un relato. De esta forma, el visitante puede tener una

experiencia no lineal de lectura, que le dará características propias a su interacción con el texto, teniendo en cuenta, también, que todos los argumentos se derivan de eventos comunes, de forma que cada personaje ofrece unos elementos propios que configuran y enriquecen una sola trama.

En la página de cada personaje, como elemento pictórico-narrativo, se incluyeron los caligramas construidos con fragmentos de los relatos, utilizando la forma anatómica designada previamente en uno de los ejercicios escriturales ya comentados. Adicionalmente, y buscando tener una imagen homogénea de fondo para cada una de las páginas, se incluyeron fotografías propias de pisos, ventanas y cielos rasos característicos de los entornos laborales en los cuales se mueven los personajes, puesto que se querían incluir elementos del recuerdo, sobre los cuales solía fijarse la mirada en momentos de desesperación y de deseo ferviente de “escapar” del asfixiante trabajo médico, en el marco de la tiranía cronológica y económica de las instituciones. El mapa de interacción diseñado, que incorpora estos elementos, puede verse en la Figura 43.

**Figura 43.**

*Diseño para la interfaz de Sísifo Relatos.*



*Nota.* Corresponde al mapa de navegación de la página web diseñada.

También se tomó la decisión de agregar el elemento de los casos clínicos ya implementados durante el desarrollo de los contenidos del producto interactivo digital inacabado. Se determinó, entonces que, previo al ingreso a la página de cada relato, aparecería, como imagen emergente, la historia clínica de cada personaje, en la que se incorporaron elementos de imagen, color y tipografía que ya habían sido diseñados para *Sísifo Web*, como puede apreciarse en la Figura 44.

**Figura 44.**

*Historia clínica del personaje de Angélica.*



Nombre del Paciente: Angélica Rodríguez Lopera  
 Documento de identidad: 432118964  
 Sexo: Femenino  
 Edad: 29 años

HISTORIA CLÍNICA	
Motivo de consulta	"No me he podido embarazar."
Enfermedad actual	Ha tenido dos abortos espontáneos en los últimos dos años. Quiere asistir con su esposo a un tratamiento de fertilidad para tener un bebé. A él ya le hicieron varios exámenes que fueron normales. Viene solicitando pruebas hormonales y ecográficas. Niega alteraciones menstruales.
Antecedentes personales	Dos abortos espontáneos en el primer trimestre, se desconoce la causa. Niega diagnósticos de enfermedades crónicas o problemas de coagulación. No toma medicamentos.
Examen físico	Examen físico normal. No se realiza examen pélvico.
Diagnóstico	Infertilidad femenina.
Plan	Recomendación de realización de exámenes particulares (ecografía y perfil hormonal). Recomendación pre-concepcional de suplementar ácido fólico y calcio (particular).

*Nota.* Corresponde a la imagen de historia clínica de uno de los personajes para la página de *Sísifo Relatos*.

El papel de la historia clínica es ofrecer un contraste entre la información obtenida a través de un acto médico limitado por el tiempo y las circunstancias, frente a un relato con muchos más elementos narrados por su protagonista. Es así como, si una paciente femenina consulta por un aumento en la pérdida de cabello, su historia clínica, escrita de forma muy sucinta y en lenguaje no técnico, tendrá poca información realmente valiosa para desentrañar la causa del motivo de consulta. Pero en el relato completo, en cambio, podrá leerse que ese personaje padece, desde hace algún tiempo, de un trastorno de alimentación que le ha costado mucho sobrellevar, y sobre el que no le ha hablado todavía a alguien, mucho menos, por supuesto, al médico de la EPS, que

ni siquiera tiene tiempo de mirarla cuando se atreve a consultar, y que la atiende en diez minutos, recomendándole varios productos vitamínicos particulares que ella sabe que no le van a servir. En general, se pretendió que los problemas de salud, seleccionados como circunstancias adversas de los personajes, tuvieran la connotación de ser muy frecuentes, pero de difícil abordaje y resolución, sobre todo en el marco de la atención en el contexto actual.

Para la página web, además, se creó un nuevo logo, a partir del que se había diseñado para el producto predecesor que mostraba a *Sísifo Médico* arrastrando una piedra con forma de reloj. Dado que la premisa de esta creación es detener la presión del tiempo, a partir del conocimiento de la historia de cada personaje, el reloj de su logo aparece roto, como puede verse en la Figura 45.

**Figura 45.**

*Imagen comparativa de logos creados.*



*Nota.* La imagen de la izquierda corresponde al logo creado para el producto interactivo digital que no se llevó a cabo, mientras que la de la derecha, es una modificación para la creación principal del trabajo.

Con el fin de diseñar la página web, se realizó una exploración preliminar de las plataformas de desarrollo gratuitas, además de buscar plantillas de pago en páginas especializadas. Dado que este tipo de recursos se suele predeterminar para promocionar productos o servicios, y que la creación que se esperaba lograr se caracterizaría por incorporar textos extensos, estas herramientas no parecían ofrecer las soluciones requeridas. En su lugar, apareció la posibilidad de desarrollar la creación con la ayuda de un estudiante del programa de *Desarrollo del software* del ITM, quien fuera el encargado de la programación de este producto mediante la utilización de los lenguajes de programación *HTML*, *CSS*, *JavaScript* y *Bootstrap* en el programa *Visual Studio Code*<sup>9</sup>, además de realizar el proceso de puesta en línea a través de *hostinger.co*. En la Figura 46

puede verse una captura de pantalla del producto desarrollado, el cuál será presentado posteriormente. En el Anexo 12 se pueden encontrar algunos recursos incorporados durante la elaboración del producto, así como su mapa de interacción.

**Figura 46.**

*Página de inicio de Sísifo Relatos.*



*Nota.* Corresponde a una captura de pantalla de la página web desarrollada.

## 5. Discusión.

La presunción de que existe una contradicción entre el tipo de médico que un profesional en salud quiere ser -en virtud del conocimiento de un modelo clásico ideal que recibió en su formación-, frente al tipo de médico que, efectivamente termina siendo en el contexto de las instituciones colombianas del sistema de aseguramiento, no era sólo un hecho aislado y propio de la experiencia personal que motivó la realización de esta investigación-creación. Tras 16 años de trasegar en diferentes escenarios de prestación del servicio, muchos aspectos inconvenientes e incoherentes de la práctica médica se han hecho evidentes, gracias a la misma voz de colegas sobrecargados y hartos, cuyas quejas constituyen su única forma de sobrellevar un conflicto que no tienen los medios para solucionar. Esas quejas, sin embargo, muy pocas veces logran trascender sus entornos específicos, pese a que podrían ofrecer respuestas a algunas inquietudes de los pacientes o “usuarios”, igualmente inconformes frente a las condiciones de atención que reciben.

Brindar un espacio para recoger y difundir esas voces, constituye uno de los grandes aportes de este trabajo.

A través de la realización de las entrevistas se hizo innegable que la contradicción, aunque no es general, no sólo existe, sino que tiene muchos matices y se expresa en diferentes medidas, de acuerdo con las experiencias que los profesionales han tenido que atravesar a lo largo de sus carreras y con las conductas que han tomado para hacerles frente. Los hallazgos de este proceso, sumados a las evidencias de directrices restrictivas analizadas, permiten ilustrar toda una suerte de prácticas poco éticas llevadas a cabo en por lo menos 21 instituciones diferentes. En un momento en el que se ha llegado a dar por sentado que ese tipo de prácticas son necesarias para cuidar los recursos económicos y que el profesional se debe atener a ellas para poder laborar, la búsqueda de estrategias que confronten la naturalización de esa premisa en la forma de ejercicios creativos constituye una valiosa reflexión, teniendo en cuenta, sobre todo, que no es un tema que acapare la atención de las investigaciones en Colombia, cualquiera que sea su enfoque. En ese sentido, este trabajo hace una contribución, no solo a una mejor comprensión de esta problemática de salud, sino también a la capacidad de las artes digitales para visibilizar conflictos de diversa índole, así como de posibilitar un entendimiento muy valioso y complementario a las aproximaciones de estudio más convencionales.

Los resultados de esta investigación-creación plantean algunos otros dilemas relacionados con su tema central, cómo las acciones que ha emprendido la academia -si lo ha hecho-, para atenuar esta misma contradicción en las nuevas generaciones de médicos, pero también, cómo ha logrado reconciliar ambas dimensiones en un mismo discurso, sin llegar a perder coherencia. Especial interés tendría el estudio del caso de una universidad local que ofrece, desde hace poco, el pregrado médico -bajo la tutela de una institución privada muy reconocida-, y cuya mención de “la administración y la economía de la salud” se antepone a “la ayuda de las personas” en el enunciado que da cuenta de su visión institucional, además de incluir por lo menos diez asignaturas en su plan de estudios con nombres que sugieren un énfasis en temas relacionados con el sistema de salud y las tecnologías médicas (Universidad EIA, 2024).

Si bien, la naturaleza de este trabajo está muy lejos de contemplar como parte de sus objetivos la generación de “evidencia significativa” que posteriormente pueda validarse o extrapolarse, sí pone de manifiesto un aspecto que poco se incluye en las reflexiones alrededor de la educación médica. De acuerdo con Torres Serna, la insatisfacción médica prevalente en el país

tiene su origen en las dificultades de estos profesionales para acceder a una especialización, ya que sólo 1 de cada 20 médicos lo logra, por lo que la discusión se ha centrado en llevar a que los planes de estudio formen médicos con énfasis específicos en especialidades clínicas (2023, p. 9802). Este trabajo, por su parte, también reconoce esa problemática, pero no asumiéndola como una causa, sino como el resultado de condiciones laborales muy adversas, entre las que se encuentra la contradicción básica que ya se ha descrito.

En cualquier caso, el hecho de realizar una investigación-creación sobre un tema relacionado con la medicina, ya representa de por sí una contribución novedosa a esta disciplina, puesto que no es una metodología de estudio que se utilice habitualmente. Al indagar por trabajos similares publicados, es posible encontrar algunos cuyo objetivo estuvo enmarcado en el tema de la salud, pero realizado por profesionales por fuera de esa área. La “Cama de olvido”, por ejemplo, es una investigación de la artista colombiana Liliana Vergara, que, a través de una videoinstalación, indaga sobre la vejez y la forma en la cual las dinámicas actuales, además de la visión del sistema de salud, han rebajado a las personas mayores a ciudadanos de menor categoría, muchos de los cuales deben soportar el abandono familiar y social en un momento especialmente vulnerable, en el que requieren de múltiples soportes para su supervivencia, incluyendo la necesidad de recurrir continuamente a servicios de salud saturados (Vergara Zambrano, 2018). Cabría preguntarse, en contraste, cuál sería el enfoque dado a este tema por un profesional médico o en colaboración con él, pero a través de la misma aproximación de investigación-creación.

Conviene señalar, eso sí, que no se está sugiriendo que esta forma de estudio pueda emplearse para todos los temas de investigación médica. Existen razones de sobra para reconocer los méritos de los métodos cuantitativos que nutren la *Medicina basada en la evidencia*, pues no se conoce hasta el momento una manera más idónea para determinar asuntos médicos fundamentales susceptibles de ser medidos o tasados. Probablemente la mayoría de los pacientes se sientan más tranquilos de saber que reciben tratamientos, exámenes y procedimientos probados en diferentes escenarios y con el mayor número de personas posible; así existe una confianza en que no sólo será efectivo para su dolencia, si no que no le hará daño. Los médicos, por su parte, además de sentirse más cómodos haciendo prescripciones rutinarias, están obligados a basar todas sus decisiones en estudios que representen “la mejor evidencia disponible”.

En contraste, los estudios cualitativos se han abierto camino en las últimas décadas como aproximaciones complementarias que permiten comprender mejor ciertos fenómenos, ya

centrados en los pacientes como individuos, y reconociendo visiones específicas dadas por sus propias experiencias vitales. La etnografía, la investigación-acción participativa y el estudio de casos, son algunos diseños metodológicos que se utilizan en el análisis de problemáticas como la violencia, las adicciones, la salud mental y la sexualidad, llegando a conclusiones más profundas que las que arrojan las estadísticas.

En ese orden de ideas, y teniendo en cuenta que la preocupación fundamental secundaria a la formación propia en Salud Pública se centra en encontrar cada vez más recursos de educación para la salud, esta experiencia de investigación-creación se perfila como un gran descubrimiento personal que permitirá plantear nuevos proyectos similares orientados a la búsqueda de formas efectivas para trabajar en torno a la promoción de tópicos como la actividad física, los buenos hábitos de alimentación, la prevención del tabaquismo y del embarazo no deseado, por mencionar sólo algunos. La intermediación artística para una creación conjunta, que constituiría el resultado de la investigación-creación, puede ser, al mismo tiempo, un recurso determinante a la hora de desarrollar procesos profundos de indagación de un tema particularmente difícil de abordar. Apelar a la sensibilidad artística de las personas en su rol de pacientes, puede llegar a favorecer formas de comunicación más cercanas, que contribuyan a la comprensión de mecanismos individuales esenciales en su propia manera de entender y vivir el proceso salud-enfermedad. Aunque esto se viene haciendo desde hace algún tiempo con fines terapéuticos al utilizar la llamada “arte-terapia” en el tratamiento de algunas enfermedades, cabe aclarar que las consideraciones aquí expuestas se refieren enteramente al campo de la promoción de la salud, escenario menos involucrado en estas prácticas.

Pese a que la investigación basada en artes se ha utilizado tradicionalmente para abordar asuntos propios de otras disciplinas, y que, de acuerdo con García Ríos el propósito de la investigación-creación como método emergente es la de contribuir con las problemáticas propias del arte (2021, p. 33), a nivel nacional, se considera que este abordaje constituye “una forma de generación de conocimiento que puede ser pertinente para cualquier área del saber” (Ministerio de Ciencia, Tecnología e innovación [Minciencias], 2021, p. 5).

Para el caso específico del trabajo desarrollado, se puede concluir que los recursos obtenidos durante la formación de base no sólo enriquecieron los procesos metodológicos de indagación, si no que nutrieron la elaboración de todos los productos a partir de un diálogo permanente con cada uno de los aprendizajes adquiridos en el marco de las asignaturas del

programa académico. Finalmente, tanto las vivencias propias en el campo médico, como los elementos resultantes de las prácticas creativas, constituyeron piezas fundamentales para la creación de relatos literarios contextualizados que pretenden abrir un espacio de conversación en torno a las dificultades del ejercicio profesional actual en el país.

En esta oportunidad la medicina y las artes digitales formaron un dueto bien compaginado que permitió incluir y armonizar visiones y fortalezas propias de cada disciplina, a través de la abstracción y representación de conceptos particulares, que además incorporaron elementos conocidos como recursos estéticos. Ojalá en el futuro se lleguen a materializar más sinergias similares, que, como afirmó Hernández-Chavarría sobre los propósitos comunes a todas las áreas, puedan aumentar “el acervo cultural y a la vez, sean la semilla inspiradora para más investigación” (2018).

## **6. Conclusiones.**

- La presunción de que el ejercicio médico en el contexto actual entraña una contradicción de índole ética frente al objetivo de rentabilidad económica de las instituciones en las cuales se lleva a cabo, no corresponde a una experiencia personal única, pues otros profesionales también la han experimentado.
- El tiempo destinado para la atención de los pacientes en los servicios de consulta externa resulta insuficiente para los profesionales, quienes a veces se ven obligados a utilizar diferentes estrategias tendientes a poder llevar a cabo todas las tareas que implica una atención. Una de ellas es solicitarle al paciente que priorice sus motivos de consulta, lo que también les llega a representar un conflicto ético. Existen entidades en las cuales el tiempo de atención es inferior a 20 minutos y hay otros contextos en los que, además, el tiempo varía en función del tipo de aseguramiento del paciente.
- Existe presión para cuidar los recursos económicos de las entidades que prestan servicios de salud, que se traduce en múltiples directrices que coartan el criterio de los médicos y se convierten en barreras de acceso a los servicios para los pacientes. La forma de estas disposiciones ha variado en el tiempo, comenzando por ser recomendaciones amables durante los años iniciales de implementación, hasta convertirse en imposiciones rígidas actuales, ampliamente conocidas y de

alguna forma, aceptadas por los profesionales. Las directrices analizadas en el marco de este trabajo abarcan 21 instituciones diferentes a lo largo de 29 años.

- Las directrices que coartan el criterio médico incluyen la obligación de comentar cualquier ordenamiento de exámenes o remisiones a especialista con un auditor que determina si esto se puede autorizar o no, la supeditación del salario recibido en función del número de pacientes que se consiga evaluar, el seguimiento constante al total de prescripciones realizadas en un periodo de tiempo, las bajas calificaciones en la evaluación de desempeño e inclusive, la terminación de contrato.
- El *software* de historias clínicas, a menudo, se utiliza para restringir el criterio médico en la forma de parametrizaciones que condicionan los ordenamientos de manera implacable. También se reconoce el papel de estos aplicativos y, en general, de las herramientas tecnológicas utilizadas, como obstáculos que entorpecen el desarrollo del acto médico y quitan tiempo para enfocarse en aspectos importantes del paciente.
- En el contexto del aseguramiento, hay una percepción muy negativa de los profesionales frente a su práctica médica debido a la frustración que entraña la labor, a la desmotivación ante las pocas perspectivas de mejora y a las condiciones laborales cada vez más contrarias a la vocación que motivó a muchos de ellos a elegir esta carrera.
- A través de creaciones digitales interactivas, fue posible darle voz a los profesionales que laboran en diferentes contextos, visibilizando su frustración e insatisfacción frente a un ejercicio médico cada vez más restringido y contrario a su ideal de formación.
- Las diferentes prácticas creativas permitieron desarrollar ejercicios de conceptualización artística muy satisfactorios, con los cuales se logró mostrar varias experiencias adversas para quienes se dedican al cuidado de la salud.
- Varios de los proyectos académicos relacionados con desarrollos técnicos, permitieron diseñar proyectos de creación en los cuales, cualquier interactor, puede experimentar simbólicamente las presiones que ejercen las diferentes instituciones encargadas del cuidado de la salud sobre los profesionales.

- El trabajo de investigación-creación permitió abstraer y concretar múltiples reflexiones personales, al someterlas a un proceso académico riguroso que posibilitó, además, su transformación en un sustrato más abundante para desarrollar creaciones artísticas a partir de expresiones pictóricas, literarias y escénicas.

## Referencias.

- Ahlzén, R. (2007). Medical humanities – arts and humanistic science. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(4), 385–393. <https://doi.org/10.1007/s11019-007-9081-3>
- Apollinaire, G. (2014). *Caligramas*. Libro al viento. [https://idartesencasa.gov.co/sites/default/files/libros\\_pdf/104.%20Caligramas.pdf](https://idartesencasa.gov.co/sites/default/files/libros_pdf/104.%20Caligramas.pdf)
- Así controlan las instituciones y empresas de salud a los médicos. (2014, 25 noviembre). *Revista Semana*. <https://www.semana.com/nacion/articulo/las-eps-controlan-los-medicos-con-polemicos-metodos/409528-3/>
- Ayers J.W., Poliak A., Dredze M., et al. (2023). Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum. *JAMA Intern Med.*, 183(6), 589–596. doi:10.1001/jamainternmed.2023.1838
- Bergson, H. (1957). *Memoria y vida*. Alianza Editorial.
- Caballero, J. (2015). *Paciente* [documental]. Gusano films.
- Caballero, J., Gómez-Quintero, C.M., Pitouli, C., Martínez, M. (2016). *Impaciente* [juego interactivo]. Taller Estampa.
- Camus, A. (2021). *El mito de Sísifo*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Cortázar, J. (2006). *Rayuela*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Cunha, S. (2022). *La persistencia de la memoria de Salvador Dalí* [Blog]. <https://www.culturagenial.com/es/persistencia-de-la-memoria-dali/#:~:text=La%20persistencia%20de%20la%20memoria%20es%20una%20visi%C3%B3n%20subjetiva%20de,huye%20de%20la%20racionalidad%20superficial.>

- Díaz Berenguer, A. (2012). ¿Por qué la medicina sigue siendo un arte? *Arch Med Interna*, 34(1), 33-35. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v34n1/v34n1a07.pdf>
- Dirección General de Sanidad Militar. (2010). *Guía de manejo de enfermedad ácido-péptica*. <https://www.sanidadfuerzasmilitares.mil.co/entidad/dependencias/grupo-prestacion-operacion-servicios/guias-manejo/guias-manejo-2010-enfermedad-acido-peptica>
- Electronic Literature Organization. (2006). *The Electronic Literature Collection Volume One*. <https://collection.eliterature.org/1/>
- Electronic Literature Organization. (2011). *The Electronic Literature Collection Volume Two*. <https://collection.eliterature.org/2/>
- Electronic Literature Organization. (2016). *The Electronic Literature Collection Volume Three*. <https://collection.eliterature.org/3/>
- Ende, M. (2016). *Momo*. Penguin Random House Grupo Editorial.
- Espinosa, C.E. (24 de marzo de 2023). *Entrevista realizada por N. Arroyave*. [Grabación]. 20 minutos: La creación frente al problema del tiempo en el ejercicio médico. Medellín, Colombia.
- Flores, L. (2016). ¿Qué es la literatura electrónica? *80 grados+ Prensa sin prisa*. <https://www.80grados.net/que-es-la-literatura-electronica/>
- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. Siglo Veintiuno Editores.
- García, Y.C. (27 de marzo de 2023). *Entrevista realizada por N. Arroyave*. [Grabación]. 20 minutos: La creación frente al problema del tiempo en el ejercicio médico. Medellín, Colombia.
- García Ríos, A.S. (2021). *Método de Investigación creación (I+C)*. En Córdoba Cely, C. (1.a ed.). Investigación + creación a través del territorio (pp. 29-48). Editorial Universidad de Nariño.
- Gargantilla, P. (2011). *Breve historia de la medicina*. Ediciones Nowtilus. <http://www.librosmaravillosos.com/brevehistoriadelamedicina/pdf/Breve%20historia%20de%20la%20medicina%20-%20Pedro%20Gargantilla.pdf>

- Henao, L.Y. (8 de abril de 2023). *Entrevista realizada por N. Arroyave*. [Grabación]. 20 minutos: La creación frente al problema del tiempo en el ejercicio médico. Medellín, Colombia.
- Hernández Chavarría F. (2018). La visión de un científico sobre la investigación en artes plásticas. Universidad de Guanajuato. *El Artista*, No 15.  
<https://www.redalyc.org/journal/874/87457958007/html/>
- Hipócrates. (s.f.). *Aforismos y sentencias*. Biblioteca El libro total Prisma.  
<https://www.ellibrototal.com/ltotal/?t=1&d=6857>
- Jaramillo-Antillón, J. (2001). Evolución de la medicina: pasado, presente y futuro. *Acta Médica Costarricense*, 43(3), 105-113.  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022001000300003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022001000300003&lng=en&tlng=es).
- Las trabas que sigue poniendo EPS Sura a médicos y pacientes. (2015, 20 abril). *Revista Semana*. <https://www.semana.com/eps-las-trabas-que-siguen-poniendo-eps-sura-medicos-pacientes/424834-3/>
- Ley 1438 de 2011. [Presidencia de la República]. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. 19 de enero de 2011.
- Ley 2015 de 2020. [Presidencia de la República]. Por medio de la cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones. 31 de enero de 2020.
- Longan Phillips, S. (2011). Sobre la definición del arte y otras disquisiciones. Instituto Tecnológico de Costa Rica. *Revista Comunicación*, 20(1), 75-79.  
<https://www.redalyc.org/pdf/166/16620943011.pdf>
- Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. (2021). *Investigación + Creación: Definición y reflexiones*.  
[https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/convocatoria/anexo\\_3\\_-\\_la\\_investigacion\\_creacion\\_-\\_definiciones\\_y\\_reflexiones.pdf](https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/convocatoria/anexo_3_-_la_investigacion_creacion_-_definiciones_y_reflexiones.pdf)
- Ministerio de Salud. (2020). *Procedimiento de gestión de guías de práctica clínica 2020*.  
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos%20y%20procedimientos/PSSP05.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Informe anual Acciones de tutela en salud – Vigencia 2021, orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008*.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/informe-tutela-2021-st-760-de-2008-final-corte-constitucional.pdf>
- Niccol, A. (Director). (2011). *In time* [película]. Regency Enterprises.
- Oliveros, R., Pinilla Morales, R.E., Facundo Navia, H., Sánchez Pedraza, R. (2019). Cáncer gástrico: una enfermedad prevenible. Estrategias para intervención en la historia natural. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 34(2), 177–189.  
<https://doi.org/10.22516/25007440.394>
- Quiroga Branda, P.E. (2017). *El arte de la investigación*. Consideraciones preliminares para la construcción del objeto de estudio en la investigación artística. En Azaretto, C. (1.a ed.). *Investigar en arte* (pp. 75-86). Editorial de la Universidad de La Plata.
- Resolución 5261 de 1994. [Ministerio de Salud]. Por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. 5 de agosto de 1994.
- Resolución 1995 de 1999. [Ministerio de Salud]. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. 8 de julio de 1994.
- Sánchez Martín, M.M. (2014). Humanidades médicas: integrar arte y ciencia en Medicina. *Revista Española de Cirugía Osteoarticular*, 260(49), 187-196. [http://www.cirurgia-ostearticular.org/adaptingsystem/intercambio/revistas/articulos/2366\\_187.pdf](http://www.cirurgia-ostearticular.org/adaptingsystem/intercambio/revistas/articulos/2366_187.pdf)
- Sánchez-Salvatierra, J.M., Taype-Rondan, A. (2018). Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? *Revista médica de Chile*, 146(12), 1498-1500.  
<https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201498>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2014, 26 de noviembre). *Comunicado a la opinión pública CP-GCEII-085* [Comunicado de prensa]. [https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2014/11/boletin85\\_sns2.pdf](https://www.consultorsalud.com/wp-content/uploads/2014/11/boletin85_sns2.pdf)
- Superintendencia Nacional de Salud. (2022, 28 de noviembre). *Quejas por desatención de EPS superan el millón*. [Comunicado de prensa]. <https://www.supersalud.gov.co/es-co/Noticias/listanoticias/quejas-por-desatencion-de-eps-superan-el-millon-supersalud>

- Tatarkiewicz, W. (1997). *El arte: Historia de un concepto*. En Tatarkiewicz, W. (6.<sup>a</sup> ed.). *Historia de seis ideas: Arte, belleza, forma, creatividad, mimesis, experiencia estética*. (pp. 39-78). Editorial Tecnos.
- Torres Serna, C. (2023). Educación médica en Colombia y propuestas de cambio. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(2), 9783-9813.  
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/6081>
- Universidad EIA. (2024). Programa Pregrado Medicina.  
<https://www.eia.edu.co/programa/medicina/>
- Vergara Zambrano, L. (2018). *Cama de olvido: Investigación-creación, la vejez y la salud en Colombia*.  
<https://repository.bellasartes.edu.co/bitstream/handle/123456789/301/Cama%20de%20Olvido.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wilkinson, R. (2015). *Breaking bad news, for Intelligent Life Magazine 2011*. <https://richard-wilkinson.com/mainsite/portfolio/breakingbadnews/>

### Notas finales.

- <sup>1</sup> Entorno de desarrollo de código abierto <https://processing.org/>
- <sup>2</sup> Generador de “nubes de palabras” <https://wordart.com/>
- <sup>3</sup> Plataforma que genera audios a través de texto <https://www.naturalreaders.com/>
- <sup>4</sup> Programa informático para modelado 3D <https://www.blender.org/>
- <sup>5</sup> Plataforma de creación e interacción virtual <https://www.spatial.io/>
- <sup>6</sup> Biblioteca en línea para la programación creativa <https://p5js.org/es/>
- <sup>7</sup> Plataforma de desarrollo 3D en tiempo real <https://unity.com/es>
- <sup>8</sup> Aplicación de dibujo digital <https://www.sketchbook.com>
- <sup>9</sup> Programa de edición de código <https://code.visualstudio.com/>