

La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud

Clínicas del Hospital General de México

Memoria del Simposio

LA COMUNICACIÓN COMO RETO ACTUAL Y FUTURO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

**Comisión Nacional de Arbitraje Médico
Hospital General de México O.D.
Sociedad Médica del Hospital General de México A.C.
Dirección de Enseñanza del Hospital General de México O.D.**

Clinicas del Hospital General de México

La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud

Clínicas del Hospital General de México

Memoria del Simposio

LA COMUNICACIÓN COMO RETO ACTUAL Y FUTURO DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Editores

**Dr. Carlos Tena Tamayo
Dr. Francisco González Martínez**

Coordinador editorial

Acad. Dr. Jorge M. Sánchez González

Clínicas del Hospital General de México, O.D.
Memoria del Simposio: La comunicación como
reto actual y futuro del profesional de la salud.

Editores

Dr. Carlos Tena Tamayo
Dr. Francisco González Martínez

Coordinación editorial

Acad. Dr. Jorge M. Sánchez González

© 2003: Editorial Piensa S.A. de C.V.
ISBN 968-882-076-8

Derechos Reservados:

Sociedad Médica del Hospital General de México, A.C.
Dr. Balmis 148 Col. Doctores CP 06720 Del. Cuauhtémoc
Correo electrónico socimed@prodigy.net.mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Mitla #250 esq. Eugenia Col. Narvarte
CP 03020 México D.F. Tel. 5420 7000, 5420 7103
Correo electrónico: cendo@conamed.gob.mx

Memoria del Simposio: La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud. Todos los derechos reservados. Edición a cargo de la Dirección General de Promoción y Difusión, CONAMED. Producción editorial: Dr. Luis Hernández Gamboa y L.D.G. Mónica Sánchez Blanco. Impreso y hecho en México.

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.

Cuerpo de Gobierno

DR. FRANCISCO HIGUERA RAMÍREZ
Director General

DR. RAFAEL GUTIÉRREZ VEGA
Director General Adjunto Médico

C.P. GUSTAVO MARTÍNEZ CARRILLO
Director General Adjunto de
Administración y Finanzas

DR. EDUARDO DE ANDA BECERRIL
Director de Enseñanza

DR. RUBÉN BURGOS VARGAS
Director de Investigación

DR. FRANCISCO MORENO RODRÍGUEZ
Director de Especialidades Médicas

DR. NICOLÁS SASTRÉ ORTIZ
Director de Especialidades Quirúrgicas

DR. GUILLERMO FRANCO GUEVARA SANTILLÁN
Director de los Servicios Auxiliares de
Diagnóstico y Tratamiento.

**SOCIEDAD MÉDICA
DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.**

MESA DIRECTIVA 2003-2004

**DR. FERNANDO BERNAL SAHAGÚN
Presidente**

**DR. ERICH BASURTO KUBA
Vicepresidente**

**DR. JOSÉ MANUEL SAN ROMÁN BUENFIL
Secretario**

**DRA. MA. DEL CARMEN CEDILLO PÉREZ
Secretario Adjunto**

**DR. CARLOS MANUEL DÍAZ CONTRERAS
Secretario Adjunto**

**DR. EDUARDO MONTALVO JAVE
Secretario Adjunto**

**DRA. PATRICIA LÓPEZ HERRANZ
Tesorero**

**DR. RAFAEL GERARDO BUITRÓN GARCÍA
Vicetesorero**

**DR. CÉSAR RIVERA BENÍTEZ
Consejero Propietario**

**DRA. MERCEDES HERNÁNDEZ GONZÁLEZ
Consejera Suplente**

**DR. RAMÓN VÁZQUEZ ORTEGA
Presidente de la Comisión de Honor y Justicia**

**DR. FRANCISCO MEJÍA COVARRUBIAS
Vocal de la Comisión de Honor y Justicia**

**DRA. ALICIA KASSIAN RANK
Vocal de la Comisión de Honor y Justicia**

COMITÉ EDITORIAL

DR. JULIO FRENK MORA
SECRETARIO DE SALUD
Editor Honorario

Editores

DR. CARLOS TENA TAMAYO
DR. FRANCISCO GONZÁLEZ MARTÍNEZ

COORDINADOR EDITORIAL
ACAD. DR. JORGE M. SÁNCHEZ GONZÁLEZ

EXPOSITORES

DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS
Subsecretario de Innovación y Calidad
de la Secretaría de Salud

DR. CARLOS TENA TAMAYO
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

JORGE ABDO FRANCIS
Rector de la Universidad Juárez
Autónoma de Tabasco

LIC. OCTAVIO CASA MADRID MATA
Director General de Arbitraje
de la CONAMED

DR. ALBERTO LIFSHITZ
Director General de Medi-Sur

DR. RUY PÉREZ TAMAYO
Hospital General de México

DR. GABRIEL CORTÉS GALLO
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

DR. FRANCISCO HERNÁNDEZ OROZCO
Director del Instituto de la Comunicación Humana SSA.

Clinicas del Hospital General de México

DR. FRANCISCO GONZÁLEZ MARTÍNEZ
Ex Presidente de la Sociedad Médica del
Hospital General de México O.D.

DR. ARMANDO VARGAS DOMÍNGUEZ
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía

DR. ARMANDO E. RIVERA CISNEROS
Director General de Enseñanza e Investigación
de la CONAMED.

DRA. MARÍA GEORGINA ANDRADE MORALES
Universidad La Salle

MTRA. LYA MARGARITA GARCÍA TORICES
Instituto de la Comunicación Humana SSA

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

1.- LA COMUNICACIÓN EN LA CALIDAD DE LA GESTIÓN MÉDICA <i>Dr Enrique Ruelas Barajas</i>	13
2.-LA COMUNICACIÓN HUMANA Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE <i>Dr Carlos Tena Tamayo</i>	23
3.-DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO HUMANO <i>Jorge Abdo Francis</i>	31
4.- LA MEDICINA EN EL SIGLO XXI Y EL DERECHO SANITARIO <i>Lic. Octavio Casa Madrid Mata</i>	38
5.- LA CLÍNICA COMO LENGUAJE <i>Dr. Alberto Lifshitz</i>	46
6.- HUMANISMO Y MEDICINA <i>Dr. Ruy Pérez Tamayo</i>	55
7.- BIOÉTICA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE <i>Dr. Gabriel Cortés Gallo</i>	63
8.- LA EXPERIENCIA DEL INSTITUTO DE LA COMUNICACIÓN HUMANA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE <i>Dr. Francisco Hernández Orozco</i>	70
9.- REFLEXIONES SOBRE LOS EFECTOS DE LA MEDICINA DEFENSIVA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE <i>Dr. Jorge M. Sánchez González</i> <i>Dr. Francisco González Martínez</i>	78

Clinicas del Hospital General de México

10.- RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y CIRUGÍA <i>Dr. Armando Vargas Domínguez</i>	85
11.- LA ENSEÑANZA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA EN MEDICINA <i>Dr. Antonio E. Rivera Cisneros</i>	88
12.- LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE <i>Dra. María Georgina Andrade Morales</i>	93
13.- EL MÉDICO Y LA COMUNICACIÓN, UN INTERÉS COMPARTIDO <i>Mtra. Lya Margarita García Torices</i>	99

PRESENTACIÓN

La medicina como ciencia y arte requiere de la actualización permanente del conocimiento médico. El progreso y el avance cotidiano de esta ciencia nos obliga a estar en la vanguardia de la actualización médica continua; la calidad de la asistencia médica no sólo es un reto, sino una obligación del equipo multidisciplinario.

El Hospital General de México OD, por conducto de su Dirección de Enseñanza y de la Sociedad Médica de la institución, tiene entre sus objetivos prioritarios la difusión del conocimiento médico, y presenta el surgimiento de las *Clínicas del Hospital General de México*.

Se trata de una publicación orientada a la formación médica continua, de aparición bimestral, estructurada en forma de números monográficos que revisan y ponen al día los conceptos fundamentales de la especialidad correspondiente.

Actualiza, asimismo, los últimos conocimientos y avances de la ciencia médica en cuanto a la patología clínica de las enfermedades más comunes, de forma sistematizada, didáctica y práctica, poniendo especial atención en el diagnóstico y la terapéutica. Su alto valor práctico las hace útiles para el médico en general, y se convierten en un texto de consulta para el especialista, inclusive.

Cada edición está escrita por distinguidos médicos de esta institución y tiene como característica distintiva el que presenta temas fundamentales de la especialidad. La primera edición, por ejemplo, corresponde a temas selectos de Geriátría, se continúa con Otorrinolaringología, después con Medicina Interna, Pediatría, Infectología, Cirugía Plástica y Anatomía Patológica, conmemorando con esta última el 50° Aniversario de la fundación de este servicio.

Resultado de la relación interdisciplinaria e interinstitucional, en forma extraordinaria se publica las Memorias del Simposio «La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud» realizado con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Con esto esperamos consolidar un sueño largamente acariciado, consistente en editar las *Clínicas del Hospital General de México*.

Felicito calurosamente a todos los participantes y emito mi deseo para continuar por este largo camino de la excelencia médica.

DR. FRANCISCO HIGUERA RAMÍREZ
Director General del Hospital General de México OD

1. LA COMUNICACIÓN EN LA CALIDAD DE LA GESTIÓN MÉDICA

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud

Cuando me solicitaron exponer el tema de la calidad de la gestión médica les confieso que inicié tratando de dilucidar el objetivo de esta plática, y consideré que podría aprovechar la oportunidad para hacer algunas reflexiones que, en primer lugar, tienen que ver con los niveles de comunicación, y a partir de ahí con la comunicación *per se*; por ello abundaré sobre algunos aspectos que me parece deben ser conocidos.

Empiezo por los niveles de la comunicación, en los cuales no me voy a detener mucho, y después comunicaré algunos de los avances de la Cruzada Nacional por la Calidad, para –después– compartir algunas de las perspectivas de los siguientes pasos en dicha Cruzada, y en otro proyecto que desarrolla la Secretaría de Salud con una visión hacia los próximos cincuenta años, aunque les parezca extraño que podamos asomarnos a tantos años de distancia.

Puedo identificar por lo menos tres niveles de comunicación en un ejercicio de esta naturaleza. Por una parte encontramos, sin duda la comunicación social; aquí quisiera abordar algunos de los retos que estamos persiguiendo en la comunicación social. De igual manera quiero hablar sobre la comunicación organizacional para concluir, mencionando solamente, sobre la comunicación interpersonal, esto es, la comunicación entre médicos y pacientes, enfermeras y paciente, etcétera; no voy a abundar sobre dichos temas dado que el resto de las sesiones están enfocadas justamente a la comunicación interpersonal, y solamente haré un análisis un poco más amplio sobre los dos primeros niveles.

En el caso de la comunicación social hay varios retos, pero los que estamos viviendo como Secretaría de Salud, como Cruzada Nacional de la Calidad por los Servicios de Salud y como instituciones de salud frente a la población, es lo que yo denominaría: la comunicación sectorial, que es una transición, un pun-

to gris entre la comunicación organizacional y la comunicación hacia toda la población.

Ubico a la comunicación sectorial como la comunicación que se da entre las autoridades del sector salud, sus profesionales y sus técnicos; insisto, la ubico en esta transición intermedia por el volumen del que estamos hablando. Cuando se trata de la comunicación organizacional estoy pensando en la comunicación que se da en el interior de un hospital como éste, pero cuando hablamos de medio millón de trabajadores, como es el caso del personal que trabaja para el Instituto Mexicano del Seguro Social, para el ISSSTE, para la Secretaría de Salud y algunas otras Instituciones de seguridad social, ya no es tan fácil pensar en comunicación organizacional sino que estamos pensando en un sentido de comunicación más amplia; ahí el reto es ver cómo darle sentido de cuerpo a una macro organización, a un sector que tradicionalmente ha ido creciendo dividido. ¿Cómo lograr que los esfuerzos entre todos sumen y no dividan? ¿Cómo lograr que haya una visión común a pesar que las misiones pueden ser relativamente diferentes?, pues finalmente la atención a la salud es responsabilidad común. ¿Cómo lograr de manera más específica que los objetivos de las políticas de salud las podamos compartir?, que nos sintamos parte de ese esfuerzo y podamos avanzar juntos; créanme, no es nada fácil y probablemente esto sea algo que se ha descuidado en los ámbitos gubernamentales, a diferencia de lo que sucede en los sectores privados donde la comunicación, a través de la mercadotecnia por ejemplo, es un elemento fundamental; en el área del gobierno como que pensamos que eso es para el sector privado y no nos damos cuenta, en el fondo, que en la comunicación está la esencia de cualquier organización, por pequeña o por grande que sea; en este sentido me parece, entonces, que el reto es ir diseñando, cada vez con mayor precisión, nuestras estrategias de comunicación social considerando el volumen, pero a nivel organizacional en el sentido de integrar y buscar cómo avanzar juntos en todo el sector salud, en beneficio de una población que no merece estar pasando de un servicio de urgencias al otro porque, simplemente, a veces no hay comunicación entre un servicio de urgencias y el otro, porque pertenecen a instituciones diferentes y el que paga los platos rotos ya sabemos quién es, de tal manera que tenemos que hacer un esfuerzo en ese sentido y otro adicional para tener comunicación social; no sólo dar sentido de cuerpo en esa visión y en esa misión sino en el qué hacer y cómo hacer las cosas para homologar los niveles de calidad.

Probablemente alguno de ustedes estuvo aquí hace poco más de un año cuando presentamos la Cruzada Nacional por la Calidad; en este mismo foro hablamos de qué, porqué y para qué de la cruzada. Siendo muy realistas debemos decir que la mayoría de personal de salud no conoce todavía estos qué y porqué, porque –insisto– penetrar en las mentes de medio millón de personas en todo el país no es sencillo. Pero déjenme arribar al tercer y último reto, al

que considero muy importante en la comunicación social, la verdadera comunicación social: la comunicación de la población. ¿Cómo fincar una realidad en la cual se manifiesta un deterioro de muchos años en la credibilidad de la población hacia sus gobernantes, hacia sus instituciones, hacia sí mismo? Tal vez no extrañe pensar que la población no crea mucho en lo que le dice el gobierno y, permítanme usar este término coloquial: “La burra no era arisca...” Tal vez tampoco sea muy extraño pensar que la población no crea mucho en sus instituciones; es parte del fenómeno anterior. Por desgracia aunque las instituciones sean sólidas tienen problemas; instituciones con tradición, con esfuerzo, se ven contaminadas por la pérdida de credibilidad global. La peor de todas las pérdidas es la de credibilidad en nosotros mismos, y no crean que lo digo de dientes para fuera. En el año 2001 Transparencia Internacional hizo una encuesta para identificar, entre otras cosas, los valores de los mexicanos, probablemente ustedes recuerden aquellas encuestas porque incluso tuvieron difusión a través de los medios masivos de comunicación. Se conoció que hay un hecho enormemente preocupante es el reto que tenemos todos los que estamos en las oficinas centrales de un gobierno, y quienes están en las trincheras atendiendo a la población: 70% de los mexicanos, según datos de esa encuesta, no nos creemos, y el 40% piensa que decir mentiras no es malo; les dejo estas cifras para que reflexionen en la sinergia que esto está ocasionando. Cuando yo digo algo: -No es cierto, cuando yo escucho algo: -Tampoco es cierto... ¿en dónde estamos? ¿cómo podemos construir una sociedad sana? Cuando, quizás a los ojos de algún psiquiatra, me meto en terreno que no conozco, estamos hablando de una sociedad verdaderamente paranoica donde todos nos quieren hacer daño, todos nos están engañando y no es cierta la realidad que vivo; en donde nosotros como sociedad, nosotros como gobierno, nosotros como medios de comunicación, tenemos la responsabilidad imperiosa de rescatarnos, de empezar a creer en nosotros mismos, de empezar un verdadero ejercicio de honestidad en lo que decimos, en lo que escuchamos, en lo que pensamos y lo que hacemos.

No podemos seguir pensando que todo es falso, No podemos seguir viendo cómo los vaivenes y los temporales se desatan a partir de una nota en cualquier periódico, y partiendo de ella depositarle toda la credibilidad para perderla hacia lo demás; esta es una de las peores tragedias que se deriva de alguien que dice una mentira y se cree: este es uno de los grandes retos que tenemos.

Quiero abordar ahora la comunicación organizacional, y me parece que aquí hay también tres retos: uno -nuevamente- el de la crear una visión y una misión común en cualquier organización, como puede ser este hospital.

¿Hacia dónde vamos los 200, 300, 500 ó 1000 trabajadores de una Institución? ¿todo está claro o cada quien va por su lado? ¿cómo imaginar una balsa

en la que se suben cinco personas que intentan remar y cada quien rema como quiere y hacia donde quiere? Podremos detectar muy bien que se mueve pero ¿hacia dónde?; ahí hay un reto muy importante de comunicación organizacional, pero entraré a otras profundidades: si empezamos a hablar de calidad de manera específica ¿cuál es el concepto de calidad que debemos compartir para remar en el mismo dirección? ¿qué es para mi la calidad? ¿qué es la calidad para todos?, incluido el paciente. Ni siquiera tenemos que hacer un gran esfuerzo para que esto quede claro: cuáles son en mi servicio –ya ni siquiera en mi hospital– las diez actividades más importantes que todos debemos hacer bien desde el principio, porque si no las hacemos bien así, desde el principio, ponemos en riesgo el diagnóstico, el tratamiento e incluso la vida del paciente; esas actividades deberán estar claras en la mente del personal que trabaja en cada servicio, tococirugía, urgencias, medicina interna, etcétera.

Hay quien piensa que efectuar otra tarea distinta a atender al paciente es más importante, y a fin de cuentas el paciente recibe una agresión deshilachada en su atención; este es otro de los retos que tenemos pendientes, y uno más empieza a afectar a la relación médico-paciente: cómo se da todavía –hablando de la comunicación organizacional– y como se teje la comunicación que nos permite la continuidad en la atención del paciente; cómo evitar que en los cambios de guardia se nos pierda información valiosa que nos va creando rendijas por las cuales se pierde al paciente, y cómo lograr una armonización en los criterios clínicos a través de la comunicación que impida que de turno en turno se cambie el tratamiento del paciente y que, además, a los ojos de ambas partes es un cambio injustificado, ¿cómo lograr en esos cambios de turno o en esos cambios de personal que no se altere la continuidad en la atención, que es uno de los ingredientes fundamentales de la calidad? Ahí hay otro de los retos, y no es un reto solamente de este hospital o de algún sistema de salud mexicano, sino que es un reto para todos los sistemas de salud. Empezamos entonces a valorar el problema de la comunicación interpersonal aunque aquí solamente puntualizo algunos términos. Primero, desde la formación a temprana edad, porque si a un actor se le enseña a actuar, si a un músico se le enseña expresión musical, si a un pintor y a un escultor se les enseña a expresarse, ¿porqué a un médico nunca se nos enseña a expresarnos? ¿porqué nunca nos dicen que la comunicación no es solamente de dos, ni sólo palabras sino cuerpo completo?: es ojos, manos, postura; ¿porqué desde el pre-grado no nos hacen reflexionar sobre lo que significa el sufrimiento de quien está enfrente?, del individuo; no estoy hablando del dolor, no estoy hablando del tema de dolor en el curso de propedéutica clínica, no estoy hablando de dolor en anestesiología, estoy hablando de sufrimiento, de cómo manejar y entender esa sensación. Hay un gran número de temas que quedan sueltos y que son más trascendentes, probablemente, que lo que signifique para un actor actuar o para un pintor pintar; a ellos les enseñan lo que a nosotros no nos enseñan,

he ahí el enorme reto desde el pregrado: cómo entender que la comunicación es, *per se*, un vehículo de diagnóstico y un vehículo fundamental de tratamiento, probablemente tanto o más importante que el fármaco o el procedimiento quirúrgico; ¿cómo entender que el fenómeno se da de manera natural en la asimetría de información entre paciente y médico, y cómo manejar esa situación? ¿cómo entender la necesidad, o no, de controlar la información para con el paciente? Dejo estas reflexiones simplemente a manera de introducción y vuelvo al tema de la comunicación social y la comunicación organizacional.

Paso al segundo capítulo de estas reflexiones sobre los niveles de comunicación. Hablo ahora muy rápido de una comunicación *per se*, pero ¿qué está pasando con la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, y qué va a pasar?; ¿cuál puede ser el siguiente paso en un hospital como éste? Bien, para empezar les diré que hay una serie de avances importantes que voy a tocar de manera muy breve para no cansarlos, pero aquí ya hay indicadores y códigos, y hay cosas concretas a dos años de haber iniciado la Cruzada, pues les recuerdo que la inicié formalmente el 22 de enero de 2000. La Cruzada no es simplemente un acto de retórica sino toda una estrategia compleja con 70 líneas de acción y con cientos de acciones específicas que van dirigidas a múltiples niveles de las organizaciones de salud, y todo el sistema en su conjunto, que es lo que ha resultado de la aplicación y desarrollo de esta estrategia en todo el país. Les recuerdo que existen los códigos y, por supuesto, con la intervención de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico la Carta de los Derechos de los Pacientes, la Carta de los Derechos de los Médicos y otra serie de códigos que han ido surgiendo, (aquí, desde luego, viene nuevamente el reto de la comunicación: cómo hacer que todo esto se conozca) y que se aplique, siendo el mejor paso que hemos dado en este sentido. Les puedo decir que la carta de los derechos de los pacientes ya está incorporada como un requisito en la certificación hospitalaria, esto es para darle vida, para que no se quede en un cajón; en los procesos de certificación los evaluadores tienen que constatar que el código está vigente y presente, que lo conocen los prestadores del servicio y, por supuesto, que lo conocen los pacientes. Pero el reto sigue siendo real; a través de la Comisión Interinstitucional de Enfermería se ha hecho un esfuerzo muy importante de la divulgación de su código de ética para los enfermeros y enfermeras, pero el proceso tiene que seguir cada vez con mayor intensidad, pues tiene que ser parte ya de las culturas organizacionales de nuestras instituciones.

Por otra parte, es importante vivir lo que hacemos y saber qué está pasando en todo el entorno. En la Cruzada fuimos empezando a sumar unidades poco a poco, de tal manera que ahora ya tenemos prácticamente 5 000 unidades sumadas a la Cruzada en todo el país; para saber si esto es mucho o es poco déjenme decir que tenemos, en números redondos, 13 000 unidades en todo el

país, de tal manera que todavía no llegamos ni a la mitad pero, por otra parte la cuenta de 5 000 no es cosa menor; tener esta cifra y medir lo que están haciendo, reportar lo que están haciendo y –lo más importante aun– mejorar lo que están haciendo, no es nada sencillo. Empezamos con 200 unidades, que hemos duplicado en estos dos años, y la meta es llegar al 90% al final del sexenio y ¿por qué no? el 100%, aunque sea una utopía pues hay cientos de unidades pequeñas en todo el país a las que difícilmente vamos a llegar, pero sería imperdonable que no tuviéramos a todas las unidades más grandes del país, las que atienden el mayor volumen de población. ¿Qué es lo que empezamos a medir? Iniciamos con medir cosas de percepción de la gente, el tiempo de espera, el porcentaje de satisfacción con esos tiempos de espera, y la información que reciben los pacientes sobre su diagnóstico y tratamiento.

Uno de los temas centrales en esta reunión, el del abasto de medicamentos, no se inventó, sino que surgió justamente de las encuestas de hace varios años, mismas que se han ido repitiendo en varias instituciones en donde nos revelaban que cuáles eran las preocupaciones de la población. Hemos ido constatando qué es lo que ha pasado con esto, por ejemplo, vean ustedes el caso de los tiempos de espera en el primer nivel de atención, qué sucede en la Secretaría de Salud, en el IMSS, en el ISSSTE, apreciándose que van disminuyendo. En el caso de la Secretaría de Salud hay un repunte en sentido inverso de los tiempos de espera, asimismo en el Seguro Social, en el ISSSTE se aprecian un poco para abajo, y el dato interesante que confirma la validez de la medición es que en la medida que bajan los tiempos está aumentando la satisfacción en estas unidades. Ahí tienen ustedes todo un sistema de semáforos que nos indican lo que está bien o lo que está mal.

En el segundo nivel de atención algo parecido está sucediendo. Quiero decirles que esto nos da la confianza de que los datos son creíbles, en la medida que es muy difícil pensar que 2 000, 3 000 ó 5 000 unidades se pusieran de acuerdo para que salgan estos resultados, y hay consistencia entre la percepción y la medición. Esto, sin embargo, no va ser igual como en otros casos que conocerán a continuación. En cuando a la satisfacción de la información sobre diagnóstico no estamos muy satisfechos porque las preguntas que hicimos, sobre todo durante el primer año y medio, solamente inquirían: ¿a usted le dan información?, y la respuesta, la mayoría de las veces, era “Sí”. Nos dimos cuenta que en realidad lo que queríamos preguntar era: ¿usted entendió lo que le dijeron? y ahí la percepción empezó a cambiar, pero de todas maneras la tendencia se mantuvo.

Información en los servicios de urgencias. Aquí sí apareció el problema del surtido de medicamentos, que es un problema serio en todo el país, del cual tenemos ya varios meses haciendo un análisis. Por instrucciones del Presi-

dente de la República se creó un grupo de trabajo en el que se contó con expertos en el tema de una empresa consultora, y durante varios meses del año pasado, prácticamente la segunda mitad del año, se hizo un diagnóstico exhaustivo de lo que estaba pasando en todo el sector salud. La hipótesis inicial fue: no estamos distribuyendo bien los medicamentos.

El resultado, para fortuna o desgracia, habla de que el problema es mucho más complejo; para fortuna porque pudimos identificar que no era sólo eso, para desgracia porque el problema es mucho más complicado: hay problemas en la planeación, en la prescripción, en la licitación, en la distribución, y esto aunque evidentemente es un problema de eficiencia no es el único, pues hay también insuficiencia presupuestal y, por supuesto, problemas de transparencia en el uso de los recursos. Se tuvo un diagnóstico y se empezó un proyecto piloto para demostrar cómo se podría mejorar la situación; se empezó a aplicar en algunas unidades remotas y en un par de estados de la República, y empezamos a encontrar que las recomendaciones sí podían tener efectos importantes, de tal manera que hoy, por ejemplo, ya sabemos la reducción por desabasto, por lo menos en esta muestra. En cuatro semanas de trabajo se logró una reducción del 6%, pues no era problema de presupuesto; no solamente eso, encontramos, por ejemplo, cómo se pudo reducir el inventario en un 73%. ¿Qué significa? Para los administradores la palabra inventario significa existencia en el almacén, y había un 73 % de medicamentos en el almacén, medicamentos que no se necesitaban, o por lo menos que no se necesitaban en ese momento; eso significa pesos guardados en un cuarto, en forma de medicamentos, algunos de los cuales empiezan a caducar; en otras palabras, significa tirar dinero a la basura; se está perdiendo dinero. Otro de los elementos que se optimizó fue el tiempo de respuesta en el surtido, esto es, desde el momento en que yo como almacenista solicito medicamentos y el tiempo en que llegan al almacén, el cual se redujo de veinte días a siete; este no era tampoco problema de presupuesto pues encontramos, por ejemplo, que estaban comprando producto de más y solamente en 36% estaban comprando lo que realmente se necesita; ¿todo esto por qué?: por inercia, por pura inercia, siempre lo hemos sabido y hasta que ya no hay medicamento se va entonces a la crisis.

Pasamos a otra etapa de la Cruzada. Empezamos a incorporar ya indicadores de calidad técnica y a medir la calidad en la atención del embarazo, enfermedades diarreicas, respiratorias, diabetes e hipertensión y, en el caso de los hospitales, cesáreas, infecciones nosocomiales y diferimento. Las enfermeras empezaron también ya a hacer su propio esfuerzo y está en periodo de expansión. En el nivel enfermería se empiezan ya algunos indicadores de tratamiento, particularmente el manejo de venoclisis como prevención de infecciones nosocomiales y errores en la administración del medicamento, y poco a poco vamos a sumar indicadores en la medida que sepamos que estamos midiendo bien y que la información es confiable.

Vamos al tema de la comunicación. Muy pronto estará en la internet un sistema de monitoreo en línea al cual va poder acceder cualquiera que tenga interés, viendo los indicadores por cada Estado de la República y por Institución; esperamos que al final del sexenio sea posible que en la mayor parte de la unidades más importantes del IMSS e ISSSTE aparezca la información desglosada por unidad. Por otro lado, ¿cómo avanzar juntos, cómo romper ese paradigma de que los indicadores los hizo la Secretaría de Salud Central?; primero, todo mundo tiene que cumplir a través de los acuerdos de gestión, lo que es una innovación en la administración pública federal. Por primera vez empezamos a negociar el año pasado con tres estados de la República los indicadores de calidad con base en criterios muy específicos, y con un incentivo al cumplimiento de esos indicadores. Esto es fundamental porque no basta que nosotros –la Secretaría– digamos que hay que medir los tiempos de espera, pues si yo –unidad equis– quiero medir otra cosa porque es más importante, la respuesta no está siendo la solicitada: ayúdanos a medir lo que nosotros queremos y estaremos encantados de medir lo que tu quieras; entonces estaremos avanzando juntos.

Los acuerdos se están firmando entre la Unidades Médicas y su Secretaría Estatal y, una vez acordado eso, con la Secretaría Federal. Esto es un nuevo paradigma de federalismo con base en resultados, con base en indicadores concretos, de acuerdo a necesidades locales. ¿Cómo darle credibilidad a todo esto?: a través del aval ciudadano. ¿Cómo hacer que la población nos crea y cómo creernos nosotros mismos? Creamos la figura de “avales ciudadanos de la Cruzada”, hecho sin precedente en la administración pública federal ni estatal. El estado más avanzado es el de Veracruz; ahí están varios ciudadanos a nivel municipal; ¿quiénes son los avales ciudadanos?: son grupos de la sociedad civil, clubes de Leones, clubes Rotarios, asociaciones locales, la propia Universidad del Estado quienes están trabajando con una metodología y un manual para seguir los pasos de la Cruzada con la cual podemos lograr dos objetivos: primero, obtener retroalimentación, segundo, que nos digan si nos creen o no. Si nos creen que digan a los demás que sí es cierto lo que estamos haciendo, y si no nos creen que también lo digan para que podamos entonces empezar a confiar en todos.

Empezamos a apoyar también proyectos de investigación operativa con apoyo directo al personal de salud en las Unidades que tienen alguna idea de cómo mejorar su servicio y no tiene como hacerlo. A veces nos han llegado proyectos como: “Si tuviéramos los formatos para registrar esto...” ¿cuánto cuesta la papelería: 8 mil pesos?, ahí están, si con eso puedes lograr una mejora importante y te reconocemos el mérito de tener ideas innovadoras y te las apoyamos; eso demuestra que se puede y a eso le denominamos “Investigación operativa”. De cerca de 300 trabajadores, a lo largo de los años hay 156 proyectos de mejora que hemos apoyado en todo el país.

Concluyo esta sección mencionando que para la Secretaría de Salud, por primera vez en su historia, hay un Premio Nacional de la Calidad de la Secretaría de Salud, a través de un proceso equivalente al que se sigue en el Premio Nacional de Calidad, con los mismos criterios. Se hizo la invitación a todas las unidades del país, se recibieron las propuestas y se hizo una evaluación muy rigurosa siguiendo los mismos criterios del Premio Nacional de Calidad, y hoy tenemos ya a dos ganadores del premio, que daremos a conocer el próximo 3 de marzo, cuando el Presidente de la República los entregue en el marco del Foro Nacional de Calidad. También el año pasado la Presidencia de la República lanzó una convocatoria a todas las entidades de la Administración Pública Federal para que concursaran proyectos innovadores que logren tener un impacto social demostrable. Nuevamente con los criterios del Premio Nacional de Calidad, la Cruzada Nacional por la Calidad fue reconocida en su esfuerzo y a todos los que están participando en ella; no es un reconocimiento propiamente a la Secretaría de Salud sino a todas las Instituciones que participan en la Cruzada, que son los que están generando la información que han visto. Esto se va a presentar –aprovecho para hacer un comercial– en el Foro Nacional de Calidad, el 3 y 4 de marzo, en las instalaciones del Hipódromo de las Américas, donde van a estar los responsables de las unidades médicas que están logrando mejoras; va a exhibirse pósters, como gráficos, donde se mostrará el antes y después con el propósito no sólo de dar a conocer esto a la sociedad sino, además, observar a quienes directamente están dando el servicio, pues estarán presentando sus propios resultados. Esto es algo en lo que hemos podido avanzar, lo que nos ha mostrado que entre más avanzamos más nos falta por llegar. Aún falta mucho y seguimos teniendo incidentes e imprevistos y quejas; seguimos teniendo problemas aunque tenemos un sistema complejo. El esfuerzo tiene que ser constante y de largo plazo, pero con resultados –hasta donde sea posible– de corto plazo, como los que estamos empezando a ver aquí. Pero eso no es todo; ¿cómo lograr que el sistema funcione mejor en general? entremos entonces con lo que sigue.

¿Cómo pensar en un modelo integrado de atención a la salud? ¿Cómo lograr una mejor coordinación organizacional? ¿Cómo lograr romper, en el ámbito de la comunicación, con la coordinación y estandarización de esfuerzos? ¿Cómo se debe definir un sistema?

Reflexiono con ustedes que el reto que tenemos al respecto es mayúsculo pues hoy la pirámide poblacional que tiene México no se había visto en algún otro país, y eso nos muestra lo que nos espera dentro de 50 años en nuestro sistema de salud. Hoy, insisto, tiene que hacerse un esfuerzo mayúsculo para adaptarse cada vez más y más rápido a esta realidad que está cambiando a una velocidad vertiginosa. Alguien podría decir que asomarse a cincuenta años de distancia es demasiado, pero creo que sí no pensamos así –justamente

este año celebramos 60 de creación del IMSS y de la Secretaría de Salud- estaríamos sufriendo las consecuencias. Probablemente en aquella época era imposible asomarse a gran distancia porque no había la información que tenemos hoy, pero ahora sería imperdonable no tener la vista a hacia años adelante y empezar a tomar las decisiones que seguramente ya desde hoy están teniendo impacto. Esto nos implica, desde luego, replantear nuestro modelo de atención, donde ya hay una fragmentación en los niveles de atención, que no están respondiendo a las necesidades de la gente, en donde tenemos que analizar con cuidado las incongruencias que se están dando, por ejemplo ciertas especialidades que tienen mucho que ver con el comportamiento de la población.

Para concluir, tenemos que dar una mayor articulación al sistema y construir ese futuro a partir de las necesidades de la población, para identificar el tipo de servicios que se van a requerir, el tipo de recursos, la cantidad y su distribución, y la forma en la que debemos organizarnos; esto, además de importante, ya es impostergable. Este es el modelo integrado de atención a la salud, y la clave del mismo es que logremos un sistema que sea más que la suma de las partes; no estamos hablando de fusiones, estamos hablando de coordinación, de comunicación, de estandarización. En resumen, si la comunicación tiene algo de esencia, son los mensajes, los cuales seguimos tratando de difundir entre todos: cómo recordar de qué se trata, y cómo saber hacia dónde queremos llegar. Con la palabra “sonría” –esa manifestación humana de la sonrisa– recordemos la palabra clave seguridad, que es un tema vital, de oportunidad y necesidades de los pacientes, respeto, información, amabilidad, y la dimensión interpersonal, con resultados que puedan ser mesurables, con indicadores, para lograr una atención médica efectiva y una dimensión técnica de la calidad. Los dejo, pues, con estas reflexiones sobre los niveles de comunicación y sobre los retos que tenemos todos en lo que hemos avanzado, y sobre lo que nos falta a partir de ahora, en los hospitales del Distrito Federal, porque nos hemos concentrado en el resto del país. Empezamos ya, ahora, en el Distrito Federal con acciones muy concretas; en este hospital y en muchos otros se han hecho acciones, pero estamos empezando a tratar de lograr una mayor convergencia, estamos ya con dos temas fundamentales la atención de urgencias en el Distrito Federal, para lo cual ya hay una mesa de trabajo con las autoridades del Gobierno local y las autoridades federales de la Secretaría de Salud, donde participan nuestros hospitales. El tema de la seguridad de los pacientes es tema prioritario en este momento, para sumarse a lo que ya se está haciendo en la Cruzada Nacional.

2. LA COMUNICACIÓN HUMANA Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Dr. Carlos Tena Tamayo

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Estar abordando permanentemente el tema de la comunicación humana por parte de la CONAMED significa que tenemos una gran preocupación, porque es precisamente el problema con la comunicación lo que hoy está generando diversos conflictos en la relación médico-paciente.

Es por eso que hoy hablaré un poco sobre los conceptos de comunicación humana en la relación médico-paciente; espero les sea de utilidad para que la comunicación con sus pacientes pueda mejorar.

Creo muy importante que volvamos a reflexionar y recordar que la enfermedad tiene un aspecto psicológico, otro social y uno más somático; o sea, la enfermedad es un problema psico-socio-somático. Frecuentemente los médicos estamos enfocados solamente a la parte somática y al problema físico-biológico del paciente, y se nos olvida que en la enfermedad está contribuyendo de manera muy importante la parte psicológica y social.

La parte psicológica en muchas ocasiones también es generadora de la propia enfermedad, o la perpetúa ésta, y la parte social, si no la reconocemos y la identificamos claramente, difícilmente podremos proponer medidas preventivas.

Está claro que la pobreza, marginación, ignorancia y desnutrición conllevan a muchas enfermedades, hoy denominadas de la pobreza, y hay que identificar

todos estos factores y muchos otros que en cada uno de nuestros pacientes pueden estar presentes.

Un primer problema es que estamos cada vez más empeñados en atender solamente la parte somática, la parte de la enfermedad, y se nos olvida todos los demás componentes que también están formando parte del enfermo.

El otro problema es el de la comunicación; hoy se sabe que más del 80% de los problemas que se tienen en la relación médico-paciente son de comunicación. De ahí que sea tan importante identificar que la consulta médica debe considerarse como un proceso de comunicación, pero para eso tenemos que definir claramente lo que significa “comunicación” y eso, según Rogers y Steinfantt, es el proceso mediante el cual los participantes crean y comparten información entre ellos para poder alcanzar el entendimiento mutuo.

Informar no es comunicar; informar es dar, mientras que el comunicar es ponerse de acuerdo, y para ponernos de acuerdo debemos, naturalmente, tener información. A veces pensamos que es igual decir: yo le comuniqué al paciente tal o cual cosa, y lo que hicimos realmente fue informar al paciente; el proceso de comunicación es mucho más que informar, es ponernos de acuerdo, poder dialogar para poder encontrar un punto de acuerdo.

Y de este proceso de comunicación derivan muchas otras situaciones a favor del paciente: el apego al tratamiento y evitar daños por un malentendido en la comunicación; ojalá que cada vez que hablemos de este tema entendamos que solamente se puede lograr si hay una interrelación entre una y otra persona.

Es tan importante el tema de la comunicación y la confianza que el paciente debe tener con su médico, que se reconoce el efecto placebo del médico, esta respuesta terapéutica originada por la esperanza y expectativas del paciente ante la actitud de su médico. ¿Quién no ha escuchado decir que su paciente se alivió sólo con ver al médico? está claramente identificado que existe un efecto favorable con la simple presencia del médico, pero un médico que tenga ciertas características:

- Está demostrado que los médicos optimistas obtienen mejores resultados que los pesimistas.
- También está claro que los médicos que tienen una actitud terapéutica, en lugar de una de estar investigando, son mucho más eficaces.
- Los médicos afectuosos tienen pacientes que mejoran antes que los de aquellos que no poseen esta característica y
- El médico que explica claramente a su paciente, que se comunica con su paciente obtiene mejores resultados.

De esta manera, resulta que es muy importante que comprendamos que la comunicación médico-paciente sirve incluso como una medida terapéutica para éstos. Sin embargo, hay factores que dificultan la relación médico-paciente, por ejemplo: la relación técnica de servicio que asume el médico, la cual dificulta la relación; esta parte técnica significa que el médico está viendo al órgano como si fuera el motor de un coche o una parte de un instrumento que hay que reparar, y el paciente está acudiendo para que se le repare esa “pieza”; en esta relación técnica no hay base necesaria para la confianza y la comunicación.

Hablamos del paternalismo, al que yo denomino paternalismo autoritario porque alguna vez un paciente me dijo que ojalá los médicos tratáramos a los pacientes como a nuestros hijos; ojalá, me dijo, se preocuparan por nosotros, nos consideraran, nos escucharan, buscaran lo mejor para aliviarnos, ese es un buen padre, por eso le denomino autoritario, porque es ese paternalismo que no queremos que exista, que no toma en cuenta al otro y solamente impone su voluntad. El paternalismo autoritario en la práctica de nuestra profesión hay que dejarlo a un lado; el otro paternalismo, el del amor por nuestros pacientes, hay que conservarlo porque ellos así nos lo piden.

La atención multidisciplinaria –y esto seguramente no es culpa necesariamente de los médicos en particular–, las especialidades y las subespecialidades obligan hoy al médico a que solamente atienda una parte del organismo del sujeto, y la otra... pues que venga otro a atenderla; pero el paciente se da cuenta de que no nos interesa de manera integral sino sólo el órgano que estamos revisando.

Los terceros pagadores: Frecuentemente, en otros países, se está dando que la relación médico-paciente ahora tiene que ser mediada por otra persona, que es quien paga; esos terceros pagadores, las ISES, las HMO, en algunos países, particularmente Estados Unidos y Colombia, han generado muchos problemas en la relación médico-paciente, y se ven como un factor negativo en la práctica de la profesión médica.

El abuso de la tecnología: Qué bueno que hay tecnología en nuestras manos, qué bueno que podemos utilizarla, pero debemos cuidar no abusar de ella y ponerla sobre la clínica, que es finalmente la que nos va a acercar cada vez más al paciente y la que nos tendrá que dar la oportunidad de hacer diagnósticos certeros.

Algunas de las consecuencias de la mala comunicación son:

- La angustia del paciente: si no ha tenido una buena comunicación con su médico, el paciente se va a angustiar porque no sabe qué tiene o qué le va a pasar.

- Si no se dio una buena comunicación, va a haber dificultad para seguir las indicaciones del médico y las complicaciones se van a presentar con más frecuencia porque no se entendió lo que el médico le dijo al paciente; en las consultas está demostrado que cuando no se optimiza tiempo para comunicarse con el paciente éste regresa más frecuentemente, y eso en las instituciones públicas de salud es un problema ante la saturación por otras causas.

- La desconfianza del paciente ante su médico que lleva a que el paciente cambie frecuentemente de médicos.

- Finalmente, lo que vemos todos los días en la CONAMED y en las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico: la mala comunicación genera demandas legales contra los médicos, simplemente porque el paciente no tiene certeza de lo que le está pasando o porqué le está sucediendo eso, y a veces malinterpreta y piensa que el médico tiene la culpa de lo que ahora le ocurre, y lo demanda. Por todo esto es muy importante seguir insistiendo en la buena comunicación que debe darse entre médicos y pacientes.

Frecuentemente hablamos con términos de los que no estamos seguros que el paciente nos entienda, y en ocasiones hablamos delante de él sobre situaciones de nosotros que no debería estar escuchando; la mala comunicación y la mala interpretación sucede porque no hemos entendido que comunicar es ponernos de acuerdo con la información que tenemos en la mano.

Los datos de la CONAMED sobre demandas legales en los últimos 3 años señalan que de 4 931 casos concluidos a través de la conciliación, el arbitraje o un dictamen médico pericial, en 50% no hubo culpa del médico, mala práctica, negligencia ni impericia; el factor común por el que los pacientes demandaron a su médico fue por la mala comunicación: cerca de 2 500 médicos no supieron comunicarse y fueron demandados ante esta institución; creemos que el tema tiene gran relevancia.

El tema de la comunicación es ahora tan importante como el tema de la mala práctica; actualmente encontramos menos casos de mala práctica y más casos de buena práctica, expresado de otra manera podemos afirmar que encontramos más casos de mala comunicación médico-paciente y menos casos de impericia o negligencia.

Tenemos algunas herramientas en nuestras manos y debemos hacer uso de ellas; éstas son: el expediente clínico y el consentimiento validamente informado. El objetivo primario del expediente es beneficiar al paciente, y para eso hay que tener una historia clínica y un expediente completo para mejorar la calidad de la atención que estamos brindando, de ahí podremos observar permanentemente la evolución del enfermo, lo que permitirá disminuir la posibilidad de error. El expediente clínico también nos ayuda a mejorar la comunicación, porque ahí está la información que necesitamos para ello; in-

sisto, el objetivo primario del expediente clínico es beneficiar a nuestro paciente mejorando la calidad, y mejorar la comunicación; secundariamente sirve para enseñanza, investigación, y como prueba legal en caso de una demanda cuando no se cumpla con la Norma Oficial Mexicana correspondiente.

Será bueno dejar a un lado la idea de hacer expedientes clínicos para poder defendernos; insisto, hay que realizar el expediente porque queremos beneficiar a nuestro paciente, y cuando hablamos del consentimiento informado, el objetivo primario es tranquilizar al paciente, y vamos a tranquilizarlo si le damos información, aclaramos todas sus dudas y, además, le estamos ayudando a tomar la mejor decisión. Secundariamente el consentimiento puede servir como protección legal, pero el objetivo primario es tranquilizar al paciente y a sus familiares. Si seguimos pensando que el expediente es para protegernos, estamos haciendo medicina defensiva, y esta no es ética; no hay que practicarla porque no va a favorecer a nuestros pacientes.

Un autor, Von Gebattel, define las fases por las que pasa la relación médico-paciente según el grado de personalización, y habla de una primera que denomina “de llamada”, en donde el paciente busca a alguien para decirle sus dolencias y que le ayude a resolverlas, y el médico responde ante esta persona que sufre. Naturalmente que en este momento no hay una relación médico-paciente íntima y personal. Una segunda fase es la objetivación, que es cuando el paciente desea saber qué es lo que tiene, y el médico lo ve como un órgano enfermo y se interesa por la parte biológica. La tercera fase es la de personalización, donde ya se establece una comunicación y el paciente identifica que su médico lo comprende y el médico sabe, con seguridad: él es mi paciente.

Vean que estas fases se deben dar en la relación médico-paciente, y encontramos que la mayoría de los problemas surgen cuando el contacto se quedó apenas en las dos primeras. En los servicios de urgencias los problemas de traumatología en los que el contacto con el médico no fue de mucho tiempo, ¿en dónde se queda la comunicación?: en cualquiera de las dos primeras fases. Por eso hay que identificar que la relación médico-paciente tiene que llegar al concepto en donde el paciente sienta que su médico lo está comprendiendo y el médico sienta que es su paciente, al cual tiene que dar lo mejor de sí.

Hemos escuchado que existe la comunicación verbal y no verbal, y ya hemos dicho que la comunicación verbal a los médicos se nos dificulta porque frecuentemente hablamos con términos poco comunes para nuestros pacientes, por eso es tan importante la comunicación no verbal; sin embargo, como ya lo dijo el doctor Ruelas, esa no nos la enseñaron sino hay que aprenderla y usarla como una herramienta para mejorar nuestra comunicación, donde el contacto físico sea lo más importante para establecerla: tocar de manera adecua-

da a nuestros paciente, de acuerdo con lo que queremos transmitir, y usando la mirada como la forma más clara de comunicarse con otros seres. Pero también ellos se pueden comunicar con nosotros a través de este medio no verbal, y podremos detectar si nos están comprendiendo, o no, hasta por el tono de la voz; incluso el olfato tiene que ver en forma muy importante en la relación médico-paciente, pues el paciente puede tener recuerdos de olores, y un médico con olor desagradable no puede generar una relación de confianza con su paciente.

Un modelo para la comunicación médico-paciente que presentan Vaughn, Séller y Carroll del Milles Institute for Health Care Communication (el cual se encuentra in extenso en la página de la Conamed: www.conamed.gob.mx), identifica primero que el paradigma actual es lo que hemos hablado: un médico que busca un problema para resolver, es decir encuéntralo y arréglalo; esa es la función del médico. Los autores mencionados proponen el modelo E-cuatro, que significa: Enganchar al paciente, desarrollar Empatía con él, Educar y Enrolar.

Enganchar al paciente, dicen los autores, significa comprometerse humanamente en el proceso de comunicación y tomar en cuenta que el pensamiento del médico y la verbalización están muy alejadas del pensamiento y conocimientos del paciente. Se considera que el médico aprende aproximadamente 13 000 palabras nuevas en su formación y esa es la distancia de léxico con los pacientes. Por otra parte, hay que tomar en cuenta que el paciente tiene la experiencia de su enfermedad y sabe lo que está sintiendo, por lo que se aconseja dar la oportunidad al paciente de que cuente la historia personal de su enfermedad. Hay algunas otras recomendaciones: cómo presentarse con el paciente, adaptar nuestro lenguaje, usar respuestas que demuestren interés, investigar todas las molestias que puede tener el paciente, no sólo las que dice, y conocer las expectativas de la visita pues a veces los pacientes van al consultorio y los atendemos, pero ellos esperaban que les dijéramos si su enfermedad era grave o no, si podrían seguir trabajando, y a lo mejor no lo decimos porque consideramos que no es necesario. Si al paciente le preguntáramos cuál es su expectativa y qué espera de la consulta, entonces nosotros podremos satisfacer esa expectativa en particular.

Cuando hablamos de empatía con el paciente significa asumir que tenemos una preocupación activa y una curiosidad sobre las emociones, valores y experiencias de él; lo bueno de esto es que puede aprenderse. Podemos aprender a ser empáticos pues finalmente sólo se trata de ponernos en su lugar, y para eso se aconseja demostrarle que lo estamos viendo y escuchando, aceptar y valorar sentimientos y valores, aunque a veces descalificamos al paciente en sus sentimientos y sensaciones. Para generar la empatía, entre otras, se recomienda evitar escribir y escuchar al mismo tiempo.

Educar al paciente implica modificar su conducta. Igual que en la comunicación (dar información no es comunicar), la educación se puede concebir solamente cuando hay una modificación de conducta por la información recibida. Si no existe esa modificación, no hemos educado al paciente y seguimos en la fase de la información. Se habla de que, al primer minuto de salir del consultorio, los pacientes olvidan el 50% de lo que se les dijo, por lo tanto tenemos que descubrir si entendió lo importante y se sugiere que se de respuesta, aunque el paciente no haga las preguntas, a los siguientes planteamientos: ¿qué me pasa y porque? ¿qué me ocurrirá a corto o largo plazo? ¿qué me hace o qué me hará y porqué, dolerá, molestará, por cuánto tiempo? Si vamos a solicitar estudios de laboratorio y gabinete ¿cuándo y cómo sabré el resultado? Si contestamos esto seguramente tendremos pacientes mucho mejor informados y estaremos contribuyendo a educarlos.

Finalmente, enrolar al paciente significa incrementar la responsabilidad y competencia de

él para cuidar su salud, y para esto se sugiere elaborarle alternativas y alentar la adherencia a alguna de ellas; es aquí donde se pasa de dar ordenes a pedir el consentimiento informado. Hay que preguntar al paciente sobre su diagnóstico pues los pacientes llevan el diagnóstico hecho, ya sea por otro médico o por autodiagnóstico; es importante conocerlo para poderlo compartir, discutir y aclarar. Se recomienda no evaluar las explicaciones de otros, pues con frecuencia se hace y esa actitud no ayuda a que el paciente se enrolle. Después de llegar a un acuerdo sobre el diagnóstico se considera que la mitad de los pacientes no siguen las recomendaciones, y no lo hacen porque fue complicado el método de transmisión; se propone realizar un régimen sencillo, por escrito, que precise los beneficios y efectos colaterales. Finalmente, es muy importante obtener la retroinformación para asegurarnos de que el paciente entendió lo que le dijimos y aconsejamos hacer.

En los EUA se han realizado 500 talleres con este modelo, participando más de 8 000 médicos, y con esto se demostró que quien sigue las pautas en la comunicación médico-paciente puede mejorar con mucho la relación con ellos.

Lo que quiero decir con esto es que hay herramientas que podemos utilizar para mejorar nuestro quehacer; no se trata de hablar con el empirismo, con lo que a mí me parece, sino que hay evidencia del éxito que se tiene cuando se utilizan ciertas herramientas, por lo tanto hay que leerlas, estudiarlas, y ponerlas en práctica si queremos mejorar nuestra relación y evitar todos estos problemas que hoy se dan por una mala comunicación.

Estoy proponiendo el cambio de tener una actitud de medicina defensiva por tener una actitud de "medicina asertiva", lo que implica:

- Una buena comunicación médico-paciente.
- Conocimientos suficientes para actuar con seguridad.
- Defender nuestros derechos como médicos.
- Respetar los derechos de nuestros pacientes.

Si consideramos en nuestro comportamiento cotidiano este tipo de actitud, estaremos modificando el círculo vicioso de la mala comunicación que lleva al malentendido y propicia la demanda legal, lo que fomenta la medicina defensiva, por un círculo virtuoso donde la buena comunicación generaría satisfacción de los pacientes y sus familiares, evitando la demanda y propiciando así la práctica de la “medicina asertiva”.

Tal vez hoy podamos comenzar con un cambio de actitud si dejamos de poner sobrenombres a nuestros pacientes y simplemente los llamamos por su nombre propio; ellos identificarán una relación más íntima con nosotros, la que generaría confianza y, a partir de ahí, una mejor comunicación.

3. DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO HUMANO

Jorge Abdo Francis

Rector de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción

Es innegable que el pleno ejercicio y disfrute de ese conjunto de derechos inherentes a la naturaleza del ser humano es todavía una agenda inconclusa. Las violaciones constantes que existen, sobre todo en nuestro país, no dejan lugar a dudas sobre la imperiosa necesidad de no decaer en el empeño de fortalecer la cultura de respeto de los derechos humanos.

Hay un espacio verdaderamente amplio entre la correcta comprensión y aceptación de la indivisibilidad de los derechos humanos y la casi nula existencia de mecanismos eficaces para hacerlos valer en la práctica; sin embargo, esta dicotomía, que parece ser cada día más profunda, ha producido también una concientización de la importancia de dignificar al ser humano, impulsada sobre todo por la labor significativa que los organismos públicos de protección y defensa de los derechos humanos ha realizado.

Tal es así, que en los últimos años se han multiplicado los diferentes foros y escenarios que dan cabida al tema de los derechos humanos, en los que nos encontramos con constantes referencias al tema de la salud en sus más variados aspectos. El origen y tratamiento de las enfermedades, la contaminación del ambiente, el control higiénico y la asistencia médica, son temas que frecuentemente se analizan en los medios de comunicación social, planteándose ante la opinión pública a veces con un criterio polémico

Estas continuas referencias pueden interpretarse como un reflejo de la preocupación que a todos los niveles existe en nuestro tiempo por la salud, tanto individual como colectiva. Parece como si la defensa y la promoción de la salud de las personas se hubiera convertido en un objetivo cuyo logro tuviera la vir-

tud de neutralizar tantos aspectos negativos que el propio ser humano desarrolla en su actividad vital. Nunca como en nuestro tiempo se ha reflejado en el sentir de la comunidad tanta preocupación por los temas sanitarios.

Realmente este sentimiento es explicable porque se tiene conciencia de que los avances de la higiene, el perfeccionamiento de la técnica y el mejor aprovechamiento de las posibilidades que ofrece la elevación del nivel de vida de las colectividades, permiten alcanzar un estado sanitario como nunca había disfrutado la humanidad en tiempos pasados. Es lógico, por tanto, que se exija a los organismos rectores de la sociedad la instrumentación de normas eficaces para el mantenimiento de la salud de las personas.

Concepto de salud

El Diccionario de la Lengua Española define la salud como «el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones». Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de molestias o enfermedades.” A esta definición la Declaración de Alma Ata de 1978 le agregó que para la conservación de la salud es indispensable la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además de la salud”.

La salud en el marco internacional

Existen declaraciones y tratados internacionales sobre derechos humanos en los que se reconoce a la salud como un derecho humano, como La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, aprobada por la Asamblea General de la OEA el 2 de mayo de 1948, que establece en su artículo XI que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por la Asamblea general de la ONU el 10 de diciembre de 1948, que en su artículo 25 nos indica que el ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita gozar de salud y bienestar.

El artículo 5, apartado e), inciso IV, de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, que incluye entre los derechos económicos, sociales y culturales al derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

El pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado por la Asamblea General de la ONU que en su artículo 12 reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y sugiere para asegurar la plena efectividad de ese derecho:

La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud

- a) La reducción de la mortalidad perinatal y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas, y
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos la asistencia médica y servicios médicos en caso e enfermedad.

La salud pública en México

México, como uno de los Estados firmantes de los instrumentos jurídicos de carácter internacional mencionados, y como integrante de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, se comprometió a adoptar medidas adecuadas para garantizar este derecho. Estas incluyen la atención primaria de la salud puesta al alcance de los individuos, la ampliación de la cobertura en los servicios de salud, la inmunización total, la prevención y el tratamiento de enfermedades endémicas y profesionales, y en 1983 adicionó un tercer párrafo al artículo cuarto de su Constitución para establecer "Que toda persona tiene derecho a la protección de la salud". Con esta reforma constitucional se logró garantizar el derecho social a la protección de la salud, lo que se consolidó cuando el 7 de febrero de 1984 se expide la Ley General de Salud, disposición jurídica que reconoce este derecho fundamental como factor determinante en el desarrollo integral del ser humano y, por lo tanto, de la sociedad, con el propósito de fomentar en la población actitudes responsables y solidarias, que coadyuven en el mejoramiento de la calidad de vida, y en consecuencia, a su promulgación.

Los avances en materia de salud han sido sobresalientes: la esperanza de vida al nacer ha aumentado, ha habido una disminución en la mortalidad general y, sobre todo, en la mortalidad infantil, empero, existen desafíos que todavía debemos enfrentar, como son la inequitativa cobertura, la mala planeación y asignación de los recursos, la ineficaz gestión de los servicios, y el centralismo que soslaya las necesidades del sur del país.

Finiquitar con estos problemas implica fortalecer dos ámbitos clave: uno es el fortalecimiento de los factores culturales, políticos, ambientales y económicos del Estado y el segundo es la eficacia y calidad en los servicios de salud. En el primer caso será indispensable aumentar los recursos al gasto social, de manera directa e inmediata, sobre todo al desarrollo de los servicios y la educación para la salud.

Vivimos en un país limitado por un círculo vicioso que nace con la pobreza y se generaliza gracias a una mediocre educación que se ofrece a la ciudadanía, nos preocupamos más por preparar seres para la producción y el intercambio

mercantil, que por la formación de hombre y mujeres capaces de entender los problemas sociales y encontrarles una solución. Es un proceso de deshumanización que incide directamente en la salud, al no permitir su conservación.

Todo ello ha generado que en los últimos años se haya destinado grandes cantidades de energía y dinero a curar y no a prevenir; cada año, en México, seis millones de personas se hospitalizan y el gasto público asciende a 5 mil millones de pesos situación que podemos evitar con el incremento de una política de salud adecuada que concientice a la sociedad de los riesgos que corre al no cumplir con ciertas normas de higiene, al no mejorar sus hábitos alimenticios y calidad de vida.

En el segundo caso, será necesario concebir al ser humano ante todo como un ente social, con fuertes necesidades físicas, biológicas, psicológicas y sociales, de manera tal que la calidad de los servicios sea una premisa imposter-gable, como lo ha dicho el doctor Julio Frenk Mora, actual Secretario de Salud.

En el proceso de curación de las enfermedades las relaciones personales del enfermo, los procesos de comunicación y los socioafectivos son aspectos totalmente centrales. Las relaciones interhumanas y los procesos de interacción son básicos tanto para el origen y desarrollo de la enfermedad, para su futura curación, así como para su prevención. En este vínculo entre la salud, las relaciones sociales y el entorno en el que vive la persona, la Psicología Social tiene mucho que aportar al campo de la salud; sus trabajos sobre cambio de actitudes, aprendizaje social, atribuciones causales, teoría de la disonancia cognitiva o teoría de la reactancia, pueden ser aplicadas eficazmente en este campo, sobre todo para prevenir un gran número de enfermedades como las cardiovasculares o el cáncer relacionados con el estilo de vida

Las relaciones personales del paciente con los profesionales de la salud que le atienden va a ser un elemento crucial en el proceso de curación de la enfermedad, hasta el punto de que a veces tales relaciones van a ser más determinantes para la curación del enfermo que cualquier otra variable como el tipo de tratamiento aplicado o la competencia técnica del profesional. Los pacientes esperan de sus médicos que les dediquen tiempo, que les presten atención, y que se interesen por ellos como personas, es decir, les piden una mayor implicación humana en sus relaciones interpersonales con ellos; de ahí la insatisfacción con la medicina en Estados Unidos, porque aunque los médicos tienen a su disposición la tecnología médica más avanzada, éstos suelen ser seleccionados y formados en las universidades exclusivamente en función de sus habilidades científicas, sin tener en cuenta sus habilidades interpersonales, tan necesarias, para cumplir satisfactoriamente sus tareas.

El propio Hipócrates hablaba ya de esta situación en el siglo IV a.C. cuando subrayaba la importancia de la relación entre el médico y el paciente al afirmar que *«el paciente, aunque consciente de que su estado es peligroso, puede recuperar su salud simplemente a través de su satisfacción con la bondad del médico»*.

Por lo tanto, independientemente del tratamiento que utilice, el terapeuta (principalmente el psicólogo clínico o el psiquiatra, pero también el médico o la enfermera) será considerado como competente, útil y necesario por su paciente en la medida en que desempeñe exitosamente el papel de amigo y le proporcione el tipo de apoyo a la personalidad que los amigos suelen dar.

La mejor forma de hacer al profesional de la salud más eficaz será a través de un adecuado entrenamiento en habilidades sociales, fundamentalmente en alguna de ellas como la capacidad de empatía, las aptitudes de percepción social, las habilidades verbales y las capacidades de comunicación no verbal, habilidades todas ellas de carácter claramente interpersonal.

La clase de relación que se establezca entre el personal sanitario, principalmente el médico, y el enfermo va a ser central en numerosas variables relacionadas estrechamente con la salud del paciente, y entre esas variables podemos destacar algunas como la satisfacción del paciente, su cooperación a la hora de seguir las instrucciones médicas, etc, es decir, que un profesional de la salud que desee que su labor sanitaria sea eficaz, ante todo deberá preocuparse por establecer buenas, humanas e incluso amistosas relaciones con los pacientes, tratándoles como personas, preocupándose por sus problemas, atendiendo a sus necesidades psicológicas y sociales, ocupándose por conocer su contexto social.

Y en este proceso de relaciones positivas con el paciente un factor crucial va a ser precisamente la existencia de una buena comunicación entre el profesional de la salud y el paciente.

En este sentido, la declaración de derechos del paciente, aprobada por la Asamblea de Representantes de la Asociación Americana de hospitales y la Declaración de Lisboa, Portugal, adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial, sobre los derechos del paciente, son de suma importancia, porque reconocen un conjunto de prerrogativas para que el profesional de la salud logre el propósito para el cual se ha preparado:

- 1.- El paciente tiene derecho a elegir libremente a su médico.
- 2.- El paciente tiene derecho a ser tratado por un médico que goce de libertad para hacer juicios clínicos y éticos sin ninguna interferencia exterior.
- 3.- Después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el

paciente tiene derecho a aceptarlo o a rechazarlo.

4.- El paciente tiene derecho a confiar en que su médico respete la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernen

5.- El paciente tiene derecho a morir con dignidad.

6.- El paciente tiene derecho a recibir o a rechazar la asistencia espiritual y moral, incluso de un ministro de la religión apropiada.

Recientemente el doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud del gobierno de la República, expresó que en materia de salud pública México enfrenta tres grandes desafíos: a) el reto de la equidad, b) el reto de la calidad; y c) el reto de la protección financiera. Para hacerles frente se plantean para esta administración dos programas prioritarios: uno que le ha llamado comunidades saludables; que es la idea de un esfuerzo muy concentrado en la promoción de la salud y el otro que han llamado Mujer y Salud, en el que las mujeres son la base no sólo como pacientes, sino como profesionistas y prestadores de servicios de salud.

Consideramos que estos programas no son suficientes, la prioridad debe ser que se cuente con los recursos humanos y materiales suficientes y especializados para solventar las problemáticas que se nos plantean.

Conclusión

La responsabilidad de la promoción de la salud es compartida, está en todos los gobernados y en forma particular en el Estado, el cual debe asegurar y gestionar la planeación, organización, desarrollo y promoción de las acciones requeridas para que este bien social preferente sea de fácil acceso a la población. De esta forma se dará cumplimiento a lo dispuesto por los instrumentos internacionales y a la Constitución del país que tutelan y protegen el derecho a la salud.

La salud pública es el recurso disponible para el crecimiento económico y el desarrollo sustentable de cualquier nación; en tal virtud, debe fomentar parte indispensable de los programas de desarrollo de los gobiernos, así como de las estrategias que establezca cada país para garantizar el bienestar y la salud de su población.

La salud pública no puede estar sujeta tan sólo a la voluntad política de los gobernantes o criterios de carácter emergente, sino a la conjugación de una serie de factores, entre ellos, la corresponsabilidad del Estado y la sociedad en la prestación del servicio; la asignación de mayor gasto social, la descentralización de decisiones y no únicamente de obligaciones hacia los Estados y municipios, una mayor cobertura y equilibrio entre la población asegurada de las entidades federativas; mejores mecanismos de control administrativo; más eficaces instru-

mentos de protección del derecho a la salud, así como condiciones económicas que proporcionen un desarrollo municipal, estatal y regional equilibrado.

Desde la perspectiva de la bioética y los derechos humanos, en todos los casos la atención médica debe ser accesible, oportuna, personalizada, humanitaria y eficiente, con un alto nivel de calidad profesional y con pleno respeto de la personalidad de los enfermos y de su capacidad de decisión.

Los exhorto a trabajar para cumplir con nuestros sueños; ya no basta las buenas intenciones, se requiere de compromiso, por nuestros niños, por nuestros jóvenes, por nosotros mismos, para lograr el país que anhelamos, la niveles de vida que siempre hemos deseado alcanzar, porque queremos ser libres, fuertes, valientes, alegres y eso sólo se logra con un ejercicio pleno del derecho a la salud.

Muchas Gracias.

4. LA MEDICINA EN EL SIGLO XXI Y EL DERECHO SANITARIO

Lic. Octavio Casa Madrid Mata

Director General de Arbitraje de la CONAMED

Vamos a analizar un tema que, sin duda, no solamente es polémico sino que nos va a generar muchas inquietudes, pues el propósito esencial de lo que voy a presentar el día de hoy es un juicio crítico de la legislación sanitaria, y se van a percatar que a veces el inconsciente colectivo también ha hecho presa del legislador y se han cometido verdaderas injusticias en el mundo de la normatividad, lo que es un verdadero problema.

Hoy voy a presentar unos trabajos que hemos desarrollado en algunas instituciones, por ejemplo en la Secretaría de Salud y en el Instituto Nacional de la Nutrición, con algunas de las propuestas necesarias de reformas al Código Civil Federal.

Decía Gohete que el hombre ha nacido para resolver los problemas y mantenerse después dentro de los límites de lo razonable. En el presente trabajo vamos a presentar el planteamiento de un problema y referirnos brevemente a la medicina, sus dilemas y apoyos; haremos alusión al derecho sanitario y, por supuesto, al problema de la ley y algunas propuestas de solución.

Es ilegal el ejercicio social de la medicina; en los últimos 50 años el avance científico y tecnológico ha sido vertiginoso, empero –escribe José Luis Pinillos en su obra “La mente humana”–, al hablar de progreso es preciso distinguir, sin embargo, dos dimensiones de leyes, por lo pronto: progreso científico y técnico de una parte, y moral y artístico de otra. Indudablemente es difícil demostrar que la humanidad, al menos la humanidad históricamente hablando, ha pro-

gresado sensiblemente en el orden moral y artístico. Aunque el progreso sea evidente y se opere con periodos de tiempos superiores a los que se nos tiene habituados, esta dimensión no técnica del progreso siempre sabe argüir que las atrocidades de los asirios no superaron a los de Dako, Tafa o Hiroshima.

Por otra parte, es menester señalar que la medicina es, además de ciencia y arte, un producto de la cultura, y por ello existe atendiendo diversos lenguajes; en esos términos, dice Cristian Kendejer, existen varios lenguajes de la medicina: uno que nos habla sobre supuestos de atención, funciones, dolencias, deformidades, aceptables opiniones sobre inscripciones; otro más que nos habla sobre modelos explicativos causales, y otro que se refiere a expectativas sociales. El lenguaje técnico, por su parte, ha venido a convertirse a sí mismo en semiótica esotérica y, ya que hablamos de comunicación, precisamente nos enfrentaremos a que el principal problema no solamente es sobre la calidad en la atención o en la relación médico-paciente, sino verdaderas injusticias o infamias en las resoluciones judiciales hechas; acuérdense que por ahí afirman que algunas malas prácticas generan caos y divorcios.

Vemos a las expectativas sociales como representadas por una hermosa mujer, muy interesante, sugerente y seductora por supuesto. La enfermedad se asocia al padre, como una carencia de valor, que incide en la cultura pues no siempre se acepta la idea de la verdad ya que prevalece el inconsciente colectivo; existe también el valor patológico donde se exige, indebidamente, resultados y se reta al médico; se da un ámbito perfectamente pasional, hay rechazo a la "sobremedicalización" y, en eso términos, se da también lugar a la lucha médico-religiosa, llegando casi en las fronteras donde no existe una forma valorativa, generando un voluntarismo autoritario donde cada quien supone que tiene la razón y, yendo más allá, pretende imponer su voluntad y una moral de facto.

Todo esto nos lleva a un verdadero paralelismo médico, y mientras el profesional busca la causalidad, el no iniciado busca el reforzamiento cultural. Hasta ahora el atavismo busca expresiones científica porque, incluso, hay universidades de medicina olímpica o de charlatanes asociados que ya se anuncian por la internet, y tienen sus referencias paralelas; esta es la teoría democratizadora de internet pero, por si fuera poco, no siempre es fácil tener consenso en la *lex artis* y la deontología médica, por eso no voy a referirlos hoy, pero sabemos que hay una gran cantidad de videos genoma, la libertad prescriptiva, la libertad terapéutica, la presión de conciencia, placer, sexualidad, el problema de los trasplantes, la vacunación misma, y existen tantos dilemas como interpretes. También observamos frecuentemente que existen planteamientos poco informados en esos términos, si bien el ámbito de examen es por regla general, la medicina se plantean situaciones extremas, y conste que estamos hablando de "mí mismo" entonces, por ahí se ha deducido que hay un supuesto del derecho

de suicidio, el derecho al hijo, el derecho al resultado curativo, el derecho de privar de la vida a seres sin valor, y esto ha sido incluso sugerido no sólo una vez sino muchas.

Carlos Bining empezó por la llamada eutanasia y terminó en el genocidio, pero lo más alarmante es que estamos viendo reiteradamente propuestas legislativas bajo las mismas premisas, lo que nos demuestra que no es un problema de norma sino sociológico; es un problema de psicología social que nos está llevando a tal solución, además del inconsciente colectivo. Esencialmente es un problema de falta de comprensión de la medicina como tal, pero también están, por ejemplo, los derechos a enfrentar sexualmente a las mujeres –y no solamente estoy hablando de discriminación–, pues hay sociedades en donde a la mujer se le priva de los órganos genitales, se le castra, y todos los días apreciamos que los problemas de violencia familiar tienen lugar, entre otras causas, por la “castración” cotidiana de la mujer; y ese es un problema sanitario que la legislación pretende resolver emitiendo un precepto del delito de violencia familiar, generando más perjuicios a toda la familia; esta solución resulta, sin duda, una reducción absurda. Asimismo, encontramos otros ejemplos reduccionistas como el derecho a matar por motivo religioso.

Mientras esto sucede, la medicina busca estudiar e incidir en la causalidad biológico social para curar y aliviar el dolor, mientras Arthur George refiere tres grandes tipos de patología. Cuando se conoce la etiología y la patogénesis el tratamiento tendrá que ser causal; cuando solamente se conoce la patogénesis el tratamiento tendrá que ser activo genético, y cuando se desconoce la etiología y la patogénesis, el tratamiento sólo podrá ser sintomático. Estamos observando que en la práctica la realidad de la medicina es que el 60% se encuentra en el tercer grupo, pues solamente se puede dar medicina sintomática, y sin embargo todos los días se exigen resultados y el inconsciente colectivo se aferra al médico y dice “es que no me curó y entonces lo demando”.

Como no puede haber conclusiones fragmentarias o reduccionistas, la única solución posible es empatar los distintos lenguajes a fin de plantear soluciones en el marco de la seguridad jurídica. Destaco aquí el nombre de quienes hicieron posible el primer Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos: Luis Y. Darwin Carpio y el doctor Liceaga, quienes fueron los primeros que empataron el lenguaje jurídico con el de la medicina. El verdadero progreso debe ser medido como evolución moral y lo primero que debemos buscar es seguridad jurídica; siguiendo a Teodoro Gaiger podemos decir que la seguridad jurídica se refiere a dos rubros esenciales: tener la certeza en el orden, esto es el orden debe ser el mismo pues no puede haber reglas de primera, segunda o tercera, o una moral situacional que por una parte siga permitiendo que el Código Civil vaya por un lado, y el Penal vaya por otro. Lo que estamos observando es que la legislación fiscal va por su lado, totalmente ajeno al rumbo de la legislación sa-

nitaria; en igual sentido debe haber certeza en la aplicación, con los mismos criterios.

En los planos ético y jurídico un problema se resuelve esencialmente bajo la pregunta ¿es justo?; una vez resuelto lo anterior se pueden atribuir derechos y obligaciones; las preguntas jurídicas exteriores serán ¿es lícito?, y en qué hipótesis, porque luego se supone o pretende que hay soluciones universalistas o meta jurídicas, o que los valores andan deambulando por ahí y tienen vida propia; los valores se construyen, se trabajan y se plantean en derechos y obligaciones, estableciendo límites, ya que no existe ningún derecho ilimitado, así como en la medicina no existen panaceas; es decir, en el derecho no hay soluciones mágicas sino que se trata de resolver los problemas con arreglo a la seguridad jurídica. Luego entonces tendríamos que preguntarnos ¿cuál pretende ser el objeto de la atención médica desde el punto de vista jurídico? La doctrina, la ley, dice que deberá ser posible y que deberá ser lícito, entonces cuando hablamos de lo posible, tenemos que recordar a quienes han hecho posible esto y qué hicieron quienes descubrieron la vacuna contra la viruela. ¿Pero Henel tuvo que hacer experimentos con su familia, investigación clínica con su esposa, con sus hijos? lo cual ahora sería altamente criticado, sin embargo ese era el estado de la medicina endicho momento.

Pasteur presenta la teoría microbiana de la enfermedad, Krafol W Lord usa el cloroformo en 1942 para dormir a sus pacientes, y Lister y Roberto Hook descubren diversas causales. A partir de estos científicos se genera un nuevo fenómeno jurídico; al exigir el uso de medios jurídicos de manera generalizada se genera el concepto de obligaciones de medios, esto es medicamentos, equipo, órganos y tejidos, sin embargo no todos pueden acceder a los medios recomendados o bien tardan en conseguirlos; luego entonces se plantean lo siguiente: hay que establecer cuál es la legalidad de medios y si son idóneos y válidos, regular la accesibilidad en los medios, establecer los derechos de asistencia y medicamentos. Es uno de los grandes problemas pues no hay abasto de insumos si la gente carecer de recursos y la atención médica, entonces, es un mito, pero también hay que fortalecer los derechos de las partes en la relación médica jurídica, en la relación médico-paciente y, quiero acotar: el modelo paternalista se acabó, pues estamos hablando de un modelo de autonomía combinada en el cual no solamente existen los derechos del paciente, que a menudo se refieren y son importantes, sino que –tenemos que insistir– en que el médico tiene sus derechos y que a veces en la legislación parece que se soslayan.

Encontramos entonces que existe una serie de ámbitos jurídicos: el derecho constitucional, el civil, el sanitario, el penal, y sabemos que todo asunto que se refiere a la medicina tiene que pasar necesariamente por el derecho sanitario, y la solución, esencialmente, será sanitaria aunque tenga que ver con el derecho Civil, Penal, Administrativo, Fiscal. Sin embargo a menudo se legisla aplicando

hipótesis alejadas de la realidad de la medicina y se genera más problemas, en lugar de resolverlos.

Veamos algunos problemas por invasión del ámbito federal en las legislaciones locales, pues todo mundo quiere tener su mini Ley General de Salud. Encontramos legislación injustificada en un ejemplo claro: se pensó alguna vez que existía tráfico de órganos masivos en México, que secuestraban niños, que se los llevaban, obtenían los órganos y luego el niño aparecía en un parque público. Cuando yo trabajaba en el sector central de la Secretaría de Salud, estuve algún tiempo en el Registro Nacional de Transplantes y cada vez que hubo una denuncia de esto lo investigamos; ¿saben cuántos casos se comprobaron?: ninguno, pero sin embargo se dio el pánico por lo de el inconsciente colectivo, y se configuró un delito que se llamo “tráfico de órganos” y lo pusieron en la ley, en las disposiciones sobre crimen organizado, aunque no se ha comprobado un solo caso. Hay veces que las leyes no son sino meras definiciones doctrinarias que no son de utilidad porque no son un manual, un libro de texto, sino un conjunto de derechos y obligaciones. Después aparece una cuestión que me parece muy alarmante: una visión punitiva del medio, una visión que resulta en que el médico, después de dar la atención médica y sufrir con el paciente, tiene que sufrir verdaderamente juicios de residencia, lo cual no se ajusta ni a la lógica razonable ni a la ética y, por supuesto, es profundamente injusto.

Algunos otros ejemplos de legislación injustificada se dan en el caso de fertilización asistida y la de considerar el transplante de órganos como delitos de alta peligrosidad.

En el caso de la fertilización asistida está el supuesto padre –un portante del espermatozoide–, y la mujer, la portante de óvulos; esto ha sido muy discutido en la doctrina civil. En Francia se habla por ejemplo de una doctrina pluralidad de padre y pluralidad de madre, que es una especie de teleguía jurídica que en México nunca se ha aceptado. ¿Qué pasa desde el punto de vista fáctico?: se dice que una portante podría dar origen en un año a 18,000 seres, y sin embargo veremos lo que apareció en el Código Civil del Distrito Federal,

Otro monumental gazapo jurídico también se da en el parentesco por consanguinidad del mismo producto del hijo nacido por fertilidad asistida, y de quienes la consientan. Yo lo que tengo que decir a los señores assembleístas, y deben responder paralelamente, y que empiecen a fijar o pagar pensión alimenticia a los niños que resulten de esto porque ellos fueron los que lo consintieron.

Vamos a ver otro caso, el Artículo 301 del recientemente emitido Código Penal del Distrito Federal: lo que no debe ser, en el peor de los casos, sino una

falta administrativa, se convierte en un delito porque no se da un informe médico después de haber prestado la atención; eso es lo que se le exigió al médico, entonces ¿cuáles serán las propuestas? por una parte se sugiere invertir en estudios de profesiones, seguir reglas generales para la jubilación de nuevas posibilidades, pero además las leyes en materia sanitaria y lo que se relaciona con ellas civil, penal, administrativo o fiscal, deben pasar al tamiz de la ley; no pueden ser programas de partidos o postulados declarativos y en algunos casos los estamos encontrando. ¿Cómo se debe entender, entonces, la legislación?, especialmente la sanitaria, como parte de un servicio de salubridad general de la República. El sanitarista primero tiene que encontrar cuáles son los modos del comportamiento y ver si la solución es eficaz; por ejemplo para regular el asunto de los trasplantes la consecuencia debe ser obtener abasto del órgano a corto plazo.

Al encontrar identidades lesionadas, a veces consciente a veces inconscientemente, no sé cómo se va a hacer en lo que se refiere al hogar, estado y circunstancias en que se halló, la naturaleza de las lesiones que presentaba, sus causas probables, la atención médica que le proporcionó y, además, el lugar donde queda a disposición de la autoridad. Si no refiere eso: penalidad de 6 meses a 3 años de prisión: me parece profundamente injusto.

Por sí fuera poco, a pesar de la evolución médica en algunos rubros, se ha mantenido una constante normal a problemas médicos exclusivamente a la luz de los modelos decimonónicos, especialmente preocupante al recurrir a modelos punitivos para analizar el acto biomédico. Otros ejemplos clásicos de la responsabilidad médica que han venido regulando propician medicina defensiva, crea inseguridad en la población y hasta que aparezca en la prensa: “médico asesino, qué bueno que lo metieron a la cárcel”.

En 1970 un historiador de la medicina, Ignacio Roger Romo, preveía todo este tipo de casos, pero sin embargo nunca se les ocurrió hacer estudios de prospectiva jurídica para enfrentar los problemas que sabían se venían. Sin embargo la otra cara de la moneda es lo que si pensó por ejemplo al legislar un derecho penal tecnológico a través del cual se podría pensar en la congelación de un individuo como pena. Algunas de las cuestiones que hemos encontrado es necesario y urgente ponerlas en la legislación e incorporar las reglas interpretativas del acto biomédico; asimismo es urgente emitir un código deontológico nacional—esto ya lo hemos destacado en algunos otros eventos—que derogue la legislación Civil del Distrito Federal por ser perfectamente anti-constitucional e, incluso, contradice la legislación sanitaria nacional; regular la investigación clínica y biología de la reproducción, regular la incorporación de avances tecnológicos mediante la obligación de justificar la generalización de estudios de prospectiva, porque una cuestión es que se investigue, pero ahí a generalizar una técnica de procedimiento media un paso y modifica, por su-

puesto, el régimen de culpa-responsabilidad; en el Seguro Social se está modificando, y lo está trabajando el ISSSTE para lograr revertir el fenómeno persecucional al legislar la contratación de servicios; parece paradójico pero en nuestro Código Civil nunca se ha hablado de los derechos del paciente y de los derechos de el médico. Con una redacción absurda, de manera indirecta, por referencia, por interpretación, por doctrina, se resuelven las cosas; incluso para resolver un caso de mala práctica hay que recurrir por interpretación sistemática al artículo 1910 del Código Civil para el Distrito Federal, donde dice que nos habla de responsabilidad del hecho ilícito; yo les pregunto: ¿es un hecho ilícito ejercer la medicina?; hay que legislar en investigación de servicios de salud, legislar civilmente sobre derechos personales, disposición del cuerpo humano, el derecho a la presencia estética, derecho a la intimidad, y vida privada.

Referiré algunas adiciones al Código Civil Federal, trabajo que hemos venido haciendo a lo largo de unos 15 años cuando empezamos en la Secretaría de Salud a través de una Comisión Interdisciplinaria, y terminamos trabajando en el seno de la Comisión Nacional de Arbitraje. Nos han facilitado instalaciones en el Instituto Nacional de la Nutrición, y ha sido un grupo interdisciplinarias de más de 60 personas, con numerosos estudios, y hemos llegado a la conclusión (el autor del texto original fue el maestro Ernesto Gutiérrez y González, artículo 64 del Código Civil de Puebla) sobre los derechos de la personalidad, que son inalienables, imprescriptibles, irrenunciables, inagrabables y pueden oponerse a las autoridades y los particulares sin más límite que el derecho similar.

Otro artículo tendría que decir: toda persona capaz tiene derecho a disponer de su cuerpo para actos de atención médica y de investigación clínica en seres humanos; esto no está en la legislación civil. En lo que se refiere a atención médica, los actos de atención médica se ajustarán a las costumbres y siempre que no se afecten los derechos de terceros serán válidos y por tanto bajo el amparo la ley todos los actos y negocios jurídicos pendientes a la protección de la salud, en ningún caso y bajo ningún concepto el derecho a la protección de la salud será irrenunciable, por lo tanto no se reconoce como válido en tanto sea contrario al orden público; los actos médico quirúrgicos serán lícitos en tanto se ajusten a la *lex artis* y deontología médica, y siempre que signifique el mayor beneficio esperado respecto del riesgo sufrido. Las normas del primer derecho sanitario general determinarán los casos en que los actos de atención médica e investigación hayan de autorizarse por escrito.

Queda prohibido, en tanto contrario al orden público, los actos tendientes a instrumentalizar al ser humano, atentar contra la vida específicamente humana, adoptar alguna terapia obligatoria salvo cuando se trate de proteger la salubridad general de la República; al efecto se estará a las formalidades o requisitos que se fijen en la legislación sanitaria general, en la atención médica de menores incapaces. La autorización independiente estará a cargo de su

padre o tutor; los menores podrán manifestar su anuencia para actos de atención médica a partir de los 14 años de edad.

Los límites generales de los actos de atención médica e investigación médica en seres humanos serán la ley, el orden público, los principios de la ética médica y la salubridad generales de la República; la legislación sanitaria general fijara las reglas especiales correspondientes.

Si se dan cuenta, la legislación sanitaria creció y el derecho civil se quedó atrás hace mucho tiempo. Vemos otro ejemplo: toda persona capaz tiene derecho a disponer parcialmente de su cuerpo en beneficio de otra, y puede igualmente disponer de su cuerpo para después de su muerte con fines terapéuticos, de enseñanza o de investigación; esto nos ayudaría muchísimo en los trasplantes de órganos.

Finalmente veamos unas reglas sobre derecho a la presencia estética atendiendo al orden público, cuyas propuestas vienen mucho más amplias, en donde está el delito de fraude a la salud, atendiendo al orden público y buenas costumbres, y siempre que no se afecten los derechos de terceros. Serán válidos, y por tanto estarán bajo la protección de la ley, todos los actos y negocios jurídicos tendientes a la expresión de la apariencia física; cuando se trate de actos biomédicos dentro del concepto de buenas costumbres estarán comprendidos los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Queda prohibido, y en consecuencia será nulo, el derecho de todo acto o negocio jurídico tendiente a dañar o instrumentalizar la presencia estética; en consecuencia se entenderán por no puestas y no obligarán a las partes las cláusulas y condiciones a los fines mencionados. Para todo acto que entrañe la modificación permanente de la presencia estética se requerirá de la emisión por el interesado, o por la circunstancia legal, del consentimiento bajo información por escrito, otorgado ante dos testigos idóneos; bajo ningún concepto serán válidos los actos que entrañen modificaciones permanentes en menores cuando no tengan justificación médica, y para la limitación al derecho al que este artículo se refiere, por motivos de salubridad general se tendrá a lo dispuesto por la Ley General de Salud y por sus disposiciones reglamentarias.

Cierro con una reflexión: “Nada hay en la mente que no provenga de la experiencia, excepto, claro está, la mente misma que es naturalmente la posibilidad que haya experiencia.”

4. LA CLÍNICA COMO LENGUAJE

Dr. Alberto Lifshitz

Director General de Medi-Salud

Introducción

La comunicación clínica puede abarcar diversos conceptos: a) la que ocurre entre clínico, en cuyo caso se vincula con el lenguaje técnico de la medicina; b) la que se da entre médicos y pacientes, en la que se incluyen las variantes de verbal y no verbal, y c) la comunicación de los clínicos con el público, por ejemplo a través de los medios masivos.

Este escrito sólo pretende explorar la comunicación que se da entre médico y paciente a través de los síntomas y signos de éste, de tal modo que se pueda hablar de un “lenguaje clínico” o lenguaje de las enfermedades, no tanto identificado con la jerga de la medicina clínica, sino considerando los signos y síntomas como elementos lingüísticos de comunicación, obviamente cargados de significado. El asunto puede ser visto como un ensayo para aplicar los principios de la lingüística y la semiótica al particular quehacer del diagnóstico clínico, o simplemente como un frívolo divertimento metafórico. Parte de la idea de que los padecimientos se expresan en términos lingüísticos, en este caso los síntomas y signos, y que la función diagnóstica del médico es una interpretación de este lenguaje a partir de la cual toma sus decisiones.

Un lenguaje clínico

Si un lenguaje es un sistema organizado de signos apto para la interacción comunicativa dentro de una sociedad e incluye desde la expresión artística hasta la transmisión molecular de la información bioquímica, el lenguaje clínico podría estar integrado por un conjunto de signos que permiten al clínico alcan-

zar una comprensión de lo que le está ocurriendo a un paciente, concepto claramente relacionado con el diagnóstico. Este lenguaje se puede ver tanto desde la perspectiva de la teoría de la significación como la de la semiótica. Umberto Eco define la semiótica médica como el estudio de la relación entre determinadas alteraciones externas y alteraciones internas, y como la relación comunicativa y los códigos empleados entre médico y paciente. Es decir, la labor del médico es tanto adivinar lo invisible, es decir las lesiones en los órganos internos, como entender al paciente y orientarse para ayudarlo. Más aun, se ha dicho que la semiótica médica es la más antigua rama del árbol semiótico, en sus inicios relacionada con prácticas mágicas, adivinación, oráculos, meteorología y lectura de los signos de la naturaleza.

En lingüística el signo tiene una connotación un tanto diferente de la que se le da en la propedéutica. En ésta última se limita a los indicios objetivos de enfermedad (a diferencia de los síntomas que lo son subjetivos), mientras que en lingüística un signo es todo elemento portador de un contenido semántico (bajo esta perspectiva, también los síntomas son signos); los hay naturales, en los que se identifica una relación obvia entre el signo y lo que evoca (por ejemplo: nube-lluvia), y artificiales, que son convencionales pues se instituyen a partir de un acuerdo previo para que el signo evoque la imagen de lo que se pretende que represente e incluyen a los íconos y a los símbolos. El síntoma, en lingüística, es un indicio que transmite información acerca del individuo que lo genera, habitualmente de su estado emocional o de salud, al margen de si es subjetivo o no.

Si se parte del concepto de que el clínico “lee” los signos que emite el paciente, los interpreta y los organiza, se puede distinguir al lenguaje clínico como un sistema de signos naturales que traducen al intérprete ideas específicas con relación al referente, en este caso el enfermo. También se pueden aplicar a la clínica los conceptos de semántica (relación entre signo y significado), sintáctica (relación entre signo y signo) y pragmática (relación entre signo e interpretador).

Se ha señalado que más que en la distinción entre lo subjetivo y lo objetivo, la diferencia entre signo y síntoma radica en la relación principal que el médico establece. En el caso del signo esta relación es más con la enfermedad que con el paciente. En casos extremos el paciente llega a ser considerado únicamente como el portador de la dolencia y sus manifestaciones; la enfermedad lo ha invadido, como un parásito. En este caso es la enfermedad la que tiene existencia ontológica y el paciente es una víctima. El médico supone la existencia de una entidad nosológica identificable y su diagnóstico consiste básicamente en un reconocimiento de signos que se ordenan en función de una clasificación de enfermedades, y el diagnóstico es un quehacer eminentemente taxonómico, que descansa esencialmente en el conocimiento que tiene el médico de las enfer-

medades. El signo es, en tal caso, señal de una enfermedad que la medicina ha reconocido y clasificado previamente, es decir, de las enfermedades como géneros y, en consecuencia, cualquier falla en este proceso es considerada una carencia de conocimiento médico y no del paciente para manifestar los signos de su padecimiento.

Por su parte, el síntoma, considerado subjetivo, implica que el peso de la acción cognoscitiva descansa en el paciente; el médico pasa a segundo plano y su intervención es de carácter interpretativo. Al paciente corresponden la aprehensión del padecimiento y su expresión verbal. El diagnóstico a partir del síntoma depende, en primera instancia, de la capacidad expresiva del paciente, aunque no deje de reconocerse la habilidad interpretativa del médico.

Lo sintomático como adjetivo

Si bien lo sintomático es lo perteneciente al síntoma, tiene muchas otras connotaciones. Una de ellas es la que denota que algo está ocurriendo o está por ocurrir; es decir un incidente particular es sintomático de una realidad subyacente o próxima. Cuando se dice que una enfermedad es sintomática es porque provoca molestias, en tanto que una asintomática es indolente. El período sintomático de una enfermedad es aquél en el que existen los indicios clínicos que permiten su reconocimiento. Algo se considera sintomático si es que refleja una realidad oculta o de fondo. El tratamiento sintomático (tal vez sería mejor antisintomático) es el que se dirige a las expresiones de la enfermedad y no a la enfermedad misma. El diagnóstico sintomático es el que identifica con claridad cuáles son auténticamente las manifestaciones de la enfermedad, si no es el de ponerle un nombre técnico a las quejas expresadas en términos coloquiales o a los hallazgos identificados en el examen físico.

La nomenclatura de Feinstein

En vista de que las diferencias entre síntoma y signo no son siempre tan claras (por ejemplo, la hematemesis podría ser un síntoma o un signo), Feinstein propuso una nomenclatura diferente. A todos los signos (en el sentido lingüístico de la palabra e incluyendo a los síntomas) les llama “caracteres no zoográficos”, independientemente de que sean subjetivos u objetivos. Al conjunto de estos caracteres, que conforman el “padecimiento”, les llama “cuadro no zoográfico” para distinguirlo del “cuadro clínico”, que es el de la enfermedad, es decir el descrito en los textos a partir del estudio de muchos enfermos y de sus características comunes, muchas veces soslayando las diferencias. El diagnóstico por analogía consiste en comparar el cuadro no zoográfico (del paciente) con el cuadro clínico (del libro) y en la medida en que se parezcan se puede hacer el diagnóstico nosológico.

Distingue “síntomas objetivos” de “síntomas subjetivos” en que los primeros son sensaciones notadas por los pacientes y que sólo pueden identificarse por

medio del interrogatorio, por ejemplo, dolor, parestesia, mareo, visión, borrosa o sensación de tristeza. Los síntomas objetivos son las observaciones que ha hecho el paciente en relación con su cuerpo o con los productos de éste, por ejemplo, ictericia, hinchazón de los tobillos o sangre en al orina. También se incluye bajo la denominación de síntomas objetivos las observaciones hechas por parientes y otros legos, por ejemplo cuando describen una crisis convulsiva. A estos síntomas objetivos también los llama “signos subjetivos”, y los clasifica en “corporales” si ocurren en el cuerpo del paciente, por ejemplo, un exantema o una crepitación articular, y “efluentes” si se relacionan con los productos que emergen del cuerpo del paciente, como vómito verde, orina oscura o esputo sanguinolento. Les llama “síntomas provocados” a las percepciones que tiene el paciente durante el examen físico, por ejemplo, dolor a la presión en la fosa iliaca derecha, disestesia o pérdida de la visión central de un ojo.

A las observaciones que pueden ser hechas por el médico durante la exploración Feinstein les llama “signos físicos” y a los que sólo pueden ser identificados con técnicas especiales de exploración, como los exudados retinianos o los nódulos prostáticos les llama “signos yátricos”. Son “signos paraclínicos” todos los resultados de otros exámenes que no realiza el propio clínico, y “síntomas yatrotrópicos” aquellos que llevan al paciente a buscar ayuda médica, y que se distinguen de los “no yatrotrópicos” en que estos últimos son identificados por el médico durante la atención del paciente.

Funciones del lenguaje clínico

Todos los lenguajes tiene una función cognoscitiva, que abarca tanto la obtención de información como la capacidad de argumentar y razonar con ella. A partir de los signos y síntomas el médico se hace una idea de lo que está ocurriendo en el enfermo y puede planear las acciones subsiguientes. La función ordenadora permite estructurar mejor el pensamiento con la ayuda de los signos lingüísticos; una función realizadora en la que, a partir de una interpretación del lenguaje, se ponen en marcha acciones psicomotoras; una función denotativa o referencial, que permite la comunicación entre expertos; una función de desarrollo en la que, a partir de los acuerdos, pueden irse generando propuestas de un nivel de integración progresivamente más alto, y una función sintomática, que traduce las condiciones del referente.

Varias de estas funciones coinciden con las del diagnóstico, al fin y al cabo la expresión sumaria de la interpretación del lenguaje clínico. El diagnóstico tiene también una función denotativa o referencial, que permite a los expertos entenderse en términos sintéticos. Basta decir que el paciente tiene una Corea de Sydenham para evitar describir prolijamente los movimientos anormales que presenta y su relación con la fiebre reumática (entendida como enfermedad articular, cardíaca, con signos de laboratorio, etc.) El diagnóstico tiene

también una función taxonómica, que permite clasificar a los pacientes en distintos grupos al compartir características con otros de la misma clase, función que tiene una importancia clara desde el punto de vista epidemiológico pero también en las decisiones terapéuticas. Éstas responden mejor a la función ejecutiva del diagnóstico, que en este caso es la base de las decisiones médicas, ya sea terapéuticas o de otro tipo. Finalmente, el diagnóstico tiene una función explicativa, que ayuda a entender (y a explicar) lo que está sucediendo en el paciente.

La interpretación de los signos clínicos

Los signos clínicos aislados a veces carecen de valor semiológico o lo tienen muy escaso, y sólo lo adquieren cuando se asocian con otros. Lo mismo que las palabras que aunque tengan su semántica propia, su carácter polisémico exige que se interpreten en función de su contexto. La palabra “llama” puede significar una flama, una pasión, un mamífero de América del Sur o una acción del verbo llamar, por lo tanto, tiene que interpretarse de acuerdo con las palabras que la acompañan. En la clínica sucede algo similar, pues el número de signos es mucho menor que el de enfermedades, lo mismo que en cualquier lenguaje en relación con significantes y significados. La amplitud polisémica de los signos clínicos es variable, pero prácticamente todos ellos tienen la propiedad. Por eso se dice que no hay signos patognomónicos en el sentido que puedan tener un significado único.

Bajo una perspectiva un tanto teórica los signos clínicos suelen agruparse en cuadros clínicos o en síndromes, según se les reconozca o no un origen específico. El cuadro clínico corresponde a todos los signos que pueden producir una cierta enfermedad, jerarquizados según su frecuencia. El síndrome, por su parte, es un conjunto de signos fisiopatológicamente relacionados que pueden tener orígenes diversos. Se ha propuesto que el conjunto sistematizado de signos clínicos puede equivaler al concepto semántico de icono, que muestra las propiedades del objeto, y que el médico integra los iconos diagnósticos procurando satisfacer sintácticamente a la lógica y semánticamente a la realidad. Las relaciones sintácticas entre los signos clínicos obedecen a un vínculo fisiopatológico que es consustancial tanto a los síndromes como a los cuadros clínicos. Estos enlaces sintácticos se refieren no solamente a signos simultáneos, sino que frecuentemente son sucesivos, lo que equivale al discurso lingüístico, de modo que los iconos pueden ser instantáneos o evolutivos. El padecimiento es un proceso, con sucesos consecutivos, que tiene una historia natural gradual, tanto en gravedad como en expresión. El momento de esa historia natural en el que tiene el médico la oportunidad de participar determina, además del pronóstico, la facilidad de interpretar los signos y el grado de intervención que se exige. En la fase preexantemática de alguna de las enfermedades virales de la infancia, el médico difícilmente puede identificarla, a menos que sepa que se está viviendo una epidemia o tenga la poco probable intuición de

hacer exámenes de laboratorio especiales. Este carácter evolutivo confiere al lenguaje clínico la peculiaridad de ir incorporando sucesivamente nuevos signos, de tal modo que la espera paciente constituye a veces un buen método de diagnóstico. Además, en la conformación del cuadro no zoológico no sólo participan los signos dependientes de la enfermedad actual, sino aún las de los ancestros que ocurrieron muchos años antes.

«Icono» (sin acento) es una representación simbólica, no arbitraria, generalmente formal, que representa algún objeto con el que guarda una relación de semejanza. El mejor ejemplo es un retrato fotográfico o pictórico. El icono es el signo o conjunto de signos que exhibe en sí mismo las propiedades del objeto.

El clínico tiene que hacer una traducción de la forma en que el paciente expresa, ya sea verbal o corporalmente, su enfermedad, en términos que posean una representatividad convencional y que puedan ser entendidos por otros colegas. Como en cualquier traducción existe el doble compromiso de interpretar lo más fielmente posible lo que quiso decir el emisor y seleccionar, en el nuevo idioma, el término más preciso que lo designe. Cuando un paciente dice que “se le duerme la mano” el médico debe identificar si lo que el paciente tiene es parestesia, hipoestesia o parestesia; si tiene los tobillos aumentados de volumen hay que precisar si es edema o flogosis; si se queja de mareo puede ser vértigo, lipotimia, sensación de inestabilidad o hasta náusea. Esta fase del proceso clínico se conoce como “diagnóstico sintomático” y equivale a leer bien las palabras.

En una segunda fase las palabras forman frases u oraciones, llamadas sintagmas, mediante las reglas de la sintaxis. Los signos clínicos, por su parte, se interrelacionan en síndromes o en complejos sintomáticos, según se identifiquen vínculos fisiopatológicos. El sintagma tiene una connotación lingüística más compleja que las palabras aisladas y una representación mental más específica. El síndrome, por su parte, evoca una lista de causas notablemente menor que lo que evoca un signo o un grupo de ellos. Cuando el padecimiento está conformado por varias enfermedades (comorbilidad), situación más común de lo que se piensa, la lectura del texto se tiene que hacer en capítulos que, teniendo su independencia, no dejan de tener relación entre sí. Si al leer se aprende leyendo, a entender a los enfermos se aprende escuchando lo que dicen sus cuerpos o su voz.

El diagnóstico

En esta idea se centran muchos de los afanes de los médicos. Al menos, el diagnóstico es una estación básica en el proceso de la atención médica y es a partir de él que se toman muchas de las decisiones más trascendentes. Es, en pocas palabras, la síntesis de los esfuerzos por interpretar el lenguaje de los signos clínicos.

Los niveles en que se aplica el diagnóstico, entendido como interpretación, incluyen la etapa de la historia natural en la que se logra realizar. Hoy se habla de diagnóstico prenatal, sustentado en las características genéticas de los progenitores, cuando éstas permiten predecir las cualidades del bebé; el diagnóstico prenatal se refiere al que se puede realizar durante la vida intrauterina, frecuentemente a partir de muestras tomadas del propio embrión o feto o del líquido amniótico que lo rodea; el preconcepcional, que puede abarcar al parenteral pero también el que surge del estudio de las células reproductivas antes de la fertilización in vitro; el preimplantatorio a partir del estudio del cigoto o del embrión temprano antes de que vaya a ser implantado en el útero; el diagnóstico de los riesgos es más o menos característico de esta época en la que, sin que el paciente manifiesta ninguna queja aún, se puede estimar una alta probabilidad de que aparezca una cierta enfermedad; los diagnósticos preclínico y subclínico que refieren a las enfermedades que todavía no se expresan en síntomas aunque, con una profundización del estudio se pueden descubrir indicios de que ya está presente (subclínico) o está por aparecer (preclínico). El diagnóstico precoz es, por ahora, la aspiración mínima de los clínicos en la medida en que puede descubrir tempranamente las enfermedades y actuar con oportunidad, a diferencia del diagnóstico tardío, cuando ya no existe posibilidades de detener el padecimiento, y no se diga el diagnóstico postmortem que sirve para propósitos epidemiológicos, familiares y académicos pero que ya no le resulta útil al enfermo.

Según el grado de certeza, el diagnóstico puede ser provisional, en tanto se hace acopio de signos adicionales, por ejemplo de laboratorio o imagen; operativo, cuando, aun sin la certeza deseable se considera que hay una probabilidad suficiente como para tomar decisiones (umbral terapéutico), y definitivo cuando se puede sostener con certeza. Según la tecnología utilizada, el diagnóstico puede ser anatómico, químico, biomolecular, serológico o genómico. La fuente de los signos clasifica al diagnóstico en clínico, cuando procede del interrogatorio y de la exploración física, cuando depende de un hallazgo exploratorio, de laboratorio, imagenológico, ultrasonográfico o anatomopatológico, cuando se sustenta casi exclusivamente en alguno de los procedimientos a que hace referencia, y provocado, cuando se revela a partir de alguna maniobra especial que realiza el clínico, por ejemplo la fibrinólisis después de una inyección de adrenalina, o el síncope neurocirculatorio a partir de una prueba de inclinación específicamente para provocar los síntomas.

Según el nivel de abstracción, el diagnóstico puede ser exclusivamente sintomático cuando se aplica un término técnico a cada uno de los signos o quejas del paciente; sindromático cuando los síntomas se pueden agrupar con bases fisiopatológicas y es posible adscribirlos a un número limitado de causas; el diagnóstico sintomático puede dar origen a un tratamiento sintomático (su-

primir el síntoma, por ejemplo, el dolor con analgésicos, sin necesidad de averiguar su causa) y el sindromático a una terapéutica genérica (por ejemplo, digital y diuréticos, dieta hiposódica y otros medicamentos en la insuficiencia cardiaca, independientemente de cuál sea la cardiopatía que la origine). El diagnóstico topográfico permite al menos identificar el órgano enfermo o el nivel de la lesión; el etiológico su causa. Este último ha sido un desideratum a partir sobre todo de la teoría microbiana de la enfermedad pues cualquier decisión terapéutica tendría que ir dirigida a combatir la causa; actualmente se admite que muchas de las enfermedades contemporáneas no tiene una causa reconocible. Cuando se acompaña de un calificativo, se tiende a pensar en el diagnóstico nosológico, que equivale a ponerle nombre a los sufrimientos del paciente; este nombre se selecciona de un catálogo más o menos amplio de enfermedades. El diagnóstico nosológico, si bien encasilla al paciente en el compartimiento correspondiente, muchas veces soslaya su individualidad y unicidad y más bien lo iguala con los otros del mismo casillero; no obstante, el nombre de la enfermedad es, en sí mismo, un elemento importante para las decisiones terapéuticas, aunque no el único.

El diagnóstico fisiopatológico ayuda a entender y permite explicar lo que está sucediendo en el cuerpo del paciente, como complemento del diagnóstico nosológico. El diagnóstico diferencial plantea la pregunta de porqué no es otro el diagnóstico nosológico, en todo caso lo reafirma o lo sustituye; el ejercicio de diagnóstico diferencial permite excluir otros diagnósticos nosológicos y seleccionar el que mejor se adapte a los signos del enfermo. La aspiración, el desideratum, es un diagnóstico integral, en el que se incluyan las peculiaridades individuales del caso, involucra muchas de las otras variantes y permite la ejecución plena de las funciones del diagnóstico.

Los matices del lenguaje clínico

Igual que otros lenguajes, el clínico puede tener matices que modulan el mensaje y desafían al lector. La capacidad del paciente para percibir los síntomas tiene que ver con su condición emocional y con su resistencia; los extremos son el paciente hipocondríaco y el estoico, el primero percibiendo en exceso (o al menos dándole más importancia a lo que percibe) y el segundo en defecto; obviamente que la capacidad interpretadora se pone a prueba en ambos casos. Igualmente importante es la capacidad del paciente para expresar sus molestias, para explicarlas o para manifestarlas. En esta expresión –y en la percepción– tiene que ver la modulación emocional. También puede haber motivaciones sociales para expresar más o menos los signos del lenguaje clínico, por ejemplo, la expectativa de una licencia por incapacidad, de poder ausentarse de las labores cotidianas, de ser objeto de atenciones extraordinarias, etc, todo ello en forma de ganancias secundarias. Importa el acceso que se tenga a los recursos diagnósticos, pues en la medida en que estos puedan utilizarse puede contarse con un lenguaje más florido para hacer las interpretaciones semióticas.

Indudablemente que la gravedad del caso imprime elementos adicionales a la expresión clínica, no sólo en cuanto a la intensidad y multiplicidad de los signos, sino en cuanto a su modulación, tanto por parte del paciente como por parte del médico. La comorbilidad, hoy en día más frecuente de lo que se suponía, genera modificaciones en la expresión clínica en tanto que se suman los signos de las diversas enfermedades y se alteran por influencias recíprocas. El estado funcional subyacente del paciente hace que las enfermedades se expresen de manera diferente; no es igual la misma enfermedad en un paciente previamente deteriorado que en uno previamente sano; entre las variables de la expresión clínica se encuentra la rapidez con que evoluciona la enfermedad, la gravedad y los órganos o sistemas que involucre.

De esta manera, el número finito de signos clínicos puede tener infinitas maneras de expresarse; pueden ser explícitos o simbólicos, minimizados o exagerados, matizados, sutiles, ocultos, tímidos o enmascarados. Esto convierte a la competencia para interpretar el lenguaje clínico como una habilidad compleja, en oposición a la idea prevaiente de que bastan una serie de asociaciones y analogías para que el médico elija su diagnóstico y, a partir de él, se desencadene automáticamente la decisión terapéutica. La tendencia a simplificar la atención médica mediante esquemas sencillos se enfrenta al obstáculo que representa la capacidad de interpretar el lenguaje clínico. El paciente habla con su voz y con su cuerpo, en una complicada comunicación que abarca múltiples elementos semánticos con una variedad casi infinita de matices, los que difícilmente se sujetan a reglas teóricas que faciliten el aprendizaje.

6 HUMANISMO Y MEDICINA

Dr. Ruy Pérez Tamayo
Hospital General de México

Los organizadores de esta reunión me invitaron pidiéndome que hablara sobre el tema: *Humanismo y medicina*. En principio, no parecía que hubiera mucho que agregar a la montaña de declaraciones, conferencias, simposios, artículos y libros que existen sobre el tema, y no de ahora sino de tiempo atrás, por lo menos desde mis años de estudiante, hace ya más de medio siglo.

Cuando se dice que el médico debe ser un humanista, nadie puede estar en contra, aunque no tenga una idea muy precisa de lo que se quiere decir. Eso no importa, porque de muy pocas cosas tenemos ideas realmente claras y precisas. La postura tiene un peso moral comparable a la oposición a la guerra o a la condena a la miseria. Pero la unanimidad de nuestro pensamiento y las buenas intenciones no bastan porque a pesar de nuestra oposición sigue habiendo guerras y la miseria no sólo existe sino que está aumentando.

¿Será posible que a pesar de lo universal de nuestra convicción de que el doctor debe ser un humanista, haya todavía algunos colegas que no lo sean? Si es así ¿se debe simplemente a ignorancia o se trata de médicos perversos que pudiendo escoger entre el humanismo o su ausencia, se inclinan por esta segunda opción?, y, finalmente ¿qué relación existe entre el humanismo mencionado y la frecuentemente señalada “deshumanización” del médico?

Personalmente creo que este planteamiento sobre el humanismo y la medicina no es correcto. En mi opinión, se trata de la confusión de dos áreas del

conocimiento que deben mantenerse independientes porque corresponden a dos esferas o planos conceptuales distintos que son el humanismo (o lo que quiera decirse por este término) y la medicina propiamente dicha, o sea definida en función de sus objetivos.

Yo voy a referirme por orden a los tres puntos siguientes:

1. El significado de humanismo.
2. La medicina y sus objetivos, y
3. La interacción entre esos dos términos.

¿Qué es el humanismo?

Cuando usamos el término en relación con la medicina ¿exactamente qué queremos decir? El Diccionario de la real Academia define el término “*humanismo*” como: 1. Cultivo o conocimiento de las letras humanas 2. Movimiento renacentista que propugna el retorno a la cultura grecolatina como medio de restaurar los valores humanos 3. Doctrina o actitud vital basada en una concepción integradora de los valores humanos.

Desde luego creo que esto no es lo que tenemos en mente cuando hablamos del humanismo en la medicina, sino más bien lo que significa el término “*humanitario*” que el mismo diccionario define como: 1. Que mira o se refiere al bien del género humano 2. Benigno, caritativo, benéfico 3. Que tiene como finalidad aliviar los efectos que causan la guerra u otras calamidades en las personas que las padecen. En otras palabras, no se trata de que los médicos para cumplir de manera adecuada con sus funciones profesionales deban ser expertos en literatura clásica y contemporánea o cultivar el griego o el latín, o recitar al Petrarca y citar de memoria algunos cantos de la Divina Comedia, sino más bien que sea que practique el bien, que sea benigno y caritativo, que en vez de humanista sea humanitario.

Pero este último, no era el punto de vista de uno de los médicos mexicanos más famosos y más justamente admirados del siglo pasado, quien además insistió en forma reiterada sobre el tema, de modo que no hay duda sobre su postura y sus ideas; me refiero al Maestro Ignacio Chávez. En ocasión del III Congreso Mundial de Cardiología, celebrado en Bruselas en septiembre de 1958, el Maestro Chávez pronunció un memorable discurso titulado: *Grandeza y miseria de la especialización médica. Aspiración a un nuevo humanismo*. En este texto, todavía hoy admirable por su fluidez y elocuencia, el Maestro Chávez hace un rápido bosquejo de los progresos de la medicina científica y de la especialización, y después dice “...no hay peor forma de mutilación espiritual de un médico que la falta de cultura humanística. Quien carezca de ella podrá ser un gran técnico en su oficio, podrá ser un sabio en su ciencia, pero en lo demás no pasará de ser un bárbaro, ayuno de lo que da la comprensión humana y de lo que fija los valores del mundo moral”.

Y ¿en qué consiste esa cultura humanística? El maestro Chávez la describe, en distintos párrafos, como sigue: “...la raíz del humanismo actual debe ser el conocimiento de las lenguas vivas. A través de ellas podemos asomarnos al pensamiento de razas y países que no son los nuestros y beber la información de las fuentes mismas...Siendo una aspiración eterna, la cultura no es una cosa universal y estática sino que cambia y se modela según el tiempo y el lugar. De aquí que el conocimiento de la historia sea un requisito esencial del humanismo contemporáneo, historia amplia, de los pueblos, de la civilización y de los pensamientos del hombre. A nosotros, médicos, nos interesa además y en forma decisiva, la historia de nuestra rama, que nos muestra la evolución de las doctrinas médicas... Y cuando ya se tenga todo eso, el conocimiento de las lenguas y de la historia en su mayor anchura; cuando se conozca la realidad social y se tenga interés por la hora en que se vive, el humanismo de nuestro tiempo quedaría triste y mate, si el hombre no puliera su espíritu con las lecturas selectas, con la frecuentación de los clásicos modernos, con el amor de la belleza –palabras, música o plástica- y con la reflexión sobre los temas eternos de la conducta –el deber, el amor, el bien- formas todas de sublimar el alma frente a la dura realidad de vivir. La marcha por esos caminos ásperos de la perfección nos lleva aun punto, el mismo a donde llegaron los humanistas clásicos, el de saber que la preocupación máxima del hombre debe ser el hombre mismo, para estudiarlo y comprenderlo, con todo lo que eso implica de interés por su vida y de respeto por su esfuerzo creador”.

Está bien claro que para el Maestro Chávez el término “humanismo” quería decir exactamente lo que señala el Diccionario de la Real Academia, o sea una cultura basada en el conocimiento de idiomas, de historia, de literatura y de las artes, porque el pensaba que del humanismo se pasaría en forma automática al “humanitarismo” en la medicina. A este respecto nos dice:

“El espíritu humanista imbuido en el científico le impide poner en la ciencia una fe mítica, creyéndola de valor absoluto, y le ayuda a comprender, humildemente, la relatividad de ella y a admitir que la ciencia no cubrirá nunca el campo entero de la medicina; que por grandes, por desmesurados que sean sus avances, quedará siempre un campo muy ancho para el empirismo del conocimiento, para la <casta observación> de nuestros antepasados”: La postura del Maestro Chávez era en medicina: *al humanitarismo a través del humanismo*.

No tengo nada en contra de estos admirables conceptos, excepto que no son exclusivos de la medicina. Que de la cultura general se derive un comportamiento más humano con nuestros congéneres es igualmente aplicable a médicos, arquitectos, filósofos, matemáticos, políticos, futbolistas y hasta a policías. Los argumentos del Dr. Chávez me convencen de que un médico culto es un mejor médico, pero no por que sea médico sino porque es un mejor hombre, y porque esa circunstancia no sólo le permite sino que lo obliga a un mejor trato con otros hombres, en el tejido social en el que existe.

La medicina y sus objetivos

En el binomio humanismo-medicina, toca ahora definir el significado del término “medicina”. Creo que hay muchas definiciones en nuestra profesión, unas buenas y otras no tanto, pero para los usos de esta plática voy a permitirte ofrecer una basada en sus objetivos.

Como yo la concibo, la medicina sólo tiene las siguientes tres funciones:

- a. Preservar la salud,
- b. Curar o aliviar cuando no se puede curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente, y
- c. Evitar las muertes prematuras e innecesarias.

Cuando alguien pregunta ¿para qué sirve la medicina? Podríamos contestarle con la siguiente frase: *“Para que hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos toda su vida y finalmente mueran sin sufrimientos y con dignidad, lo más tarde que sea posible”*. Hasta donde yo se, para eso sirve la medicina y no sirve para nada más.

Para cumplir con estos objetivos la medicina científica contemporánea cuenta con un caudal de conocimientos y un arsenal científico y tecnológico que nunca antes había poseído no soñado en poseer. Pero a pesar de todo el progreso y de todas las diferentes transformaciones de la medicina a lo largo de su historia, la científica, tecnológica, social y la económica, su esencia misma no ha cambiado y por lo tanto sus funciones siguen siendo las mismas.

La medicina probablemente se inició antes de que apareciera *Homo sapiens* en la faz de la tierra, cuando uno de sus homínidos predecesores se sintió enfermo, se acercó a otro homínido y le pidió ayuda y este aceptó dársela. Así se estableció la relación que desde entonces constituye el núcleo central de la medicina, la que permite la búsqueda y el cumplimiento de sus objetivos, la que determina la especificidad de la profesión. En vista de que no ocurre en ninguna otra forma de interacción humana: la relación médico-paciente.

La complejidad de la práctica médica actual, incluyendo el desarrollo de las especialidades que alejan al médico del contacto directo con los pacientes individuales, como la salud pública, epidemiología, investigación biomédica básica, patología o la administración de hospitales, ha tendido a diluir el valor central para la medicina de la relación que se establece cuando el paciente se encuentra con su médico. Sin embargo, debe tenerse presente que, en última instancia, todas las encuestas epidemiológicas, los microscopios electrónicos y las asociaciones de hospitales, sirven en última instancia para que el médico pueda establecer una mejor relación con su paciente, desempeñando mejor su función y cumpliendo con los objetivos de la medicina.

Aquí la escala de valores se mide en el grado en que la relación médico-paciente contribuye a cumplir con las funciones de la medicina, y no hay duda de que esta relación óptima es la que mejor permite alcanzar los objetivos de la profesión médica.

De la combinación de los objetivos de la medicina con la relación médico-paciente puede derivarse un código de ética médica estrictamente profesional, sin la participación de elementos ideológicos, políticos o confesionales. Estas influencias extramédicas invaden, y con frecuencia hasta reemplazan, a los argumentos médicos en la gran mayoría de los códigos de ética médica conocidos, desde el Juramento de Hipócrates hasta el último promulgado por la Asociación Médica Mundial.

Esto no es de extrañar, porque los médicos son seres humanos y sus acciones están determinadas no sólo por la ética médica sino también por la ética general o normativa, y en muchos de ellos también por la ética trascendental, de acuerdo con sus diferentes creencias religiosas.

Pero debemos distinguir entre la ética médica y la ética del médico, porque son dos cosas bien diferentes, y de su confusión pueden resultar situaciones desde equívocas hasta trágicas. El siguiente ejemplo servirá para aclarar la diferencia mencionada: Muchos códigos de ética médica antiguos y contemporáneos condenan como faltas de ética médica el cobro excesivo por consulta o por cirugía, por servicios no proporcionados, y la antigua práctica de compartir honorarios con laboratorios o con consultantes cuyos estudios y opiniones son innecesarios, pero que se realizan por razones de lucro. No hay duda que estas son faltas de ética, pero ¿son faltas de ética médica?. El delito cometido se llama robo y se considera falta de honradez, sin calificativo profesional, porque igual ocurre con licenciados, ingenieros, contadores, políticos y ladrones profesionales.

La ética médica tiene que ver con la medicina, mientras que la ética del médico tiene que ver con el ser humano que la practica, no porque sea médico sino porque es un ser humano.

El código ético médico basado en las funciones de la medicina tendrá que girar alrededor de una relación médico-paciente óptima, porque es con la que mejor pueden cumplirse los objetivos de la profesión. Por tanto, debe contar cuando menos con las cuatro recomendaciones o reglas siguientes;

I. Estudio continuo. El médico está obligado éticamente a mantenerse al día en los conocimientos de su especialidad, para poder ofrecerle a su paciente el mejor cuidado posible. Esto se logra cuando el médico sigue siendo un estudiante de su profesión a lo largo de toda su vida. No hacerlo interfiere con el

establecimiento de una relación médico-paciente óptima, lo que a su vez disminuye las probabilidades de cumplir con los objetivos de la medicina. El médico que deja de estudiar no sólo se convierte en un mal médico y en un médico malo, sino que además es un médico inmoral.

II. Docencia e información. La palabra “doctor” viene de la voz latina *docere*, que significa enseñar. El hecho de que los términos “médico” y “doctor” se usen como sinónimos, no sólo es en el idioma castellano sino en muchas otras lenguas, revela que la relación entre la medicina y la docencia es tan antigua como íntima. En efecto, desde antes de los tiempos de Hipócrates el médico instruía a su paciente y a sus familiares y amigos sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico. Además, en ausencia de escuelas de medicina, el médico también funcionaba como maestro de sus discípulos y ayudantes, que se acercaban a él para aprender su arte, viéndolo actuar y escuchando sus lecciones. Los 25 siglos que nos separan del Padre de la Medicina no ha cambiado esta función fundamental del médico, la de instruir con sus conocimientos y su experiencia a sus pacientes, a sus familiares y amigos, así como a sus colegas y colaboradores, a sus alumnos y a todos los que se benefician con ello. El médico que no enseña, que no explica una y otra vez, tantas como sea necesario, lo que ha aprendido estudiando y atendiendo a sus enfermos, comete una grave falta de ética médica, es un médico inmoral.

III. Investigación. El médico tiene la obligación moral de contribuir (o por lo menos de intentar hacerlo) al universo de información que nos sirve a todos los miembros de la profesión para ofrecer el mejor servicio posible al paciente. No se trata de abandonar la clínica o la sala de cirugía por el laboratorio o el microscopio electrónico, sino de cultivar el espíritu científico en la práctica de la medicina, que por otro lado es lo que distingue al médico del curandero o del charlatán. La ciencia se distingue de otras actividades humanas, como la política o la administración de empresas, en que aprende de sus errores, para lo que se necesita reconocerlos, examinarlos e intentar explicarlos. El análisis sistemático de la actividad clínica cotidiana sugiere una rica variedad de preguntas cuya respuesta desconocemos; la ética médica demanda que intentemos resolverlas, para mejorar la calidad de la atención que ofrecemos a nuestros enfermos y el contenido de las enseñanzas que impartimos a todos los que se benefician de ellas. No investigar (o por lo menos no intentarlo) es una grave falta de ética médica.

IV. Manejo integral. El médico debe distinguir entre la enfermedad y el padecimiento de sus pacientes. La enfermedad es la causa de su malestar, pero lo que lo trae a consulta es su padecimiento. Este último está formado por los síntomas y signos del proceso patológico, más la angustia del sujeto, su preocupación por el futuro inmediato y a largo plazo, sus problemas económicos, el miedo al dolor y a que lo tengan que operar, el destino de su familia y

sobre todo, el terror a la muerte. Todo esto es lo que el paciente padece, y es de lo que el médico tiene el deber y la obligación de aliviarlo. Para manejar su enfermedad el médico cuenta hoy con una cantidad inmensa de conocimientos, una tecnología espléndida y una gran riqueza de medidas terapéuticas, lo que ha aumentado su eficiencia en forma que hace medio siglo no podíamos ni soñar. Pero para aliviar el padecimiento del enfermo, el médico de hoy cuenta con los mismos elementos con que contaba Hipócrates, que son la actitud interesada y afectuosa, el trato amable y respetuoso, la atención solícita y cuidadosa, la palabra suave y confortadora, que promueve y fortalece la esperanza y que alivia la incertidumbre y la angustia, sin paternalismo arrogante y siempre con respeto a la dignidad y a la autonomía del ser humano que deposita su confianza en él. El médico que no atiende en forma integral al paciente y que sólo lo ve como un “caso” más de cierta enfermedad no sólo es mal médico y un médico malo, sino que es un médico inmoral.

El humanismo y la ética médica

¿Qué relación tiene el humanismo con la ética médica? ¿Tenía razón el Maestro Chávez, cuando hace más de 50 años nos decía que el humanismo (entendido como conocimiento de idiomas, historia y artes) debía cultivarse porque conducía al humanitarismo de la práctica de la medicina? ¿Es la escasez o ausencia de este tipo de humanismo en muchos de los médicos contemporáneos, tan ocupados salvando vidas que no tienen tiempo de aprender alemán o italiano, estudiar historia en los libros de Miguel León Portilla, viajar a Salzburgo a escuchar a Dietrich-Fisher Diskau cantar canciones de Mahler, o leer los textos filosóficos de Luis Villoro, responsable de la frecuentemente señalada “deshumanización” del médico actual?, o como también se dice, ¿es la tecnología moderna la que ha alejado al médico de su paciente y lo ha “deshumanizado”? Aunque estas opiniones tienen el peso de su reiteración cotidiana, y “cuando el río suena agua lleva”, ninguna me convence del todo. Yo no creo que el humanismo (entendido como el Maestro Chávez) sea el único o principal camino hacia el humanitarismo en la práctica médica, como tampoco creo que la tecnología sea culpable de la “deshumanización” de los médicos contemporáneos.

En mi experiencia, la gran mayoría de los médicos que conozco (y a mi edad he conocido y conozco a muchos) no me impresionan como una multitud de desalmados, que trata a sus pacientes con frialdad y desinterés. Seguramente existen algunos colegas que cumplen con la descripción de “deshumanizados”, pero no se trata de médicos que alguna vez fueron humanitarios y lo perdieron, sino sujetos que ya eran deshumanizados y que estudiaron medicina. También hay abogados, agentes de la procuraduría y diputados “deshumanizados”, que no lo son por razones profesionales sino más bien genéticas.

Creo que en nuestro tiempo no es el médico el deshumanizado sino el sistema en el cual se encuentran atrapados tanto él como sus pacientes; ambos son víctimas de la burocratización excesiva de los servicios de salud, que a su vez ha sido consecuencia de su socialización. No tengo absolutamente nada en contra de la medicina socializada; de hecho, me parece no sólo la más justa sino también la única forma de poder ofrecer servicios de salud a toda la población.

Pero estoy en contra de la manipulación política de la medicina socializada, que la convierte en una gesticulación demagógica, en la que lo que importan ya no son los seres humanos sino los números, en la que los administradores manejan estadísticas en vez de pacientes individuales. Cuando la oferta de atención médica tiene una capacidad real diez o cien veces menor que la ejercida (y además muy publicitada por razones demagógicas) el resultado es la catástrofe que todos conocemos, es la verdadera “deshumanización” de la medicina.

El trato humanitario de los pacientes forma parte de la ética médica. Los médicos lo sabemos desde hace mucho tiempo, desde antes de Hipócrates, y en la medida en que cumplimos con los principios éticos de nuestra profesión lo llevamos a cabo, entre otras razones porque en algunos casos no tenemos nada mejor que ofrecer. De manera que el humanismo no es nada nuevo en la medicina, forma parte muy íntima de la ética del arte de curar. Lo que es nuevo (y ya no tanto) es que apenas ahora nos estamos dando cuenta de ello.

7. BIOÉTICA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Dr. Gabriel Cortés Gallo

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Introducción

La bioética, como parte de la ética general, establece un conjunto de normas que permiten evaluar los actos humanos como buenos o malos, correctos o incorrectos. Puede definirse como la disciplina encargada del estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales.

La relación médico-paciente (RMP) es una interacción entre personas, que se produce en el quehacer clínico y constituye el núcleo de la medicina; es iniciada por el enfermo o su familia y produce beneficios para ambos: para éste, la satisfacción por la atención recibida y por la conservación o recuperación de la salud, la limitación del daño o la rehabilitación lograda; para el facultativo la satisfacción por la relación personal y el bien producido, la educación continua a través de la experiencia y la remuneración recibida.

Este vínculo ha sido conceptualizado desde el punto de vista legal como un contrato, generalmente no escrito, sustentando entre personas autónomas que son libres de iniciar o de romper esta relación, en la medida en la que el paciente no sea abandonado. Para que ocurra, es indispensable la existencia de un problema, y para esto, resulta necesario que el paciente acepte que lo tiene y que sea reconocido por el médico; asimismo, este último debe aceptar el compromiso.

La relación médico-paciente, como conducta humana en el campo de la atención a la salud, puede valorarse, como buena o mala, correcta o incorrecta, tratándose de un acto moral humano.

Principios y reglas

Aunque criticada por su simplicidad, el principialismo de Beauchamp y Childress, proporciona un marco adecuado para el análisis de esta interacción humana, elemento central de la atención médica.

La relación médico-paciente está configurada por dos dimensiones sustantivas: la técnica y la interpersonal, y si aludimos al concepto de ética médica del Dr. Ruy Pérez Tamayo, un médico ético debe dar cumplimiento cabal a sus deberes de atender, educar e investigar, lo que significa que tan importante es en la relación lo científico y tecnológico, como lo humanitario.

Regresemos al principialismo. En esta corriente de pensamiento se proponen cuatro principios torales: 1.- El respeto por la persona; se prefiere esta connotación más que la de simple autonomía, porque va más allá que el sólo acatar las decisiones que el enfermo o sus familiares tomen con relación al cuidado de su salud; 2.- La beneficencia constituye la obligación del médico de buscar siempre el bien para el enfermo; 3.- La no-maleficencia se sustenta en el aforismo conocido como *primum non nocere*, primero no hacer daño; 4.- Por último está el de justicia, el cual también lleva implícita una distribución equitativa de las cargas (costos), y de los beneficios (facilidades para el acceso a los servicios de salud y la calidad de los mismos). La beneficencia y la no-maleficencia son considerados por algunos autores, como una continuidad que parte del deber de no causar mal o daño, sigue con el de prevenirlo o removerlo y termina con de hacer o promover el bien.

De estos principios se derivan algunas reglas que se comentarán brevemente y que son la de veracidad, confidencialidad, privacidad y fidelidad.

La obligación de decir la verdad es parte del respeto que les debemos a los demás, también deriva de las correspondientes de fidelidad y cumplimiento de las promesas y es fundamento para las relaciones de confianza entre las personas, necesarias para una interacción y colaboración fructífera.

La privacidad es el estado o condición de acceso limitado a la persona, incluye al cuerpo y sus partes asociadas (voz, productos y objetos íntimamente asociados con la persona); así como a las relaciones íntimas con amigos, esposa o esposo, familiares, médicos y demás. El deber de respetarla consiste en no transgredir los límites establecidos por el paciente, como sería la obtención de información acerca de la vida del paciente que él o ella no deseen expresar, o realizar una prueba de VIH sin su consentimiento. En ocasiones se con-

funde la pérdida de la privacidad con la sensación de haberla perdido, el paciente puede suponer que se ha violado su privacidad cuando no ha sucedido de hecho.

La confidencialidad (o secreto profesional) es independiente de todo convencionalismo, nace de una promesa no explícita de guardar silencio después de haber obtenido la información a través del interrogatorio, la exploración y las pruebas de laboratorio y gabinete necesarias para la integración del diagnóstico y para el abordaje terapéutico. La práctica médica actual hace que este secreto, atribuido exclusivamente al médico, se extienda a todo el personal de salud que entra en contacto con el expediente clínico; son decenas de personas las que durante una hospitalización conocen la historia del enfermo, y todas ellas deben guardar la confidencia. Esta regla tiene algunas limitantes como son las que impone la obligación legal o sanitaria para revelar información.

Por último, la regla de la fidelidad que implica el cumplimiento de promesas y obliga a acompañar hasta el término de la relación, sea esta por voluntad del paciente, por limitación del médico o por la de alguno de los dos.

Componentes

Los elementos nucleares de esta relación son el paciente y el médico, e intervienen factores del medio ambiente y tecnológicos que la pueden favorecer o entorpecer.

El médico debe poseer las siguientes cualidades:

1. Actuar en el mejor interés del paciente;
2. Poseer capacidad técnica y juicio clínico adecuados;
3. Tener a disposición para escuchar, informar, orientar y atender al enfermo con empatía y compasión y con optimización de sus recursos económicos; y
4. Actuar de acuerdo con los principios y reglas antes comentados.

Por parte de los pacientes (o sus familiares), es necesario que:

1. Asuman la responsabilidad del cuidado de su salud;
2. Ofrezcan al profesionista toda la información necesaria y veraz para favorecer su mejor cuidado;
3. Participen en las decisiones y sigan las medidas que se le proporcionan para la atención de su salud; y
4. Tengan confianza en su médico.

Estas características han sido también descritas como: benevolencia: “querer el bien del otro”; benediciencia: “hablar bien del otro”; beneficencia: “hacer el bien al otro”; y, finalmente, benefidencia “cuando al compartir la intimidad se logra la confianza”.

La existencia de éstas, harán más probable que la interacción se vuelva más productiva tanto en lo moral como en lo afectivo y lo técnico.

Modelos

La relación entre el médico y el enfermo puede entenderse a través de diferentes modelos, que de hecho se emplean no sólo por diferentes profesionales, sino también en diferentes momentos por un mismo médico.

En el paternalista o activo/pasivo, el principio ético capital es el de buscar el beneficio y no dañar al paciente. Lo esencial de esta forma de relación es que sustrae del paciente la toma de decisiones y la deposita enteramente en manos del médico. Si bien es cierto que en este sistema parece ser que son los médicos los que toman las decisiones, si se suplanta la autonomía del paciente, es probable que éste finja adoptar la resolución propuesta; pero al transponer el umbral del consultorio es él o ella y sólo él o ella, quien decide si seguirá o no las recomendaciones que se le han dado.

Uno de los efectos de la revolución biológica ha sido formar médicos científicos, y en la retórica moderna los científicos deben ser “puros”, esto es, deben basarse en hechos y eliminar toda consideración acerca de valores. Como resultado, este profesionista puede convertirse en un mecánico y dejar al paciente todas las decisiones. Los médicos que piensan que solamente deben presentar los hechos y que deben dejar que los enfermos tomen las decisiones, se engañan a sí mismos. Quienes realmente creen que el aborto es un crimen y todavía así aceptan realizarlo o referirlo a otro para que lo realice, están actuando como autómatas y esperamos que ningún clínico actúe así cuando se le pida consejo acerca de matar a un ser humano.

El modelo compartido supone que ambos integrantes de la relación deben verse como colegas que buscan el mismo fin de eliminar la enfermedad y preservar la salud del paciente. El valor no debe apoyarse en la similitud de ideas, sino en la búsqueda de la verdad, que en el caso del paciente es su bien. Sin embargo, debe admitirse que existen diferencias socioeconómicas y de valores, que hacen que la adopción de intereses comunes, indispensable para que este modelo funcione, no se den en la realidad.

Por último, en el modelo de compromiso o respeto mutuo los dos individuos interactúan de tal manera que ambos tienen derechos y obligaciones y reciben beneficios. Los principios básicos de autonomía, fidelidad, veracidad y justicia son esenciales. La premisa es la confianza aun cuando se reconoce que no hay intereses mutuos en forma absoluta. Evita la abdicación moral por parte del médico que existe en el modelo mecánico, y la renuncia moral por parte del paciente que tienen el modelo paternalista. Asimismo elude la incontrolada y falsa sensación de igualdad del modelo compartido, existe

una verdadera toma compartida de decisiones, de tal manera que tanto los pacientes como los médicos conservan su integridad moral.

Cada vez con mayor frecuencia, los pacientes exigen el derecho de tomar sus propias decisiones. Se requiere buscar alternativas que permitan que la relación médico-paciente no solamente no se deteriore, sino que se vuelva cada vez más satisfactoria para ambas partes.

Tipos

El contacto inicial puede ser de dos maneras: en forma directa, cuando es el propio enfermo el que selecciona a su médico; y en forma indirecta, cuando son terceras personas las que selecciona a los profesionistas y luego le asignan a los pacientes a su cuidado. Tal es el caso de las instituciones de seguridad social de nuestro país, los seguros comerciales de gastos médicos o las corporaciones bancarias. Cada tipo de relación presenta ventajas, en la directa, el inicio y término del contrato depende solamente de ellos y resulta más probable que las características de benevolencia, benedictencia, beneficencia y benefidencia aparezcan; en la indirecta, los beneficios económicos son evidentes: para el médico la percepción de emolumentos fijos o variables "pero estables", para el enfermo el financiamiento de los gastos, que en muchas ocasiones sería imposible de cubrir en forma directa; sin embargo, existen problemas particulares para cada caso que se mencionarán un poco más adelante.

El medio ambiente en el que se da la interacción puede ser el consultorio médico, el domicilio del paciente, el hospital, en los laboratorios clínicos o en los gabinetes de diagnósticos, y éstos pueden ubicarse en el contexto de la relación directa o de la institucional. En todos estos escenarios intervienen factores relativos al ambiente físico, al personal auxiliar y al propio médico (vestido, modos de expresión, lenguaje y actitud) que desde el inicio influyen en la calidad y el resultado de la atención.

Obstáculos

Pueden identificarse algunos obstáculos para una buena relación médico-paciente. Por parte del médico se encuentra su competencia profesional, sus aranceles por consulta, sus prejuicios, su capacidad para comunicarse, su aspecto, etcétera.; del paciente su nivel educativo y cultural, su capacidad económica, sus escrúpulos; del medio ambiente, el físico (iluminación, ruido, mobiliario), la interposición de la tecnología médica que inunda con artefactos, que si bien hacen más eficientes los procesos profesionales, forman una pantalla y distancian a ambas personas.

Problemas

Entre los problemas de esta relación, en la vertiente del médico hacia el paciente, la más destacada es la deshumanización y la despersonalización, esto

es, la pérdida de la relación con el enfermo. Se debe al aumento en el número de personas que le brindan el cuidado (especialización y grupo de médicos tratantes) y a la tecnificación de la medicina. Sus expresiones mayores son: la “cosificación” del paciente al convertirlo en un objeto sin rasgos personales, sentimientos y valores, identificándolo como un número (de cama, de filiación), una enfermedad o un procedimiento; la ausencia de calor en la relación humana. Otros problemas son: el abuso económico, el físico o el sexual; el engaño, la indiscreción y el abandono, la desconfianza y la discriminación.

En la otra vertiente también se ha producido la deshumanización ya que el paciente o los familiares han convertido al médico en objeto; difícilmente en nuestros hospitales lo conocen por su nombre y lo han transformado en un número (el del consultorio) o en una especialidad (el pediatra), perdiendo así sus cualidades personales. Una forma frecuente de utilización del médico es mediante la exigencia por parte del paciente de una solución, o de realizar tratamientos que el médico no considera adecuados, o incluso inmorales. Esto pasa por considerar al médico como un prestatario de servicios técnicos, rebajándolo del carácter de persona, con creencias, al de una máquina. También puede suceder, y es una situación frecuente, el abuso personal (consultas telefónicas), el engaño (fingir una enfermedad para obtener un certificado de incapacidad) y la indiscreción (un paciente insatisfecho no guarda confidencia, sino difunde su descontento), las demandas injustificadas (al exigir obligación de resultados o para obtener dinero), la desconfianza y la discriminación.

Finalización

La relación médico-paciente puede terminarse por falta de colaboración de los pacientes o sus familiares, por incompatibilidad de valores morales, por imposibilidad física del médico de atender a los enfermos, por falta de recursos económicos, por interferencia con otros colegas o por reconocimiento de limitaciones del médico.

En la práctica institucional, así como en los convenios (seguros de gastos médicos, corporaciones bancarias), existen limitaciones para la suspensión de esta relación y son las que imponen los contratos legales suscritos por las partes.

Estrategias de mejora

Si se pretende mejorar las ya deterioradas relaciones de los médicos con los pacientes, es necesario promover en el gremio médico las siguientes actitudes:

1. Reconocer la dignidad intrínseca del enfermo;
2. Admitir que no existen personas más valiosas que otras y que, por lo tanto, debe dárseles a todos el mismo trato, sin minar el valor que todo ser humano posee en una sociedad democrática;

3. Tratar al paciente como individuo concreto, con su propia historia personal, con sus atributos, necesidades y deseos únicos;

4. Atender al enfermo como un todo, como una persona compleja y total, eliminando actitudes que reducen al paciente a su dolencia o a su sintomatología;

5. Respetar la libertad del paciente, aceptar que es una persona autónoma dentro de los límites impuestos por la situación física y cultural, si su libertad fuese absoluta y sin restricciones, deshumanizaría a los propios profesionales;

6. Fomentar la participación del enfermo como la de sus parientes en el cuidado de su salud, de esta forma se establece un verdadero compromiso mutuo, se justiprecian las actividades de ambos y se mantiene la relación;

7. Por último, ponerse en el lugar del otro, así, tanto el médico como los pacientes o sus allegados entenderán la perspectiva de cada cual y comprenderán su propia respuesta.

8. LA EXPERIENCIA DEL INSTITUTO DE LA COMUNICACIÓN HUMANA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Dr. Francisco Hernández Orozco

Director del Instituto de la Comunicación Humana SSA

Si la relación médico-paciente tiene sus problemas peculiares a cada paciente, a cada médico y a cada especialidad, es más peculiar para el profesionista que quiere comunicarse con pacientes que tienen alteraciones para la recepción, el procesamiento y la expresión de mensajes informativos. Esta difícil situación tanto para el paciente como para el médico requiere habilidades especiales y conocimientos médicos que permiten entender el problema y darle una solución adecuada. Esta dificultad se extiende al que quiere hablar de manera muy ordenada y sistemática sobre el tema tan complejo.

La comunicación humana y sus trastornos abarcan una amplia variedad de problemas que además se presenta en la clínica diaria con gran frecuencia y con un costo elevado. Entre ellos destacan los del lenguaje, del habla, de la voz y de la audición. Los problemas de la voz, del habla y del lenguaje incluyen anomalías de la articulación, alteraciones de la voz, disfemia y retraso en el desarrollo del habla o del lenguaje en ocasiones por hipoacusia o anacusia, así como los derivados de la ausencia de la laringe o las generadas por dificultades en el aprendizaje principalmente de la lecto-escritura. Especial relevancia tienen las secuelas de lesiones cerebrales producidas por diferentes causas.

Toda esta patología puede entenderse como una disfunción de un arco reflejo que como receptores tiene a los órganos de los sentidos y como vías aferentes los pares craneales respectivos. El sistema nervioso central es el gran integrador y procesador del lenguaje y por ello destino de todos los mensajes aferentes e iniciador de los eferentes que permiten la emisión del

lenguaje en sus diferentes formas. Éste último exige una gran coordinación entre la función pulmo-nar, la producción de la voz por la laringe y la fonarticulación por la lengua, los paladares blando y duro, las encías, los dientes, las mejillas y los labios, sin olvidar la expresión corporal y de la cara. La mano actúa con la escritura como una extensión del lenguaje oral.

Todos los procesos involucrados permiten percibir la gran variedad en la etiología y en las manifestaciones signológicas y sintomáticas de este grupo de enfermedades llamadas de la comunicación. Sin embargo, su mismo nombre define la dificultad del trabajo médico y lo hace muy específico ya que se pretende establecer una relación médico-paciente con seres humanos que tienen problemas de comunicación. Se tratará de ilustrar este hecho a través de ejemplos de la experiencia del Instituto de la Comunicación Humana.

Al Instituto como a los centros asistenciales, llegan los pacientes en cuatro fases diferentes. La primera corresponde al sujeto sano que consulta por una duda razonable pero desde la preconsulta se puede determinar que su supuesta enfermedad no existe. Este sería el caso de una sospecha de hipoacusia que no se confirma con el estudio indicado.

En la segunda fase se detecta algún padecimiento que con el tratamiento oportuno se resuelve sin mayor problema. En este ejemplo pudiera suceder que se encontrara un hipoacusia no sospechada por otitis media secretora que se resuelve con una adenotomía y colocación de tubos de ventilación timpánica.

En la tercera etapa llega con alguna alteración de determinada área que le causa una discapacidad que puede revertirse con tratamiento médico o quirúrgico como lo es una hipoacusia por perforación crónica del tímpano que acepta bien un injerto colocado por timpanoplastía, restaurando la función alterada.

En estas tres etapas la relación médico-paciente no difiere de la habitual en condiciones asistenciales, ya que la solución es a corto plazo y el trastorno de la comunicación, o no existe o se remedia con métodos ya tradicionales que por ello son aceptados con mayor facilidad por el paciente y los familiares del mismo.

En la cuarta fase el paciente llega con la pérdida de alguna capacidad para la comunicación, pérdida no reversible con cirugías o tratamientos convencionales. Esta última fase reviste para el Instituto y su personal un reto siempre difícil pero inevitable para establecer una correcta relación médico-paciente.

El paciente que llega al Instituto con un trastorno de la comunicación que se debe considerar como una discapacidad exacerbada por recursos inadecuados y falta de acceso a servicios médicos por su condición económica débil, la falta de información y el no haber aceptado la existencia del problema en un momento más oportuno. El factor económico representa una carga para el Estado por la atención al problema y por la falta de reproductividad del afectado. La carencia de los conocimientos no es privativa de la población carente de recursos, como tampoco lo es del menoscabo del problema, sobre todo cuando es congénito o adquirido en etapas tempranas de la vida. La angustia que produce el trastorno de la comunicación, acompañado de infundados sentimientos de culpa, dificulta la pronta atención que beneficia sin duda al paciente y convierte el estudio llevado a cabo con los recursos tecnológicos del Instituto, en una etapa más en la continuada búsqueda de una opinión médica de promesa milagrosa. Estos hechos matizan de manera peculiar la relación médico-paciente en el instituto en el que trabajamos.

Si se analiza en este contexto como uno de los ejemplos del grupo de los padecimientos congénitos a la hipoacusia, el interrogatorio es por necesidad indirecto porque estos pacientes llegan en edad pediátrica o sin lenguaje oral. Los datos obtenidos están sujetos a la cantidad de información que manejen los padres u otra figura responsable, su escolaridad y su ya mencionada aceptación del problema. En este sentido existen factores psicológicos que influyen en ocasiones en forma negativa por la falta de conformidad con las circunstancias lo que a la familia le impide medir la dimensión de la pérdida, la repercusión que ha tenido sobre el desarrollo del niño a través de componentes de escape, fantasías sobre el padecimiento, supresión de datos, desplazamiento de la problemática y otros mecanismos emocionales que deforman la realidad.

El manejo se complica aún más cuando el déficit auditivo se acompaña de problemas neurológicos. Para enfrentarse de una manera más eficiente y lograr una buena relación entre el médico y el afectado se debe recurrir a un elemento complementario de suma importancia para el correcto manejo del contacto con el paciente y sus familiares que es una adecuada valoración psicológica. Esta permite definir de manera más precisa el entorno del discapacitado y el impacto que la enfermedad le produjo a él y a su familia, facilitando la relación con el personal del Instituto por el conocimiento de los factores emocionales del paciente y de su medio que intervienen en el trastorno en estudio.

Las dificultades que se encuentran fueron definidas de una manera muy elegante por el médico Herbert Amory Hare quien afirma: "Al principio es muy difícil hacer a un lado síntomas menores que el paciente enfatiza como sus mayores y percibir claramente que uno o dos hechos que han sido minimizados en la narración de la historia de la enfermedad, son en realidad el tallo alrededor del cual todo el caso debe aglutinarse". No se insiste en este mo-

mento en la aplicación del protocolo que cada entidad requiere por no pertenecer al tema central de esta exposición, aunque en el protocolo se contempla el problema central y su manejo.

Esta complejidad diagnóstica y la necesidad de individualizar el tratamiento, han llevado al Instituto de la Comunicación Humana además del trabajo multidisciplinario, a establecer tres programas que tienen como objetivo mejorar la interacción del personal con el paciente y sus familiares.

El primero consiste en una Escuela de Padres a través de la cual se proporciona información a la familia acerca de las características del trastorno que sufre su paciente. Se complementa de manera fundamental con la psicoterapia familiar en los casos que se considera necesaria, procedimiento que redundará en una mayor colaboración en el entorno del hogar, con la consecuente aceleración en el proceso terapéutico.

El segundo programa es la educación especializada de Médicos en Comunicación Humana en una Residencia de tres años, preparados para el manejo integral de las alteraciones de estos pacientes, con la capacidad de comprender mejor la problemática central y periférica y así establecer una adecuada relación médico-paciente que permita su óptimo progreso y la referencia a aquellas especialidades médicas que completen o complementen su tratamiento. El Médico en Comunicación Humana es el centro del cual parten y llegan iniciativas diagnósticas y resultados que integran el diagnóstico final y el proyecto terapéutico. En él recae la responsabilidad de haber proporcionado a la persona idónea y recibido de ella el consentimiento informado.

El tercer programa ha sido la creación de la Licenciatura en Terapia de la Comunicación Humana, paso definitivo para el contacto prolongado con el paciente y su familia, complementando y robusteciendo así la relación entre el médico y su paciente. El profesional de la terapia prolonga en cierto modo la relación con el paciente porque el médico es quién lo recomienda y convence al afectado y a sus familiares de que ese es el camino adecuado para la obtención de resultados óptimos a mediano o largo plazo.

Otro ejemplo que es interesante analizar es la fase diagnóstica de las secuelas cognoscitivas de las lesiones cerebrales de múltiple etiología que varían de acuerdo con el área afectada y con el momento de la evolución en la que el paciente sea examinado. En la fase temprana las alteraciones pueden parecer mayores que a mediano plazo, lo que permite que la relación que se establezca con el paciente sea más funcional con el tiempo, propiciando un mejor entendimiento de su situación. Las limitaciones cognoscitivas y los problemas de comunicación derivados no permiten que el paciente, sano en otros aspectos, se integre de manera adecuada al ambiente familiar y al trabajo. En los

pacientes con secuelas neurológicas postraumáticas, por un accidente vascular o por otras causas, se le pide al médico un difícil factor de predicción. El futuro del paciente se infiere de una batería de pruebas cuya certeza, de acuerdo con Palettas y Sutherland son prometedoras pero no puede darse al enfermo y a sus familiares una seguridad en el estado actual de la experiencia en este campo. Es importante mencionar que la edad del paciente también es decisiva desde el punto de vista de su manejo y de los resultados que se pueden obtener, ya que mientras más jóvenes sufran el daño cerebral, mejor es el pronóstico y más fácil el trato con el paciente.

Las tres entidades principales que pertenecen al amplio capítulo neurológico de las alteraciones de la comunicación son la afasia, la disartria y la apraxia, esta última en su manifestación lingüística. Es especialmente difícil definir los elementos importantes para una relación médico-paciente en estas entidades porque la discusión hasta ahora hace muy evidente que la relación entre lenguaje y pensamiento no está resuelta. En este contexto es interesante la afirmación de Einstein, que no comparten muchos lingüistas y neurólogos, quien manifiesta que: "Las palabras o el lenguaje, ya sea escritos o hablados, no parecen jugar un papel en mi mecanismo de pensamiento". Por lo tanto es posible que lo que manifiesta el paciente no necesariamente corresponde a su pensamiento en aquellas entidades en las que se encuentra alterada la capacidad cognoscitiva, situación en la cual el médico debe actuar con pleno conocimiento de esta probabilidad.

Desde el punto de vista diagnóstico, dadas las dificultades inherentes para conectarse con los pacientes con trastornos de la comunicación, los procedimientos deben ser lo más objetivos posibles, ya que en muchos casos no se puede contar con su colaboración. Afortunadamente existen una serie de pruebas que permiten obtener datos confiables tal como la medición de las emisiones otoacústicas, el registro de potenciales evocados con sonido y el mapeo cerebral entre otras. La correcta aplicación de esta batería de exámenes permite, aparte de llegar a conclusiones más válidas, no obligar al paciente a esfuerzos que van más allá de sus recursos físicos, intelectuales y emocionales y con ello mantener un mejor vínculo funcional con el afectado. Esta búsqueda de metodología no invasiva pero con resultados confiables por ser hasta cierto punto independiente de la colaboración del estudiado, recuerdan la frase de Henry Louis Mencken, quien afirma: "La ciencia, en el fondo, realmente es anti-intelectual. Siempre desconfía de la razón pura y demanda la producción de un hecho objetivo". Por el contrario, muchas veces el diagnóstico definitivo se precisa cuando se mantiene un contacto repetido con el paciente y sus familiares, pudiendo observar y razonar los cambios que el tiempo y la terapia ocasionan en las capacidades del paciente, independientemente de los resultados iniciales.

En el vasto campo de los trastornos de la comunicación humana, se puede recurrir a tres alternativas: técnicas de aumento, recursos de sustitución y terapia especializada. Si se trata de una hipoacusia media por ejemplo, la adaptación de un auxiliar auditivo electrónico substituye de manera aceptable la pérdida. Si la hipoacusia es de profunda a sordera subtotal se puede proponer la colocación quirúrgica de un implante coclear, sistema electrónico que estimula directamente al nervio auditivo. En ambos casos el paciente debe ser sujeto a terapia específica al procedimiento utilizado en manos de gente preparada en especial para los trastornos de la comunicación humana. En esta fase es más compleja la relación que debe establecerse con el paciente porque solamente se puede ayudar compensando parcialmente la pérdida sufrida y con métodos que son rechazados por razones cosméticas o involucrar cirugía, así como necesitar una dependencia prolongada por la obligación de sujetarse a terapia, quizás por un tiempo que subjetivamente puede considerarse demasiado largo. Es importante considerar que en estos casos existe un intermedio, un tercero que sin vulnerar los derechos humanos del paciente, toma las decisiones por él de acuerdo con la recomendación del médico.

En lo referente a derechos humanos, el Instituto es respetuoso y defensor de los mismos, sobre todo porque una gran parte de la población que atiende son menores de edad. De acuerdo con la Convención de los Derechos del Niño convocada por la UNICEF y en especial en los casos de los infantes discapacitados, son varios los aspectos que hay que tomar en consideración. El cuidado especial que necesita para asegurar su dignidad, la confianza en sí mismo y su participación activa en la comunidad. La educación que debe recibir servirá para desarrollar su personalidad, sus talentos y habilidades físicas y mentales al máximo y así prepararlo para su vida adulta en una sociedad libre. Estos elementos deben dar forma al manejo de su discapacidad de una manera integral, con especial atención a los aspectos formativos. Sin embargo, en ocasiones como es el caso de los implantes cocleares que requieren un procedimiento quirúrgico, es importante considerar que los derechos del niño a ser protegido de situaciones que pudieran ser inhumanas y su derecho también a la información, están sujetos a decisiones de terceros.

Estos son generalmente los padres, cuyas motivaciones deben ser motivo de cuidadoso estudio, previa información completa de los riesgos involucrados proporcionada con la seguridad de que ha sido comprendida en todas sus consecuencias por quienes tienen que tomar la decisión por el menor.

Con respecto a la terapia en el Instituto, ésta es proporcionada por Licenciados que han llevado una carrera de cuatro años durante los que han aprendido los procedimientos especializados para pacientes con trastornos de la comunicación humana, generalmente egresados de la enseñanza del Instituto mismo. Esta preparación especial les permite establecer una comunicación con el paciente por métodos alternativos tales como el lenguaje de señas por

ejemplo, hecho que permite construir una adecuada relación con el enfermo, iniciada durante la labor del médico. También facilita que los conflictos psicológicos se manejen de manera más adecuada y sobre todo se detecten aquellos que impiden o por lo menos lentifican el progreso del paciente en terapia. El inadecuado manejo por parte de la familia reflejado en negación de la patología, la falta de reconocimiento de la pérdida en sus dimensiones reales y la sobreprotección casi sistemática, impactan de manera negativa en el paciente. Al ser manejado el conflicto por personal con preparación especializada en estos aspectos, permite que la referencia para psicoterapia sea temprana y adecuadamente intervencionista.

Estos son algunos de los aspectos a través de los cuales se implementan mecanismos que permiten una mejor relación entre el personal multidisciplinario responsable de la atención y mejoría del paciente y el control o modificación posibles de su entorno. Por los factores etiológicos y las manifestaciones de enfermedad tan diversas que se presentan en las alteraciones de la comunicación, la relación médico-paciente reviste una importancia multifacética para que con toda consideración y respeto se proporcione la información y los cuidados que son el derecho del paciente. En especial este tipo de patología tiene aspectos distintos al tradicional trabajo médico, ya que se trata de establecer una relación basada en capacidades de comunicación alteradas en el paciente, hecho del cual el médico debe tener plena conciencia en todas sus iniciativas.

Es conveniente mencionar que nuestra sociedad se ha ido modificando en su demanda de perfiles de trabajo. En una interesante publicación del año 2000 en una revista especializada, Robert Ruben otorrinolaringólogo estadounidense, redefine la supervivencia del más apto en función de los trastornos de la comunicación humana. Se refiere al cambio que se ha acelerado desde mediados del siglo XX, con la disminución del trabajo manual y la mayor dependencia de destrezas de comunicación, audición, voz, habla y lenguaje. Este desplazamiento se ha iniciado en nuestro país pero modifica la definición de enfermedad y la demanda que establece sobre el Instituto de la Comunicación Humana.

El gasto público que significa la discapacidad es realmente una inversión a mediano plazo, porque la incorporación a la vida económicamente activa reintegra a la colectividad el esfuerzo realizado y permite aportar al paciente las destrezas de comunicación que el cambio ya existente de demanda laboral en México exige. En un mundo en el que la comunicación entendida como proceso de envío y recepción de mensajes con alta densidad de contenido, es necesario atender a los afectados de este trastorno. El niño discapacitado debe recibir preparación de acuerdo con su derecho para sobrevivir en esta sociedad cambiante y el adulto debe ser reincorporado a la misma, en el entendimiento que el trabajo desempeñado para obtener estas metas logra para la Sociedad y el Estado una menor carga económica y con el tiempo, la

reintegración menos costosa de su labor en cumplimiento de los deberes que exige la salud pública.

Si para su mejor comprensión se tratara de unificar los trastornos de la comunicación humana alrededor de un factor común, se puede afirmar que por alteraciones de la recepción, procesamiento y expresión del lenguaje, es éste el que se encuentra alterado de una u otra manera en esta multidisciplinaria patología.

De acuerdo con Oswald Spengler filósofo de la historia, es el lenguaje el medio para la transmisión de los valores espirituales que conocemos como cultura y de los valores materiales que constituyen la civilización. Es el lenguaje que desde la Torre de Babel era de un solo pueblo y una sola lengua, el que puede haber creado al hombre y no el hombre al lenguaje. El lenguaje es la autobiografía de la mente según lo afirma Max Mueller, filósofo de la Universidad de Oxford, pero lo define en sus incógnitas de manera adecuada y poética el antropólogo Claude Levi-Strauss con reminiscencias de Blas Pascal, en una frase que bien ilustra lo que queda por hacer. "El lenguaje es una razón humana que tiene sus razones y que el hombre no conoce".

9. REFLEXIONES SOBRE LOS EFECTOS DE LA MEDICINA DEFENSIVA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Dr. Jorge M. Sánchez González

Director General de Promoción y Difusión de la CONAMED

Dr. Francisco González Martínez

Expresidente de la Sociedad Médica del Hospital General de México

Antecedentes

La sociedad norteamericana en 1850, propiciado por una agresiva publicidad relacionada con el sector médico, creyó que la salud podía ser mejorada e incrementada al controlar los principales problemas de salud. Esta situación tuvo, desde luego, importantes implicaciones en todos los campos, sin embargo fue un factor importante para la aparición de las demandas por mala práctica, el cual se incentivó con el advenimiento de un mercado profesional médico. Entre 1840 y 1860 el total de casos de mala práctica se incrementó 96% (Mohr, 2000).

Teóricamente es lógico asumir que este incremento se debió a la remoción de los no profesionales del sector médico. Paradójicamente, las demandas por mala práctica no se presentaban en contra de los menos calificados o no profesionales, sino contra médicos con una buena educación y entrenamiento, que trabajaban en los mejores centros hospitalarios. Ello creó el precedente que no puede haber mala práctica sin que exista una práctica médica establecida.

Los no profesionales carecen de protocolos, tratamientos fijos y científicos, utilizan y manipulan la fe de los enfermos, por lo que no podían ser demandados por sus resultados indeseables, mientras que los médicos titulados contaban con libros de texto y manuales que servían de evidencia en la corte para hablar de su falta de apego a lo publicado; el problema era que juzgaban al médico por desviarse de los estándares aceptados, cuando estos no exis-

tían, lo que produjo una crisis, caracterizada por la división conceptual entre médicos y abogados que ha permeado hasta hoy.

Algunos autores y estudiosos del tema han concluido que se pueden rescatar tres teorías médicas y tres legales que buscan explicar el porqué estas demandas continúan prevalecen hasta nuestros días.

Médicas

1°. Se refiere a las innovaciones en este campo y sostiene que la natural competencia ante un mercado de trabajo aportó la ideología de una continua búsqueda de mejores terapias y nuevos procedimientos (Mohr, 2000). Mientras de forma continua se mejoren las técnicas médicas, un porcentaje de acciones de demanda estarán asociadas a cada nuevo procedimiento, dando un acumulativo total como un todo. Al centro de este argumento se presenta una paradoja: si el avance médico necesariamente involucra un riesgo, entonces el precio de la presión al avance médico por demandas de mala práctica puede detener a este.

2°. Una segunda explicación para el crecimiento se centra en la necesidad de estándares contra la medición del error. La Asociación Médica Americana (AMA), fundada en 1847, buscó en primer término estandarizar la educación en medicina, para lo cual creó estándares nacionales, sancionando a los estados que incumplían con éstas. Esta medida curiosamente provocó que los médicos fuesen más vulnerables por no apegarse a los estándares aprobados (Mohr, 2000).

3°. La tercera es el desarrollo de los seguros de responsabilidad médica, cuya única ventaja fue evitar la bancarrota de los médicos demandados y disminuir la pérdida de reputación; con este sistema lo que se logró fue garantizar la perpetuación del sistema existente.

Legales

1°. El primero se relaciona con la posibilidad de obtener dinero suficiente para cubrir los honorarios del abogado. Desde 1880 la AMA ha mencionado que una gran proporción de demandas por mala práctica no tiene otro fundamento que el deseo de obtener dinero de su defendido para asegurar unos honorarios que le permitan continuar el caso. Es interesante notar que esto llevo al sistema a subclasificarse sobre la base de los riesgos asumidos, esto debido a que los abogados seleccionaron los casos, es decir seleccionaron los caso en donde era más sencillo demostrar la negligencia en la corte, criterio que produjo elevado número de demandas contra algunas especialidades, mientras dejaba a muchos pacientes víctimas de una mala práctica fuera del sistema y sin ninguna compensación. (Albert, 2001)

2°. La incapacidad de los jurados ordinarios de comprender partes substanciales de las evidencias presentadas. De aquí la necesidad de contar con jurados especializados.

3º. El sistema jurídico sobresaturado y lento para la emisión de sus resoluciones.

El factor más importante de ser juzgado por sus iguales es que las demandas dejan de ser vagas, flexibles y fáciles de iniciar.

Los costos apreciables del sistema actual de demandas representan el 1% del presupuesto asignado a salud en los EUA, pero no debe perderse de vista el costo a los proveedores de salud, a quienes en costo de cobertura se les entregó un total de 6.1 billones de dólares a las compañías aseguradoras en 1994.

Las agrupaciones médicas frecuentemente sostienen que el sistema de demandas puede contribuir indirectamente al aumento de los costos del sistema nacional de salud, porque los médicos ordenan exámenes extras o procedimientos primordialmente para reducir su exposición a las posibles demandas. Se ha estimado que el costo de daños hospitalarios que fueron causados por prácticas médicas negligentes o no, han contribuido con un aumento de las cuotas médicas de alrededor de 60 billones de dólares. El índice de precios al consumidor en medicina creció un 3.5%, mientras que el del resto de los consumos 0.2%, las causas obviamente fueron los costos legales y los costos de cobertura para prevención de mala práctica. Sin embargo, los exámenes extras y los procedimientos pueden ser parte de los 10 billones de incremento inexplicable visto entre 1990 y 1994. Similarmente, el incremento de los costos puede atribuirse al aumento del costo de cobertura pagados a médicos, hospitales y otros proveedores de salud.

Surgimiento de la medicina defensiva

La medicina defensiva se define como la práctica de provisión de servicios médicos con poco o ningún beneficio médico en busca de reducir el riesgo de ser demandado (Summerton, p 27, 1995). Intuitivamente es fácil observar que las demandas se han incrementado y que, por lo tanto, los médicos tienen más incentivos para usar la medicina defensiva para manejar el riesgo y reducir las oportunidades de ser acusados por negligencia.

Varias formas de medicina defensiva fáciles y poco costosas son reportadas en artículos y publicaciones. Un mecanismo que los médicos utilizamos poco y sin embargo es de una elevada utilidad, es el de contar con información sobre los procedimientos para los que estamos preparados a realizar, para mostrarlos al paciente y discutir con él, estos procedimientos, volviendo a la práctica médica más deliberativa. Muchos problemas legales podrían evitarse si los médicos contaran con el respaldo informativo necesario para interactuar y comunicar a su paciente, tomando conjuntamente la decisión, como es el caso del consentimiento válidamente informado en los procedimientos con riesgo.

Mejorar la comunicación humana en la relación médico-paciente, que es el tema que aborda el presente Simposio, es otra forma de prevenir inconformidades, insatisfacciones, y consecuentemente los litigios. Los médicos conocen los efectos secundarios y riesgos asociados al tratamiento, pero no siempre se lo comunican efectivamente a su paciente. Si se otorga el tiempo para la completa explicación de los efectos secundarios y riesgos en términos sencillos, la comprensión del paciente se incrementa dramáticamente y en la misma proporción se reduce la probabilidad de una demanda (Greene, 2001).

Otras formas de medicina defensiva han sido detectadas como aspectos negativos, esto incluye la prescripción de drogas innecesarias, incremento en el seguimiento, altas tasas de pacientes referidos, alto índice de solicitud de pruebas diagnósticas, así como el evitar ciertos tratamientos. Esta visión negativa de la medicina defensiva ha sido definida como el ordenar tratamientos, exámenes y procedimientos con el propósito de protección por parte del médico, de la crítica más que de diagnosticar o tratar al paciente. (Summerton, p 27, 1995). Este es el tipo de medicina defensiva que más comúnmente se observa cuando se habla de incremento de costos en el sistema de salud. Los costos de la medicina defensiva se han estimado en aproximadamente 10 billones de dólares por año en EUA, y representa una gran cantidad de dinero para exámenes y procedimientos que no proveen ninguna calidad de cuidado adicional. (McCormick, 1993)

La efectividad de la medicina defensiva puede juzgarse al comparar sus costos con cualquier ahorro que las demandas por litigio puedan producir. En otras palabras, si los costos de administrar un tratamiento sin beneficio médico superan los costos por la demanda de mala práctica, entonces el sistema de demandas es claramente ineficiente y debe ser reformado. Debido a que la información es inconsistente e incompleta, la efectividad total es difícil si no imposible de calcular. Incluso, podemos intuitivamente sostener que la práctica de la medicina defensiva no es una mejora, y que es ineficiente como medio de defensa hacer gastar dinero al paciente en tratamientos que no le van a traer beneficios al paciente.

Algunos autores relacionan la medicina defensiva con los costos de cobertura que otorgan los seguros por no tener demandas. Harris (p.2801, 1987) se pregunta: si la practica de medicina defensiva ha tenido una prevalencia creciente, y si esta medicina defensiva es realmente defensiva, ¿entonces porqué la frecuencia y severidad de las demandas por mala práctica van en aumento?. ¿Si la medicina defensiva trabaja, entonces los costos de cobertura fallan? Estas preguntas continúan siendo válidas y Harris sugiere que la medicina defensiva puede reducir el riesgo de un juicio adverso. Albert (2001) apoya esta aseveración e indica que el número de casos disminuye 2% al año.

Sin embargo, mientras las personas ganen los casos y obtengan grandes sumas de dinero, los costos de cobertura por evitar las demandas continuaran incrementándose.

En México la práctica de la medicina defensiva ya está presente, reportes preliminares de una encuesta realizada por la CONAMED indican que al menos el 38% de los médicos encuestados tienen alguna práctica condicionada por el temor a ser demandados. Revertir estos efectos adversos es responsabilidad de todos los médicos y las asociaciones médicas, acciones como mejorar la comunicación con los pacientes y propiciar la reivindicación de la dignidad y respeto de la profesión serán en lo sucesivo impostergables en esta lucha frontal contra la medicina defensiva.

La obtención de un seguro de responsabilidad médica es otra forma de incrementar los costos finales. La decisión de obtener este tipo de seguros se basa en sopesar el riesgo de ser demandado y el costo de esa litigación. En 1991 más del 20% de los médicos norteamericanos esperaban enfrentar un proceso en cualquier año. Estos seguros forman parte de los requerimientos regulatorios, y de los requisitos de ingreso a laborar en un hospital, ésta desafortunada práctica hoy es vigente en nuestro país.

Las políticas de obtención de los seguros de responsabilidad médica han sido comparadas con los de automóvil debido a su similitud de conceptos y diseño. Los médicos cubren un pago predeterminado para recibir cobertura hasta los límites designados. Los límites de las aseguradoras para 1991 eran de 100/300 o 200/600, con coberturas por daño y lesiones, estos límites son muy superiores ahora. Estos seguros se venden en base individual y son sujetos a la más adversa selección e inflación. De hecho, como podemos suponer los pagos se han estado elevando frecuentemente en los años recientes. Si el costo de cobertura se ha modificado, los límites típicos para la cobertura completa también lo ha hecho, las políticas para la cobertura son mayores y elevan los costos porque cubren a mayores probabilidades de riesgo.

Hay tres factores primordiales que afectan los costos y son el clima general de litigiosidad de una población dada, la inflación por daño, y la tendencia de las leyes y sus reformas.

Debido al clima anterior, se debe llevar a cabo una reforma completa del sistema. Partiendo de que los incrementos han ido de 129.93 billones de dólares en 1990 a 151.54 en 1994, se muestra claramente que la parte legal es claramente inefectiva; varias alternativas de reforma se han sugerido, incluyendo ajustes al sistema legal, adoptar el sistema de no faltas de algunos países europeos o bien la adopción de la mediación y el arbitraje.

Han existido tres grandes períodos de ajustes desde la década de 1840. El primer período corresponde a la Era Progresiva que se llevó a cabo las dos primeras décadas del siglo veinte. Un número de estados comenzaron a aplicar el esquema *res ipsa loquitur* es decir, el error debe ser auto evidente. Bajo este enfoque el defensor del médico tenía que demostrar que él no había actuado negligentemente, más que la necesidad de que el paciente demostrara la negligencia del médico. Durante este período progresivo el número de demandas se incrementó paulatinamente.

El segundo periodo de ajuste ocurrió durante la toma de conciencia del consumidor ocurrida en los años sesentas del siglo pasado. A los médicos las coberturas se le triplicaron entre 1975 y 1985, ayudando a aumentar la crisis de mala práctica. Entonces, las leyes de responsabilidad por mala práctica fueron creadas con el doble propósito de compensar a los pacientes que sufren daño por negligencia, y provee incentivos apropiados a los médicos responsables. Sin embargo, estas leyes no siempre han tenido el efecto deseado. Por ejemplo, en 1990 un estudio de la Universidad de Harvard demostró que algunos pacientes habían sido compensados hasta 16 veces por un daño sufrido por causa de negligencia médica. Muchos médicos señalan que las leyes de responsabilidad es una de las razones por las que los costos médicos se hay elevado desproporcionadamente en la década de los noventa.

El tercer período es un ajuste legal que se encuentra en desarrollo, en este los médicos buscan unir a los aseguradores y contratantes en un esfuerzo para detener la acción de las leyes y por lo tanto disminuir las posibilidades de demandada e incluso de compensaciones.

En algunos estados de la Unión Americana, como Virginia del Este, Wisconsin o California, las leyes de mala práctica han sido retiradas. Los legisladores han fijado topes de entre 250 000 y 500 000 dólares para daños.

Propuestas de solución:

Las reformas a las leyes no son la única alternativa para disminuir los costos. Una segunda sugerencia es la adopción del sistema sin falta. La evidencia sugiere que los médicos están más preocupados de dañar su reputación que a pagar la indemnización por daños, por eso ya muchos médicos se están asegurando también en contra de pérdidas financieras (Gesensway, 1997). En lugar de estar largo tiempo en enfrentamientos en la corte, un sistema análogo sin falta al que se usa en Suiza, Nueva Zelanda o Finlandia pudiese adoptarse. Una persona que resulta dañada es compensada de acuerdo a un tabulador de pagos sin tener que demostrar de quien fue la falta. Para cobrar los daños, el paciente debe comprobar que los daños fueron causados por error médico. Este sistema es más rápido y eficiente para el paciente, pero los

costos que genera pueden resultar un problema para el presupuesto a cubrir y la recuperación de ese fondo. El otro problema es que carece de un sistema para detectar quien produjo el error y evitarlo.

Otro concepto para reformar la atención de la mala práctica es la idea de los acuerdos privados a través de la mediación y el arbitraje. La orden de la corte para mediación a dejado un sabor de ineficiencia en muchos casos; uno de los problemas es el rechazo de los médicos a participar en las audiencias. El punto central de la mediación, es brindarles a los inconformes un espacio en donde pueden conversar y disminuir su enojo, lo que no ocurre en la mayoría de los casos (Gesensway, 1997). Pensamos que esta solución pudiera ser una alternativa viable si se llevan a cabo algunos ajustes. Si el acuerdo privado se vuelve obligatorio para lograr la participación de ambos, las disputas se podrían resolver de una manera simple y a menor costo.

El caso del arbitraje tiene mayores ventajas para su implementación y aplicación. De modo tal, que podemos concluir que las dos mejores reformas son el arbitraje o la mediación combinadas con un trabajo conjunto entre médicos y legisladores estatales.

En el caso de México, los pacientes, pero sobre todo los médicos, son privilegiados por contar con instancias de arbitraje médico que tratan los asuntos en forma especializada, de manera gratuita, sin necesidad de contratar abogados, en forma imparcial, confidencial y con la opinión de pares expertos, lo que propicia una resolución del conflicto en poco tiempo.

Es el momento de que la medicina mexicana en su conjunto aborde el problema de manera frontal para evitar que la medicina defensiva continúe causando deterioro social en la más humanista de las disciplinas científicas, y que condicione alejamiento y problemas a la razón de ser del médico, su paciente.

10. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE Y CIRUGÍA

Dr. Armando Vargas Domínguez

Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía

Jefe de la Unidad 305 Cirugía General Hospital General de México

Es un encuentro saturado de emoción, con alta dosis de tensión nerviosa, se percibe el temor de requerir terapéutica quirúrgica. El enfermo se muestra sensitivo.

El cirujano no puede perder de vista este escenario, se enfrenta a la obligación de forjar confianza, de tranquilizar. Es imperativo establecer buena comunicación verbal, delinear el diagnóstico de presunción, los estudios para confirmarlo, el plan de tratamiento.

Con delicadeza pero con realismo es imperioso informar de los riesgos de los procedimientos de diagnosis y del tratamiento, comunes o graves, con la consigna ineludible de probar en el expediente clínico que se dio la información.

El médico hará bien en manifestar la excelencia de la cirugía, los valores humanos del cuidado del enfermo, el espíritu de grupo, el respeto mutuo, el disfrutar del trabajo.

El cirujano mostrará iniciativa individual, credibilidad profesional médica, con trato abierto, sincero, comprometido, con actitud a favor del paciente.

El facultativo promueve fe, confianza, esperanza. Ayuda al doliente a tomar sus propias decisiones. Todo sin apresuramientos, con sensibilidad para adivinar el momento oportuno, cuando el paciente esté preparado para escuchar malas noticias.

Es apropiado identificar las metas del paciente, sin perder de vista las del médico, sin forzar el entorno. Manteniendo en todo momento la ecuanimidad.

Mostrar buen humor, humanismo, humildad, conocerse a sí mismo, estar pleno de espiritualidad personal.

Dar sensación de rescate, de proximidad, de buen juicio, complementado con el deber-virtud de estar presente durante y después de la cirugía.

Saber disculparse cuando se dolor o larga espera. Tratar con respeto, contestar preguntas.

Educar al enfermo, escucharlo, servirle, sin olvidar cumplir los requisitos legales como el consentimiento informado.

Aún después de acatar las anteriores postuladas está vigente la posibilidad de sufrir una demanda. Si bien hay menor posibilidad de padecerla al lograr buena comunicación con el enfermo sin olvidar los familiares. Es bien visto otorgar consultas con tiempo suficiente, sin prisas, también invertir tiempo en visitas largas a la cabecera de la cama del doliente. Sin duda la falla médica casi nunca es el único motivo de la demanda, hace falta el trato áspero, la impaciencia del médico, la insatisfacción del enfermo.

El tono de voz juega importante papel en la imagen del facultativo, constituye parte de su personalidad, de su capacidad de persuasión, de los juicios emocionales que despierta, de la comprensión de su labor, así como de la capacidad de retener a los pacientes.

Por otra parte la cirugía tiene características peculiares. Posee una imagen pública determinada por los medios de comunicación, a veces entra en conflicto con ellos.

La cirugía y los cirujanos están relacionados con la publicidad, por ello puede haber escándalos por fallas de información o al momento de transmitirla al público.

Las anteriores reflexiones dan fundamento a las siguientes recomendaciones para el cirujano:

El pensamiento está obligado a preceder a la acción. Planear la cirugía, revisar la anatomía en armonía con las técnicas.

Buscar la salud mental. Invertir tiempo, pensamientos, energía dirigida a pacientes y colegas.

Ser el principal abogado del enfermo, fomentar las habilidades de comunicación.

Educar sobre el tema. Premiar a los estudiantes por sus habilidades en el trato.

Huir de la insolencia, soberbia, altivez o ultrajes.

Desechar el deseo exagerado de descollar sobre otros.

11. LA ENSEÑANZA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA EN MEDICINA

Dr. Antonio E. Rivera Cisneros

Director General de Enseñanza e Investigación de la CONAMED

Una imagen sobre el día y la noche que circula por la internet permite llevar a la reflexión sobre la luz y la obscuridad en el campo de nuestro conocimiento sobre las cosas que nos rodean y de la magia que vive la naturaleza, al renovar sus ciclos todos los días. En la imagen se aprecia el meridiano de Greenwich, donde es posible apreciar en la parte inferior el Continente Africano, en la parte superior Europa, Inglaterra, al fondo Islandia, las Islas Azores y estas imágenes, maravilla de la naturaleza y la tecnología, me da margen para hacer una reflexión acerca de el concepto emergente: La comunicación en medicina.

Si nosotros viviésemos del lado del día estaríamos viviendo en una aparente luz. Sin embargo la verdad es que la combinación de la observación de la naturaleza y de la tecnología que permite distinguir esa gran diferencia entre el día y la noche, tan solo ilustra la claridad de lo conocido y la obscuridad de lo desconocido sobre la comunicación humana.

El propósito de esta exposición es reflexionar sobre la importancia de la comunicación humana en la medicina y exponer la experiencia que ha tenido la CONAMED en el abordaje del tema.

Naturalmente que el abordaje del tema es complejo. Relacionar conceptos como medicina, enseñanza, comunicación, práctica médica contemporánea con calidad es complejo. Si hiciéramos un arreglo ordenado de estos 4 conceptos, medicina con enseñanza, comunicación con práctica contemporánea, de calidad de la medicina, nos llevaría a 24 ejercicios de reflexión. Sin embargo

centrándonos en el estudio del tema que es la enseñanza de la comunicación humana en medicina, el gran objetivo reflexivo es encontrar modelos que ayuden a los médicos y médicos en formación a la mejor interacción humana para beneficio de sus pacientes. Un artículo muy reciente publicado en enero de este año por Ihler en JAMA, aborda un capítulo dedicado a la comunicación entre el médico y el paciente y abarca un amplio rango de interacciones que relacionan a la forma en que el médico se relaciona con su paciente, aspectos de forma y de fondo que han sido abordados por mis predecesores.

Un artículo de Buckman, publicado en British Medical Journal de Septiembre 28 de 2002 dice textualmente, *“cualquiera que sea reconocido como un buen doctor necesita poseer habilidades efectivas en la comunicación”*. Este hecho empieza a reconocerse mundialmente.

Otro artículo de Makoul en JAMA, expresa un punto central de la Comunicación Humana sobre el que hemos estado trabajando y que habla del propósito de incluir una evaluación de las habilidades clínicas como parte de los exámenes de la licenciatura en medicina en los Estados Unidos. Subrayo que es el primer intento nacional para estandarizar y evaluar las habilidades de comunicación clínica en los médicos graduados; es decir esto ya está presente a nivel mundial y en Estados Unidos se incorporará un tópico especial para valorar las habilidades de la comunicación de los futuros médicos. Esto acaba de ser publicado hace un mes y medio, pero ¿cómo enseñar estos métodos de la comunicación? aunque la respuesta es compleja, conocer experiencias exitosas de intervención educativa, derivan en cuatro grandes acciones que son explorar, describir, comprender e intervenir durante la formación de recursos humanos en Salud: explorar cuales son las condiciones y factores que afectan la comunicación en medicina; para ello, naturalmente es necesario describir cuál es el escenario de la comunicación entre el médico y el paciente en México, y es así mismo necesaria, la emergencia de investigación sobre el tema que tiene que estar asociada con la educación de los médicos. También es necesario comprender la ponderación de los factores y condiciones que afectan la comunicación para poder incidir en ellas, pero sobre todo intervenir, intervenir para recuperar la confianza en el acto médico y de esta manera propiciar relaciones sanas entre médicos y sus pacientes.

Se justifica la enseñanza de la comunicación, por la necesidad de planificar y hacer efectivas las interacciones con los pacientes, que hacen que la comunicación entre el médico y su paciente, se convierta en un aspecto de considerable importancia clínica que tiene que ser abordado desde las etapas tempranas de la formación de los médicos.

Un artículo publicado por Levinson desde 1997, en el que se hace una contrastación de las habilidades de comunicación de los médicos de práctica

general y los médicos cirujanos, señala que la mejor comunicación se asoció a menores quejas contra los médicos. Es decir, la comunicación es una fuente significativa de controversia. Señala que la controversia es menor en los médicos de cuidado primario, ya que ellos tuvieron más atención en la orientación a sus pacientes, el diálogo sobre las expectativas de la atención médica, el uso del humor y la risa.

El doctor González que me precedió señalaba el uso cuidadoso de este aspecto. Hay que cultivar el arte de la empatía que no a todos los médicos se da: La capacidad del humor, la invitación al paciente a hablar y aclarar dudas, el empleo de mayor tiempo con el paciente en visitas de rutina entre otros.

El estudio reveló que si el médico considera la orientación, el diálogo, el uso de humor, la invitación al paciente a hablar y el empleo de mayor tiempo, existe una disminución en la probabilidad de queja de un 57%, es decir, esto ya está cuantificado. Los beneficios del análisis de la comunicación humana son innegables y existe un creciente interés por refinar los métodos de la comunicación, pero aún se encuentran vagamente definidos.

Es claro que la calidad y el contenido de la interacción del médico con su paciente tienen importantes beneficios en ambos, ya que la buena comunicación se asocia a una mejoría en la adherencia del tratamiento, estos también son conceptos de Makoul. Por otra parte, los estilos de comunicación del médico se asocian con el menor riesgo a la aparición de controversias, es decir hay un doble efecto. En un estudio publicado en *Medical Education* por Humphris, en septiembre de 2002, en 343 alumnos de pregrado se concluye que la exposición temprana, favorece una mejor comunicación clínica, el comportamiento se mantiene a lo largo de toda la carrera y se asocia a un mejor desempeño clínico.

Todos estos estudios, sirven como antecedentes para ubicar la base teórica que sustenta la experiencia de la CONAMED. En una encuesta tipo Delphi, que cuenta con la opinión calificada de más de 90 expertos, se estableció la necesidad de incluir temas sobre la enseñanza de la comunicación en medicina.

El tema de la Comunicación se incorpora en un Seminario para la prevención y atención del conflicto médico desarrollado por nosotros.

En el tema de la comunicación, nosotros encontramos al menos cinco grandes unidades de análisis que incluyeron: las barreras de la comunicación, los estilos de la comunicación, (deliberativo, informativo, interpretativo, paternalista e instrumental); la forma en que se da la comunicación entre el médico y su paciente (biologista, psicológico, social o mixto) y los procesos

dinámicos de la comunicación. Explorados en una intervención educativa que tuvimos en más de 300 alumnos de pre y posgrado. Este producto de la intervención educativa, indicó que 70% de los alumnos mejoraron en la integración del conocimiento y reconocieron la importancia de la comunicación.

Cuando se les pidió a los alumnos que nos relatarán su valoración del aprendizaje, ellos señalaron que el curso mejoró la comunicación; que tuvieron más elementos para elaborar más eficientemente el expediente clínico y sobre todo la conciencia de la importancia de los aspectos éticos normativos y en la comunicación en la práctica de la medicina.

Resultados espectaculares de esta intervención la representa la mayor conciencia sobre la relación médico-paciente. Así lo manifestaron ellos, a través de entrevistas cualitativas, en los que se puso de manifiesto que una mala comunicación podría llevar a la práctica no ética de la medicina defensiva.

Este es el perfil que podríamos definir acerca la comunicación en medicina: que no se encuentra presente en los currícula de las escuelas y facultades de medicina del país; que no hay materias reconocidas como tal, aunque se está incorporando el tema en algunas de ellas; que la comunicación se aprende por convivencia con los grandes maestros; que es abordada someramente en algunos cursos de propedeútica médica; que en el patrón exhibido por los alumnos, 8 de cada 10 abordan a la comunicación con un enfoque biólogo, es decir, se centran en la enfermedad del paciente; que se adopta un estilo paternalista; que existen profundas barreras de la comunicación y que la dinámica de comunicación es inadecuada para sortear dichas barreras; que existe un reconocimiento a la necesidad de incidir en ese tópico. Esas son las grandes conclusiones preliminares de nuestra exploración en torno al tema.

Como conclusiones generales de esta plática reflexiva:

1) Es importante la necesidad de sistematizar las capacidades, habilidades, actitudes y valores de la esfera sociohumanista de la medicina, que parece perdida en el curriculum académico de nuestro país, como uno de los importantes instrumentos y herramienta para una práctica contemporánea de la medicina.

2) La necesidad de desarrollar habilidades en la comunicación y la formación de cuerpos docentes para su enseñanza, como recientemente se ha descrito y documentado en algunos estudios, como el estudio de Berlin donde se señala que un curso intensivo de tan sólo tres días produce cambios significativos en el aprendizaje.

Deseo culminar con una observación final, como cierre de esta actividad académica que hemos tenido, quisiera que nos lleváramos estas importantes reflexiones sobre la importancia de la comunicación humana, de la comunica-

Clinicas del Hospital General de México

ción clínica que está asociada a una mejor calidad de la atención médica, pero sobre todo a rescatar el lado humano, la luz que ha sido distintiva de la medicina. Esto seguramente nos permitirá afrontar con una mejor oportunidad de éxito a la práctica contemporánea de la medicina.

Muchas gracias.

12. LA IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Dra. María Georgina Andrade Morales
Universidad La Salle

A mi entender el término Medicina en sentido estricto implica una relación; un contacto de hombre a hombre, de persona a persona humana. Medicina implica un acto que abarca dos seres estrechados por un lazo mutuo.

Mariano N. Castex

Introducción

El presente Simposio sobre Comunicación organizado por la Sociedad Médica del Hospital General de México, en coordinación de la CONAMED y con la participación del INCH, nos introduce en la problemática actual que enfrenta el ejercicio de la profesión médica, en donde un gran porcentaje de las inconformidades que se presentan en la CONAMED, como menciona en su ponencia el doctor Tena, se origina por deficiencias en la comunicación entre el médico y el paciente.

Es por lo anterior que intentaré dar la importancia que tiene la comunicación como primera instancia en las relaciones interpersonales, como fundamento de la buena relación médico-paciente.

En este ensayo se delinean estas ideas en cuatro momentos: primero en una reflexión del hombre y la palabra; segundo, en la descripción de algunos rasgos del lenguaje en el mundo contemporáneo, tercero, el riesgo de la palabra y cuatro en la relación médico-paciente.

1.- El ser humano y la palabra

Se tienen registros de que la comunicación interpersonal existía desde hace unos 6 000 años, por los testimonios escritos que se conservan, en donde se pone de manifiesto el uso de símbolos y de alfabeto, pero antes de escribir los humanos hablan y hablaron. La palabra escrita simboliza y cristaliza a la palabra hablada.

Aristóteles en una de sus clásicas definiciones se refirió al ser humano como *zoon logon*, en donde la palabra y la racionalidad van de la mano, de ahí que el acento pueda ponerse en el ser de la palabra o en la razón, lo cual le permite al hombre ser capaz de entender, pensar e interpretar el mundo. La palabra establece las relaciones humanas. La primera de ellas, la de la familia, posteriormente la de la polis, la comunidad política. Esta definición fue tan importante que fue lo que constituyó un factor de discriminación entre quienes “hablan”, es decir son seres humanos, y los “bárbaros”, que quedaban excluidos del mundo humano por que eran incapaces de articular palabras inteligibles, así como de comprenderlas.

La palabra va atestiguar la existencia de lo real, ya que existe una relación significativa y es por lo que es posible la adecuación entre el ser que habla y el ser de que se habla, esta comprensión del ser humano como ser de la palabra ha tenido grandes resultados. Uno de los más productivos es el cultivo del diálogo, la disputa, la conversación, el filósofo Gadamer, a la creencia de que sólo se puede aprender a través de la conversación.

Afirmar que el hombre es lenguaje es una aseveración muy simple pero que reviste enorme trascendencia. El lenguaje es algo tan cercano a nuestro pensamiento y tan poco objetivo, en su realización que no somos capaces de captar su esencia. A “las tinieblas del lenguaje” sólo podemos acercarnos desde el diálogo que nosotros mismos somos, suscitamos, profundizamos o impedimos. El diálogo es el camino de la comprensión.

Para poder existir como seres humanos los hombres y las mujeres necesitan decir y decirse mediante las múltiples palabras que lo expresan siempre de forma limitada. Esto es aplicable a los pueblos y las comunidades. La palabra da al ser humano una estructura, las palabras son el soporte del mundo que podemos construir juntos. Oír es muy importante para escuchar, entender y amar, no escuchar es como no entender ni amar. La actitud fundamental del hombre inteligente es escuchar “Porque el hombre es palabra tiene que guardar silencio y escuchar”.

“El hombre es palabra y se realiza totalmente, ya que sus palabras están expuestas al ser mal interpretadas o la incompreensión. La palabra es solamente un signo, y lo significado en el ser humano y a lo que este se remite con su palabra y remite como palabra.

2.- El Lenguaje en el mundo contemporáneo

La cultura actual se caracteriza por ser una cultura fragmentaria, polisémica y fonológica. Es fragmentaria por que las innumerables palabras que se dicen constantemente quedan como mutiladas, su sentido es equívoco o impreciso, las palabras son dichas a medias, manipuladas y manipulables hasta el extremo, desgastadas se han convertido en conceptos vacíos. El mundo se ha vuelto más misterioso. Esto es lo que pone al ser humano en la necesidad de buscar un diálogo cada vez más real, más auténtico, para lograr una comunicación más profunda, tratar de descifrar el posible significado de lo que aparece como comprensible.

La cultura actual tiene tendencia hacia el monólogo, ya que la pérdida de referencias es un impedimento grave para el diálogo. Cada quien permanece encerrado en su propia palabra. El único logos verdadero en el cual es el del mundo objetivado por las ciencias experimentales y aplicadas en el mundo de la técnica. La religión, el arte y el pensamiento ha dejado de tener peso, ya que carecen de significado acreditado.

Sin embargo la fuerza del diálogo es la fundación de lo humano, el diálogo ha atravesado la historia de la humanidad. La historia es el diálogo; también de imponer la palabra, de silenciar y de malentendido. Lo que sabemos de la humanidad y lo que podemos saber es dialogado, lo dicho, lo expresado de innumerables maneras. El diálogo ha sido el esfuerzo por lograr la comunicación y la comunidad. El esfuerzo que exige es total: la expresión del hombre, el hombre se expone con su presencia.

3.- El riesgo de la palabra

En la cultura individualista que va caracterizar al mundo tecnificado muchas palabras han quedado olvidadas, han sido sepultadas bajo los escombros de la incomunicación, son las que remiten realidades que quedan fuera de su horizonte expresivo: las que van nos remiten realidades que quedan fuera de su horizonte expresivo: las que van nos remiten hacia la belleza, a la verdad, a la alegría, a la justicia real, por encima de los criterios es de la ciencia o de la opinión sin fundamento.

La raíz de este olvido, de esta confusión, parece residir en algo más elemental: Lo que parece haberse olvidado es el ser humano en su significado como palabra, en su capacidad de comprometerse en el diálogo y en el sentido enigmático que envuelve toda comunicación.

En aparente contradicción con lo mencionado anteriormente, en el mundo contemporáneo pareciera que contamos con muchos más medios para hablar y comunicarnos, modos alternativos de expresión, medios masivos de comunicación, diversidad de terapias, individuales o grupales, variedad de expre-

siones religiosas; pero los problemas sociales, familiares y personales no están resueltos. Más bien pareciera que en algunos grupos, la incapacidad para comunicarnos y comprendernos en los distintos contextos de convivencia es un factor que prevalece. Ya que en ocasión se habla de las personas se comunican pero estamos hablando en un terreno profundo y no en el actual que es simple tolerancia, que en cierto modo es como una especie de capitulación sublimada, en donde no hay donación ni comunicación solidaria de afectos, deseos y convicciones básicas compartidas.

En ese contexto el ser humano no parece poder realizarse como palabra, ni darse cuenta de la incapacidad de decirlo y expresar el significado de todo con palabras. Oír sin escuchar. Suele decirse a manera de reproche. El lenguaje es confuso; hablar sin pensar.

Por lo tanto que el diálogo es la oportunidad de descifrarnos, justamente como cifra. Ser oyente de la palabra es esperar más de cuento parece posible decir o escuchar, para aprender a dialogar es necesario aprender a escuchar. Dialogar es más que un intercambio de ideas o sentimientos. Es exponer a una interpelación. El diálogo es voluntad de encuentro. Supone entrenamiento en el que escucha. Lo común es la palabra que quiere dominar, seducir, controlar, mandar apropiarse del mundo de las cosas, es una comprensión apresurada, y es que el hombre es al mismo tiempo señor y víctima de la palabra.

4.- Comunicación en la relación médico-paciente

La estructura de la medicina verdaderamente humana la construye el médico y el paciente, pues es en la clínica, más específicamente en el ámbito de la consulta médica, el lugar del encuentro entre el paciente y el médico. Donde la medicina pierda de vista lo humano, pierde toda razón de ser. El ser humano es persona y la enfermedad es un estado que va a afectar su ser personal. De lo que trata y es el sostén de la medicina verdaderamente humana no es la enfermedad entendida como una lesión lo cual va a dar lugar a síntomas, miedos, limitaciones, sufrimientos, angustias, limitaciones físicas y es por lo cual una persona va a consultar a un doctor. A esta cara del sufrimiento es lo que se ha denominado padecer.

Ya que uno se pregunta cuales son las características que se establece con el paciente si solamente se desea obtener información sobre la enfermedad, como buscar esa información sin ser distante, frío y lejano, o bien acercarse al paciente afectivamente, tratar de comprenderlo, y de lograr una empatía con él, lo cual quiere decir que ya no se ve al paciente como cuerpo humano sino como persona.

Los médicos establecemos dos tipos de relaciones con el paciente la directa y la indirecta, la directa se lleva a cabo en los momentos de consulta en donde se efectúa la inspección general y la exploración física. En estas acciones no

hay ningún intermediario entre el cuerpo del enfermo, la mirada, el oído, el tacto médico que buscan la lesión.

En la relación indirecta entre el médico y el cuerpo del paciente el intermediario es el propio enfermo, ya que a preguntas cerradas que le va dirigiendo el médico, el le da su información sobre lo que siente (síntomas). Esta información obtenida es indirecta, ya que es lo que esta pasando por su cuerpo (subjetiva) y a eso se debe que en el desarrollo histórico de la medicina se le haya dado más importancia a los signos (objetivos) y se haya llegado al olvido de interrogar a los enfermos...

La medicina que hoy ejercemos los médicos esta basada en una teoría de enfermedad, lo cual ha sido resultante de grandes avances de las ciencias biomédicas de la biotecnología, lo cual es indudable ha traído grandes logros y beneficios a los pacientes pero desafortunadamente también ha mostrado limitantes y excesos.

Mucho de lo que hoy se ha presentado en este coloquio ha mostrado que se ha hecho una reducción del paciente a cuerpo u organismo humano y al consecuente menosprecio del hombre como persona con la respetabilidad, dignidad, intimidad y libertad que le son inherentes, la medicina de nuestros días podría resultar ser más eficaz se finca en la teoría del paciente, la cual se sintetiza en el concepto de padecer, la cual va a ser entendida como patología corporal en donde la comunicación tiene una importancia primordial para poder llevar a cabo de una adecuada relación médico-paciente. La teoría del paciente esta constituida por los siguientes elementos que pueda ser fácilmente utilizable en el ejercicio cotidiano.

Dentro de esta teoría el paciente es:

- 1.-Una persona que necesita y recibe asistencia médica
- 2.-Una entidad en la que se personifica elementos biológicos, psicológicos, sociales, culturales, religiosos, filosóficos e históricos. El problema de salud por lo que el paciente requiere asistencia médica es vivido por la totalidad que él es en tanto persona, aunque las manifestaciones aparentes de enfermedad o las que comunica al médico correspondan únicamente al componente biológico (cuerpo humano).

En la consulta fincada en la teoría del paciente, cada síntoma tiene dos caras, como Jano de la mitología romana. Una cara es el síntoma o signo propiamente dicho, es el rostro de la manifestación clínica de alguna enfermedad entendida en términos médicos.

Pero este mismo síntoma o signo tiene también otra cara, la del placer, lo que el signo o síntoma significa para esa persona, de la manera que lo experi-

menta, que lo vive, la de lo que para esa persona es la salud y su pérdida, la de sus consecuencias, dudas, temores frente a la medicina y en la intervención de los médicos.

Conclusion

Por lo anterior es posible concluir lo siguiente el acto médico, que se da a través de la relación médico-paciente, penetra en la vida de esa persona tan profundamente que exige del médico toda su dedicación y entrega, por lo que la importancia de la comunicación reviste en que el paciente representa a la humanidad enferma y ante ella el médico debe adoptar una actitud de amor y comprensión. A un enfermo nada le atemoriza más que ver a un médico distante, evasivo, vacilante, despreocupado por su salud.

La primera fase de la relación que es la comunicación interpersonal se inicia con la mirada en la cual el médico en ese primer contacto debe proyectar calor humano y su interés personal por el paciente. Así se genera la confianza. Además de mirarse, el médico y el enfermo hablan entre sí. El enfermo habla de sí mismo, en cuanto enfermo, explica lo que siente en un mundo, en su cuerpo, en su intimidad.

Es intérprete y testigo de lo que aqueja.

El médico, en cambio no habla de sí mismo, sino del enfermo y de su enfermedad.

Interroga, anima, orienta, invita (en vez de ordenar) y calla para escuchar.

“Callado ante el enfermo oyéndole con atención y benevolencia, el médico conoce y cura, porque sólo en el silencio se descubre plenamente el sentido de las palabras dichas u oídas, y sobre todo, porque nada alivia tanto como el regazo de un silencio abierto por la persona que calla a la persona que habla.

Es interesante preguntarnos en que medida los graves conflictos que atraviesa la sociedad mundial en todos sus rubros, así como los conflictos personales de todo tipo, guardan una relación directa con una incapacidad para el silencio, el silencio en el que se establecen las palabras auténticas y verdaderas, de comunicación y comprensión. Es importante señalar y cuestionarnos si el encuentro con el otro, con los otros, como serían posibles pensar en los diálogos, las discusiones, las celebraciones e incluso las guerras, si estas estuvieran penetradas por el sentido del misterio y del silencio. Si no es, justamente, la ausencia de esta dimensión lo que hace que todo hablar se convierta en locuacidad, en charla trivial o en grandes palabras vacías, en un modo de eludir la palabra que me es dirigida y, en ella la voz en medio del ruido y el mejor argumento, es el que dice en las obras.

13. EL MÉDICO Y LA COMUNICACIÓN, UN INTERÉS COMPARTIDO

Mtra. Lya Margarita García Torices
Instituto de la Comunicación Humana

La facultad de hablar que posee la especie humana es su marca específica diferencial. El interés por el estudio en torno al lenguaje no ha dejado de crecer y una de las razones para que esto suceda reside en el hecho de que es exactamente el lenguaje el que hace al hombre: un ser humano dotado de ese maravilloso instrumento para poderse comunicar con sus semejantes y consigo mismo. En esta razón reside fundamentalmente el asombro que, de alguna manera ha tenido la humanidad ante su extraordinario medio de comunicación, que le permite compartir sus ideas, necesidades, sentimientos en su afán de interactuar con otras personas y con el ambiente que le rodea.

En la búsqueda de mejorar cada vez las relaciones humanas, en especial la relación médico-paciente, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se ha preocupado en profundizar sobre el proceso existente para una Comunicación Humana eficaz como factor decisivo en la prevención del conflicto, ya que reporta que el 80% de los problemas que se tienen en dicha relación son problemas relacionados con la comunicación.

En el año 2002 por medio de la doctora Araceli Gutiérrez de Velasco, el doctor Carlos Tena Tamayo, Comisionado de CONAMED se contactó al doctor Francisco Hernández Orozco, Director del Instituto de la Comunicación Humana para que se les asesorara de manera directa, teórica y práctica sobre los procesos que intervienen en la Comunicación Humana, (siempre considerando los diferentes enfoques del equipo multidisciplinario que intervienen) con el fin de asimilarlo, aplicarlo y difundir los modelos comunicativos a través

de simposios, talleres, cursos dirigidos, publicación de artículos y libros que ayuden a los médicos adscritos y en formación a la mejor interacción humana, concientizando que la consulta médica debe de considerarse como un proceso comunicativo siempre reflejado en una atención de calidad para beneficio del paciente.

Aunque se dé por hecho que los médicos son personas con buena preparación en su campo, que les interesan sus pacientes y los quieren ayudar, no se concluye necesariamente que se comuniquen de manera adecuada con ellos.

Hoy en día los pacientes reclaman el derecho de saber de manera clara y completa lo que sucede con su enfermedad, sin embargo, es oportuno diferenciar que el informar no es comunicar. Cuando se informa únicamente se maneja un solo sentido: el de la transmisión, mientras que en la comunicación se manifiesta un circuito de habla en el cual es posible hacer un intercambio de roles tanto receptivo como expresivo que permite el intercambio de ideas para llegar a un mismo fin.

La burocratización de la medicina institucional y privada así como la proliferación de las especialidades médicas, incluso el mismo avance tecnológico han originado que se abra una brecha entre el ejercicio de la medicina y el paciente, lo que lleva a considerarlo como un simple cuerpo humano al que hay realizarle el diagnóstico de la enfermedad.

El clínico lee los signos que emite el paciente, los interpreta y los organiza, de tal suerte que la distinción entre lo subjetivo y lo objetivo, la diferencia entre signo y síntoma radica en la relación principal que el médico establece. En el caso del signo, esta relación es más con la enfermedad que con el paciente. En casos extremos, el paciente llega a ser considerado únicamente como el portador de la dolencia y la aprehensión del padecimiento y su diagnóstico depende de su capacidad expresiva, aunque no deje de reconocerse la habilidad interpretativa del médico.

El diálogo respetuoso entre médicos y pacientes requiere apreciar un conjunto particular de ideas y sentimientos que al compartirlos, permiten un mejor entendimiento, logrando una adherencia terapéutica que recae en el bienestar del paciente que sigue algún tratamiento.

No se puede dejar de lado que existe una comunicación no verbal que acompaña a la comunicación verbal, constituyendo un nivel de verdadera metacomunicación; la postura del cuerpo, los gestos, el tono de voz son algunos de los aspectos que se manifiestan en el arte de comunicar y que se adquieren como parte de una interacción social o como parte de una tarea instrumental en la que la meta es el dominio de una actividad en particular, sin

embargo muchos “malentendidos” a nivel de la relación médico-paciente son resultado de una mala traducción del lenguaje no verbal, lo que provoca en el paciente desconfianza hacia el médico, dificultando el seguimiento de las indicaciones del tratamiento hasta que lo llega suspender.

Cada vez se hace mas necesario que el médico esté abierto a ampliar su forma de pensar y esforzarse en comprender que las explicaciones que da han de tener en cuenta la personalidad del paciente y su entorno familiar, que jamás las condiciones de cada uno de ellos son iguales y que además debe velar porque sean comprendidas, dando la oportunidad a expresar sus temores, sus dudas, sus expectativas, para poderlo satisfacer y para hacerlo también responsable de su participación en el tratamiento para el restablecimiento de su salud.

De entrada es necesario entablar una empatía con el paciente, que implica un compromiso en el conocimiento de sus emociones, valores y experiencias y que de alguna forma hace que el médico se ponga en su lugar, siendo prioritario escuchar con atención y afecto, mirándolo de frente y a los ojos, sin estar haciendo alguna otra actividad que distraiga a ambos, llamándolo por su nombre para originar un rapport de confianza y cooperación iniciando la apertura del canal comunicativo.

El clínico tiene que hacer una traducción de la forma en que el paciente expresa, ya sea verbal o corporalmente, su enfermedad en términos que posean una representatividad convencional y lo mas fielmente posible de lo que quiso decir el paciente, en una complicada comunicación que abarca múltiples elementos semánticos con una variedad infinita de matices. De esta manera el número finito de signos clínicos puede tener infinitas maneras de expresarse; pueden ser explícitos o simbólicos, minimizados o exagerados, matizados o sutiles, ocultos, tímidos o enmascarados, convirtiendo a la competencia para interpretar el lenguaje clínico como una habilidad compleja, en oposición a la idea prevaliente de que bastan una serie de asociaciones y analogías para que el médico elija su diagnóstico y, a partir de él, se desencadene automáticamente la decisión terapéutica.

Para manejar la enfermedad del paciente el médico cuenta con una inmensa cantidad de conocimientos, tecnología de avanzada y una gran riqueza de medidas terapéuticas, que hace que día a día aumente su eficiencia. Pero lo que hay que recordarle al médico de hoy es que para aliviar el padecimiento del enfermo, tiene los mismos elementos con que contaba Hipócrates, que son: la actitud interesada y afectuosa, el trato amable y respetuoso, la atención solícita y cuidadosa, la palabra suave y confortadora, que promueve y fortalece la esperanza y que alivia la incertidumbre y la angustia, sin paternalismo autoritario o arrogante y siempre con la dignidad y a la autonomía del ser humano que deposita su confianza en él.

Al médico mientras está en formación le enseñan que debe formular sus prescripciones con toda la claridad posible, velar porque el paciente y su entorno familiar las hayan comprendido, esforzarse en obtener su buena ejecución, además de informar con precisión de las decisiones tanto diagnósticas como terapéuticas pero está visto que la preparación de un médico no solo abarca el punto de vista científico y tecnológico sino también el perfeccionamiento de habilidades que le permitan desarrollar aptitudes cada vez mas favorables para poderse comunicar y que no solo lo que expresa quede a un nivel informativo.

Así como se ha ido modificando el concepto de salud y enfermedad y han cambiado las formas de prestación de los servicios, es de esperarse que la educación médica sufra cambios para atender las nuevas concepciones de acuerdo a las políticas que los países se han dado para atender los problemas correspondientes.

Sin embargo el cambio curricular no ha correspondido a los nuevos enfoques y sigue predominando un mismo esquema en la mayoría de las escuelas de medicina del país, no significa que no se hayan presentado intentos importantes por modificar los planes de estudio para volverlos más acordes con las propuestas que han surgido a nivel nacional o internacional, pero su impacto se refleja en un porcentaje mínimo de las escuelas.

Actualmente la CONAMED y el Instituto de la Comunicación Humana trabajan estrechamente en la publicación de artículos y libros, sabiendo de antemano que aún quedan muchas cosas por hacer, por enseñar, por aprender y por difundir, y es en estos espacios donde puede paulatinamente darse el cambio para la prevención del conflicto mediante una comunicación humana eficaz que se verá reflejada en la calidad de la atención en la relación médico-paciente.

La comunicación como reto actual y futuro del profesional de la salud

La presente edición de 500
ejemplares se terminó de
imprimir el mes de agosto de
2003 en los talleres de
Publicidad Paksz S.A. de C.V.
Villa del Mar No. 2 B. San
Antonio Del. Iztapalapa México
D.F. 09900