

Dr. José Francisco González Martínez
Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

EL RETO DE SER MÉDICO

Segunda edición



Nevrika®



ZyXem®



SEVERIN® N.F.



El reto de ser médico

Dr. José Francisco González Martínez

Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

Ciudad de México, 2017

El reto de ser médico
Segunda edición, 2017
Dr. José Francisco González Martínez
Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

© 2017
Ediciones y Servicios Editoriales
Rafael Zúñiga Sustaita
rafaelsustaita@yahoo.com

Diseño y formación: Faustino López M.

Se prohíbe la reproducción parcial o total del material aquí publicado por cualquier medio gráfico, electrónico o de otra índole sin permiso expreso y por escrito del editor. Las opiniones expresadas en los capítulos son responsabilidad de los autores y colaboradores y no reflejan necesariamente las del patrocinador.

IMPRESO Y HECHO EN MÉXICO

Autores

DR. JOSÉ FRANCISCO GONZÁLEZ MARTÍNEZ

Titular de la Coordinación de Educación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, ex Jefe de la Unidad de Medicina Interna del Hospital General de México, ex Director de Enseñanza del Hospital General de México, Profesor de Asignatura de la Facultad de Medicina de la UNAM, ex Presidente de la Asociación Mexicana de Geriatria y Gerontología, Miembro Titular del Colegio de Medicina Interna de México.

DR. ÁNGEL IGNACIO LEÓN PAOLETTI

Médico Adscrito a Medicina Interna del Hospital General de México, Profesor Ayudante Internado Médico Rotación Medicina Interna, Miembro Titular del Colegio de Medicina Interna de México, Miembro Titular de la Sociedad Médica del Hospital General de México.

Colaboradores

DR. AVISSAÍ ALCÁNTARA VÁZQUEZ

Ex Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital General de México, ex Jefe del Departamento de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de la UNAM, Profesor de Pre y Posgrado de Anatomía Patológica, ex Presidente de la Sociedad Médica del Hospital General de México, ex Presidente del Consejo Mexicano de Anatomía Patológica.

DR. ANTONIO CRUZ ESTRADA

Jefe de la Unidad de Medicina Interna del Hospital General de México, Profesor de Pre y Posgrado en Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la UNAM, Miembro Titular del Colegio de Medicina Interna de México, Miembro Titular de la Sociedad Médica del Hospital General de México.

DRA. VIRGINIA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

Médico Adscrito al Servicio de Medicina Interna del Hospital General de México, Profesora de Pre y Posgrado en Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la UNAM,

Miembro Titular de la Asociación de Medicina Interna de México, Miembro Titular de la Sociedad Médica del Hospital General de México.

DR. VÍCTOR ROSALES SALYANO

Médico Adscrito al Servicio de Medicina Interna del Hospital General de México, Profesor de Asignatura de la Facultad de Medicina de la UNAM, Miembro Titular del Colegio de Medicina Interna de México, Miembro Titular de la Sociedad Médica del Hospital General de México.

DR. JOSÉ ANTONIO GARCÍA GARCÍA

Ex Jefe del Departamento de Posgrado del Hospital General de México, Profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM, Miembro Titular del Colegio de Medicina Interna de México, Maestro y Doctor en Alta Dirección CEPEM, Hospital General de México.

LIC. JOSÉ ANTONIO MENDOZA GUERRERO

Licenciado en Bibliotecología, Jefe de la Biblioteca Electrónica en Salud del Hospital General de México, Maestro y doctor en Alta Dirección CEPEM, Hospital General de México.

DR. MIGUEL ÁNGEL SERRANO BERRONES

Especialidad en Ginecología y Obstetricia. Jefe de Enseñanza Nacional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

DR. MOISÉS ELÍ GUERRA DELGADO

Especialidad en Cirugía Maxilofacial. Jefe de Posgrado. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Jefe de División de Programas Académicos de la Coordinación de Educación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social.

DRA. DIANA ATHERI ALABAST BERNAL

Jefatura de Enseñanza, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

M. EDUARDO RUEDA AGUIRRE

Asesor en Comunicación Integral.

LIC. ELSA FABIOLA SALDAÑA SANTAMARÍA

Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México. Maestra en Desarrollo Organizacional CEPEM, Hospital General de México.

Contenido

MENSAJE DEL PATROCINADOR A LA SEGUNDA EDICIÓN	7
PRÓLOGO A LA SEGUNDA EDICIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
LOS VALORES DEL MÉDICO	13
Dr. José Francisco González Martínez	
LOS GRANDES RETOS DE LA SALUD EN EL PRESENTE Y EL FUTURO	19
Miguel Eduardo Rueda Aguirre	
LA CONSULTA MÉDICA: ALGUNAS REFLEXIONES	27
Dr. José Francisco González Martínez	
Dr. Ángel Ignacio León Paoletti	
LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, CLAVE EN LA INNOVACIÓN	47
Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones	
CÓMO DECIR BIEN LAS MALAS NOTICIAS EN MEDICINA	55
Dr. Ángel Ignacio León Paoletti	
Dr. José Francisco González Martínez	
EL “SEÑOR DOCTOR”. UNA REFLEXIÓN	65
Dr. Víctor Rosales Salyano	
LA ÉTICA EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	71
Dra. Virginia Sánchez Hernández	
LA DESPROFESIONALIZACIÓN DE LA MEDICINA	87
Dr. Ángel Ignacio León Paoletti	
Dr. José Francisco González Martínez	

EL RETO DE SER MÉDICO

EL DIAGNÓSTICO DIFÍCIL, ¿CÓMO ABORDARLO? 109
Dr. Antonio Cruz Estrada

LA CORRELACIÓN CLÍNICO-PATOLÓGICA..... 113
Dr. Avissai Alcántara Vázquez

EL SÍNDROME DE *BURNOUT* O DESGASTE PROFESIONAL 119
Dr. José Francisco González Martínez
Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

EL DESENCANTO DE LOS MÉDICOS 137
Dr. José Francisco González Martínez
Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

COMPETITIVIDAD DOCENTE Y COMPETITIVIDAD TECNOLÓGICA 155
Dr. Moisés Eli Guerra

EL INTERNET EN LA MEDICINA..... 161
Dr. Ángel Ignacio León Paoletti
Dr. José Francisco González Martínez

LA SEGUNDA OPINIÓN EN MEDICINA 175
Dr. José Francisco González Martínez
Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO PARA EL MÉDICO DE PRIMER
CONTACTO 181
Dr. José Francisco González Martínez
Lic. José Antonio Mendoza Guerrero

LOS DESAFÍOS DEL MÉDICO PARA EL SIGLO XXI..... 195
Dr. José Antonio García García
Dr. José Francisco González Martínez

EL RETO DE LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICO
DEGENERATIVAS CON ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 207
Dra. Diana Atheri Alabast Bernal
Dr. José Francisco González Martínez

EL MÉDICO EN LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y LA SOCIEDAD 213
Dr. José Francisco González Martínez
Lic. Elsa Fabiola Saldaña Santamaría

Mensaje del patrocinador a la segunda edición

ESTIMADOS DOCTORES: Si lo pensamos bien, la vida está llena de retos. El ser humano a cada momento opta; es un ser que decide día a día lo que hará, encarando las consecuencias de su propio actuar.

Este libro es un libro de retos, de necesario contenido analítico, y ofrece temas que van dirigidos a despertar el diálogo que todo médico necesita realizar consigo mismo, para recordar que la profesión médica es un gran desafío: trabajar para conservar o recuperar la salud de los seres humanos, es decir, hacerse completa y constantemente consciente de una clara definición, de un aserto que es indiscutible: “La salud es la condición esencial para disfrutar la vida”.

Cuánta responsabilidad deposita la sociedad en el médico; confiar en sus decisiones, reconocer su sabiduría médica, sus diagnósticos, sus tratamientos, percibirlo como un cuidador o recuperador de la salud, agradecerle el buen trato, las sabias orientaciones y su entrega, para que el paciente diga: ¡Gracias doctor, por usted, ya estoy bien!

Pero hay que ser precisos y contundentes, detrás del trabajo exitoso de todo médico está una historia de conciencia, de aprendizaje diario, de sentido humanista, de aplicación de los avances en la ciencia y la tecnología, y de tener presente que el corazón de sus actividades es el ser humano en busca de salud.

En nuestra empresa farmacéutica, Chinoin, estamos plenamente convencidos de las reflexiones anteriores, admiramos el ejercicio médico y pensamos que los retos que enfrenta son solubles en la medida en que se alcance una actividad orientada a la suma de esfuerzos conjuntos, entre todos los actores y factores que intervienen en el vasto campo de la salud.

Por lo anterior, nosotros en Chinoin deseamos sumar nuestro apoyo para que los médicos sientan que cuentan con una institución que se afana en proporcionarles recursos terapéuticos y educativos para hacer más segura y eficaz su labor en pro de la salud.

Apoyar, por lo tanto, la publicación de este libro, *El reto de ser médico*, en su segunda edición, representa un privilegio y una adecuación precisa del espíritu de Chinoin, dirigido a mantener y fortalecer las acciones que nuestra empresa practica todos los días, para hacer más sólido el vínculo de servicio a esta profesión, a través de una constante comunicación que sea de utilidad en la toma de decisiones en el abordaje terapéutico de los distintos padecimientos.

Una gama de palabras trascendentes campean en las páginas de este libro, para integrar capítulos que asestan un golpe a la indiferencia y, por el contrario, atrapan el interés, la

reflexión y la oportunidad de aprender aspectos realistas, en la diversidad de temas en los que se desenvuelven los médicos de este siglo XXI. Se acentúa, por ejemplo, que la profesión es prioritariamente un gran compromiso social y que por ello debe prevalecer el imperativo hipocrático, por encima de tentaciones burocráticas que pueden afectar el riguroso sentido humanitario de la profesión, tanto si se trabaja en el mundo hospitalario, en la consulta cotidiana o en cualquier otra área de la salud en la que el médico se desenvuelva.

Desde luego, ante una sociedad de cambios constantes, los médicos necesitan anteponer el concepto de ser profesionistas con un alto sentido de la ética, para poder asumir los avances científicos y tecnológicos, sin olvidar que su centro de atención es el bienestar de la persona que se denomina paciente, por encima de considerar al que acude a consulta como un cliente; en medicina está primero el servicio.

No dudamos en afirmar que los médicos que han escrito este libro nos entregan un contenido de gran valor para la profesión y para todos los que estamos involucrados en la atención a la salud. Nuestro reconocimiento a todos los autores encabezados por los doctores José Francisco González Martínez y Ángel Ignacio León Paoletti.

Y finalmente para concluir este mensaje, retornamos al concepto servicio, para dejar constancia ante los lectores médicos, que sin afán de protagonismo insano, y sólo como una amable y necesaria identificación del quehacer de nuestra empresa, todos los que laboramos en Chinoín estamos incondicionalmente al servicio de los médicos.

Somos una compañía ciento por ciento mexicana, completamente orientada a la protección de la salud y el entorno, a fin de garantizar una mejor calidad de vida. Entendemos que para que esto sea real nos basamos en la práctica de una responsabilidad permanente. Desde hace más de 90 años nos hemos ganado la confianza de diferentes generaciones médicas, incluyendo las más recientes, gracias a ofrecer y practicar un servicio veraz y de calidez en nuestra comunicación y una estricta calidad en la elaboración de los fármacos que ponemos a su disposición; por ejemplo, *Antifludes*, *Alín*, *Severín*, algunos de nuestros productos que se han convertido en referencia obligada, debido a la aceptación que los médicos les confieren.

Estamos certificados como una industria limpia por la Procuraduría Federal de Protección al Ambiente, porque es parte de nuestro cuidado por la salud general. Los fármacos que elaboramos están sometidos a una producción sujeta a un estricto control de calidad, todo lo cual nos ha llevado a convertirnos en una de las mejores y más sólidas empresas farmacéuticas del país.

Chinoín cumple 92 años en este 2017; esta vida ha sido y es permanencia responsable y compromiso para, así como ayer, hoy, estos mismos valores nos guíen para afrontar el futuro con más soluciones creativas ante adversidades y retos. Estimados doctores; nosotros estamos seguros de que ustedes comparten nuestra convicción: Un gran producto no se improvisa, es el resultado de muchos años de experiencia. Por eso nuestra razón de ser continuará siendo la atención a los médicos, para apoyarlos con fármacos e información que les ayude a ejercer su noble actividad, con óptimos niveles de profesionalismo. Que este libro les sea útil para estos nobles fines.

Con nuestros mejores deseos, un cordial saludo.

Prólogo a la segunda edición

LA PROFESIÓN MÉDICA SE ejerce actualmente en un entorno complejo y cambiante. En México los cambios demográficos y epidemiológicos plantean problemas de salud en los que coexisten las enfermedades infecto-contagiosas, con una creciente presencia de enfermedades crónico-degenerativas.

Se observan también procesos acelerados de transformación en la estructura social, debido a los modelos económicos adoptados. Los problemas derivados de la pobreza se reflejan en la violencia social e inseguridad. Asimismo, el uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación, y las nuevas formas de interacción social, abren la puerta a nuevos procesos de construcción cultural.

Por su parte, las organizaciones hospitalarias enfrentan la necesidad de flexibilizar sus estructuras y replantear sus procesos para poder adaptarse a un entorno cada día más competitivo.

Los avances de la tecnología y del conocimiento científico ofrecen a la práctica médica nuevas herramientas, ampliando las posibilidades de ofrecer alternativas para la prevención y tratamiento de las enfermedades; sin embargo, este desarrollo ha obligado a que desde la práctica médica preguntemos: ¿todo lo que podemos hacer, lo debemos hacer?

Las personas que solicitan servicios de salud acuden con diferentes expectativas y necesidades, que reflejan la diversidad de contextos sociales y culturales de la sociedad mexicana. Cuentan hoy con un mayor acceso a la información y manifiestan una mayor conciencia, tanto de sus derechos en tanto pacientes como de la obligación de las instituciones de salud a ofrecer servicios de calidad.

El desempeño de las instituciones de salud es objeto constante del interés mediático, constituyendo ellas un elemento estratégico en cualquier propuesta de proyecto político que se presenta a la población.

El ejercicio ético de la profesión médica se encuentra en el centro de la preocupación social. Ante la pérdida de valores profesionales del médico, centrados en el paciente, su familia y la sociedad, la relación médico paciente, que debe fundamentarse en una relación de confianza, presenta hoy tensiones y conflictos.

En esta segunda edición de *El reto de ser médico* tomamos como punto de partida la necesidad de promover valores para el liderazgo social, en la formación médica y ejercicio de la medicina, como fundamento indispensable de un profesionalismo humanista; y

analizamos los puntos de vista expresados por médicos en torno a los retos que plantea nuestra profesión. Cada capítulo examina algunos de los principales retos que enfrenta el médico en este entorno complejo.

La presente obra tiene como objetivo fundamental reconocer la problemática social de nuestro entorno nacional, entendiendo el internacional y aspirar a generar una reflexión del gremio médico sobre nuestro liderazgo en la sociedad y las formas de como retomarlo.

La educación en salud es un paradigma que nos interesa plantear de forma intensa. Nos referimos a la capacitación, educación continua, y desarrollo profesional permanente de los profesionales de la salud que integran el equipo médico, dirigidos al mantenimiento y desarrollo de nuevas competencias que los mantengan vigentes durante toda su vida profesional.

El otro punto que abordamos es el de la educación para la salud, entendiendo que se trata de la información médica y los mensajes para mejorar la cultura médica de la sociedad, ya que es prioritario que la toma de decisiones sea una responsabilidad compartida, pues la misma está dirigida al autocuidado.

La profesión médica es una vocación, con misión y visión en la vida; y nuestro deber es proteger en todo momento a los individuos, a las familias, a la sociedad y al país.

Dr. José Francisco González Martínez

Introducción

EL MATERIAL AQUÍ VERTIDO aspira a presentar de manera concisa un esquema de lo compleja y variada que es la profesión médica. Con un enfoque actual se analizan tópicos de las diversas actividades y actitudes en las que está inmerso el ejercicio y desarrollo de la medicina contemporánea.

Es un libro de lectura para médicos, escrito por médicos. Sin considerar los temas clásicos, hemos preparado una cuidadosa selección para presentar los tópicos que en la actualidad es obligatorio conocer y entender, ya que afectan de modo determinante el presente y el futuro del ser médico.

Abordamos temas novedosos con la única intención de provocar una reflexión respecto al quehacer diario del médico, los valores del médico, la consulta médica, la satisfacción del profesional de la salud; un enfoque antropológico, repasando lo actual de la ética médica, así como la profesionalización, el desgaste profesional, y otros temas que ilustran los diferentes retos que vive, sufre o goza la profesión médica en la actualidad.

No es un texto referente a temas de fisiopatología, diagnóstico o terapéutica para actualizar conocimientos técnicos; es más bien una pincelada filosófica, ética y antropológica que actualiza conocimientos relacionados íntimamente con el conocimiento médico global y su entorno.

Hay, a lo largo de la historia, diferentes opiniones y apreciaciones de lo que significa ser médico; en un inicio se le veía como algo mágico, luego místico y, ya en la época de los siglos diecinueve y veinte, se le reconocía como un apostolado o como un sacerdocio, lo cual le limitaba en el desarrollo de otras inquietudes no médicas como su apariencia física, trayectoria, y hasta su economía, los cuales estaban ya signados por el hecho de ser médico.

En la época contemporánea la medicina ha progresado y nuestra sociedad ha cambiado de tal manera que, entre otros factores, es necesario reconocer el grave impacto de la crisis económica y política, y los valores de una sociedad que, en general, junto a una ineludible globalización económica y comercial nos llega aparejada la transculturación proveniente del Norte, generando diversas circunstancias y cambios que afectan a la profesión médica; de entre ellas señalamos como muy graves la llamada deshumanización de la medicina, le deteriorada relación entre el médico y el paciente, la deficiente preparación ética y científica de algunos médicos, y el abuso terapéutico y quirúrgico, con un notable incre-

mento en las quejas y demandas; todas ellas circunstancias que nos obligan a detener la marcha y reflexionar sobre lo logrado en el pasado, el presente y lo que viene afectando o impactando a corto y mediano plazo la imagen de nosotros como profesionales de la salud, pues es muy importante identificar los cambios históricos y convertirnos en vínculo directo con la población a la que servimos y a la cual debemos proteger.

Debemos retomar el rumbo y subrayar la importancia del médico dentro de la sociedad, conservando el respeto y dignificación de la profesión médica, asumiendo un papel crítico ante lo que actualmente sucede en nuestro país, dejando la política en manos de los políticos pero exigiendo de ellos la preparación, respeto, experiencia, nacionalismo y patriotismo.

Si bien, como individuos y profesionistas debemos preocuparnos por nuestra economía y nuestra familia, nunca debemos olvidar estar cerca del pueblo y actuar para proteger a la gente, buscando su bien y la recuperación de su salud. Son éstas, en mi opinión, las acciones que nos harán retomar el importante lugar que el médico debe tener dentro de toda sociedad.

Dr. José Francisco González Martínez



Alin®



Los valores del médico

Dr. José Francisco González Martínez

SIN UN SENTIDO HISTÓRICO, nadie puede entender los problemas de nuestro tiempo. El pasado de la profesión médica, como todo movimiento grande y constructivo, tiene gran significado en el presente y en el futuro; reconocer lo que el hombre ha logrado es darnos cuenta de lo que puede realizar: cuanto más lejos se pueda mirar atrás, más capaces seremos de ver hacia delante; cuanto más amplio es el horizonte, más intenso el sentido de deber del médico.

Hombres y mujeres profesionales de la salud debemos contribuir con nuestro trabajo, esfuerzo constante, nacionalismo, patriotismo y, sobre todo, con humanismo, a la conservación y progreso de nuestro país, a la sociedad de la que somos miembros y a la cual servimos.

El punto de vista histórico es especialmente necesario en los temas de salud donde las comparaciones son la base para medir los éxitos y valorar las necesidades presentes y futuras.

Una de las más importantes consecuencias que tuvo en México la conquista de América, fue el enorme arsenal de recursos terapéuticos con los que se enriqueció la pobre terapéutica médica del viejo mundo; existen abundantes documentos y códices que así lo demuestran.

En 1554, el virrey de México envió a Carlos V el libro de hierbas medicinales mexicanas *Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*, de Martín de la Cruz y Juan Badiano, cuyo valor científico aún es vigente. Fue tan importante y trascendente la aportación terapéutica, que el rey Felipe II envió a su médico de cámara, Francisco Hernández, en la primera expedición científica exploradora de México a estudiar tan estupendo material.

El conquistador Hernán Cortés envió abundantes informes sobre medicina práctica y Fray Bernardino de Sahagún recopiló la información en el libro *Historia general de las cosas de la Nueva España*, en capítulos completos sobre medicina indígena y elementos terapéuticos, que constituyen una de las principales fuentes de información con que cuenta la historia de la medicina universal.

No debemos olvidar los primeros libros médicos que se imprimieron en la Nueva España; en 1570 el Dr. Francisco Bravo presenta *Opera Medicinalia*, en el que se enumeran medicamentos desconocidos en Europa; en 1578, la *Suma y recopilación de cirugía*, de Alonso López Hinojosa, aporta novedosos datos en el estudio del tifo; asimismo, el

Tratado breve de anatomía y cirugía y de algunas enfermedades que más comúnmente suele haber en esta Nueva España, publicado en 1579 y reeditado en 1595, de Fray Agustín Farfán; en 1591, se conoce de Juan Cárdenas la *Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las Indias*, de contenido médico, biológico y antropológico.

Estos hechos históricos y algunos de sus personajes constituyen un reflejo de la grandeza de los médicos prehispánicos innovadores, y nos señalan que en las contribuciones al desarrollo científico están íntimamente relacionados los valores del médico.

Como ejemplo de los valores intrínsecos del médico mencionaré a Francisco Xavier Balmis y al Dr. Miguel Jiménez. El primero fue enviado por el rey Carlos IV para traer la vacuna contra la viruela a América, y viajó desde La Coruña el 30 de noviembre de 1803, llegando a Puerto Rico, luego a Sudamérica, para continuar su labor en Yucatán, Campeche, Veracruz, México, Querétaro y Zacatecas; envió comisionados para que propagaran la vacuna y establecieran Juntas para su conservación. En enero de 1806 se embarcó en Acapulco rumbo a Filipinas, donde propagó la vacuna, y para septiembre de 1806 había completado ya la vuelta al mundo, realizando una obra sanitaria de importancia fundamental.

Por su lado, el Dr. Miguel Jiménez, médico mexicano, presentó en 1844 ante la sociedad Filoiátrica sus *Apuntes para la historia de la fiebre petequiral o tabardillo que se observa en México*, en los que se concluye que el tifo y la tifoidea son entidades patológicas diferentes.

¿Qué llevó a estos ilustres médicos a realizar tan magnas obras? Creo firmemente que el humanismo y el amor a la ciencia médica, acompañados de otros valores como la observación, el estudio, la constancia y el deseo de servir a los demás, además de la tenacidad e inteligencia, son lo que destaca en sus acciones.

La medicina del siglo veinte en México fue determinada y dominada por las “grandes figuras de la medicina mexicana”, y con el nacimiento de las especialidades surge en nuestro país un movimiento profundo hacia la modernidad. Primero se inaugura, en 1905, el Hospital General de México, el más moderno y completo de su tiempo, maravillosa institución en la que surgen los doctores Ignacio Chávez, Salvador Zubirán, Aquilino Villanueva, Abraham Ayala González, Clemente Robles, Darío Fernández, Fernando Quiroz, Manuel Gea González, Isaac Costero, Pablo Latapí, Valdez Villarreal, Bosque Pichardo, Flores Espinoza, Montaña, Celis y un largísimo etcétera, todos ellos resultado de la conjunción de elementos y valores que marcaron el rumbo de la medicina mexicana, enmarcando el nacimiento y desarrollo de nuevas instituciones, como los institutos nacionales de Cardiología, Nutrición y Cancerología, que hoy por hoy señalan el presente y el futuro de los médicos actuales, que nos desarrollamos en las áreas asistencial, docente y de investigación.

Es de hacer notar, sin embargo, que la medicina del siglo veintiuno ya no es de figuras individuales, pues ahora el rumbo histórico de la medicina nos señala que en la actualidad se debe trabajar en equipo, y que nuestra tarea inmediata es fortalecer las acciones del equipo multidisciplinario. En México, y creo que en todo el mundo, existen contrastes dramáticos, pues así como se han desarrollado nuevos hospitales, institutos, innovadoras técnicas para diagnóstico y tratamiento muy apropiadas, al mismo tiempo

se han incrementado vertiginosamente los costos de la atención médica en diferentes instituciones; hay heterogeneidad y desigualdad en la calidad médica, y paulatinamente se ha desplomado la relevancia social y el prestigio del médico; se suma a ello una importante despersonalización de la relación médico-paciente, así como el abuso en las indicaciones de diagnóstico, muy marcado en la terapéutica. Aunado a estos factores, la crisis económica en la que se ha visto inmerso nuestro país en los últimos veinticinco años, ha generado un descenso notable en la capacidad adquisitiva, y las frecuentes crisis económicas y políticas han golpeado fuertemente la autoestima de todos, generando una pérdida de los valores humanos.

En tales circunstancias, el médico ha tenido que conseguir dos o más empleos para poder resarcir los compromisos familiares y personales, generándose un auge de las neurosis de ansiedad, depresión y otras situaciones que ubican el momento actual del profesional de la salud.

No podemos cerrar los ojos ante la crítica más severa que se ha lanzado a la medicina contemporánea, a la que señala por su gradual deshumanización. Las recurrentes crisis económicas han golpeado las estructuras de atención a la salud y de la práctica de la medicina, expresándose de manera muy marcada como crisis en los valores humanos.

Asimismo, hay un sesgo elitista en la asignación de los recursos y en la distribución de los servicios, mientras que, por su parte, la medicina privada está ligada a los grandes consorcios, y sólo unos cuantos pueden acceder a ella. La pobreza de enfoques preventivos y comunitarios, la acentuada especialización del quehacer médico, el abandono de la medicina general y familiar, han desarrollado también una crisis de la vocación de servicio, que es la esencia de la medicina.

Si somos capaces de reconocer estas críticas, entonces será posible reconocer que la medicina está en crisis, y que a la vez somos parte de una crisis mayor; que hay atrofia y colapso de valores, que en los albores del siglo XXI vivimos una época histórica de obnubilación, de oscuridad, que hay desintegración familiar y personal. ¿Serán hoy los valores humanos traicionados la característica del profesional de la salud?

No podemos permitir que la miseria atrofie nuestra mejoría y borre el combate al dolor y la enfermedad que acompañan al hombre en el momento actual; la ciencia médica, el médico como profesional de la salud, unidos al humanismo, son los elementos clave para empezar a aliviarlos.

¿Los médicos actuales nos hemos deshumanizado? Pienso que no; creo firmemente que en nuestros consultorios, salas de hospitalización, quirófanos, en diversos sitios, y en los momentos en que se encuentran enfermo y médico, suceden actos de respeto, compasión, amistad y caridad que demuestran que el médico no está devastado espiritualmente. Sin embargo, la medicina actual con su progreso no debe sacrificar nunca el calor humano, el interés por el enfermo; y tampoco la tecnología con sus avances, ni las crisis por las que cruza el país o las difíciles situaciones personales y familiares, deben provocar la deshumanización del médico.

El médico no debe olvidar al hombre; se precisa tener una preparación intelectual, pero sin olvidar lo físico; tiene que recordar que “cuerpo sano en mente sana” nos obliga

a practicar un deporte o ejercicio para cumplir con esa premisa por todos conocida, pero por desgracia no por todos practicada. No debemos permitir que nuestra continua preparación intelectual cancele la atención que tenemos que dirigir a nuestro cuerpo; no olvidemos nunca ser reflexivos.

Importantes y severos cambios afectan actualmente a la profesión médica; reconocerlos obliga a mantener y fortalecer la concepción de la atención de la salud como una empresa social; se reclama salvaguardar los principios de la medicina como profesión y muy especialmente acrecentar su capital intelectual para detener la grave crisis de valores que en algunos sitios es evidente. Es responsabilidad no sólo del sector médico sino de toda la sociedad adoptar medidas para asegurarnos que la profesión médica no se siga deteriorando y que la medicina se mantenga como el ejercicio de una noble profesión y no se convierta en el simple desempeño de un oficio. Aunque profesionalmente debemos capacitarnos en las disciplinas médico-administrativas como economía de la salud, administración y gerencia, los médicos no debemos abdicar en nuestro papel tradicional como líderes en la atención de la salud, integrándonos con decisión a los sistemas de salud como agentes de los enfermos y como defensores de los principios básicos en el servicio hacia la gente.

He escuchado frecuentes opiniones acerca de que las instituciones sanitarias deben ser dirigidas por administradores expertos o médicos dedicados a la administración hospitalaria. Con todo respeto expreso que mi opinión no concuerda con esa idea; creo firmemente que el médico asistencial, el que atiende al paciente, el que sufre las carencias, es el que debe recibir capacitación en áreas de tipo gerencial, administración y planeación, para que la suma de sus conocimientos médico-asistenciales se vean reforzados con la nueva capacitación, para así entender las necesidades de una institución y convertirlas en beneficio de quienes asisten a ella para recuperar la salud perdida. En mi opinión, el administrador o gerente médico sin trayectoria asistencial, docente y de investigación, carece de la sensibilidad necesaria que brinda el contacto con la población.

Los médicos debemos ser los líderes en la atención de la salud en el siglo XXI y nuestra responsabilidad fundamental será la preservación de valores humanos con profesionalismo de la medicina en el contexto de un nuevo convenio social.

Misión y vocación

En un editorial de la *Revista Médica del Hospital General de México* escribimos una reflexión acerca de los retos actuales del médico, texto del cual tomamos la siguiente reflexión.

El hombre en busca de sentido es una obra de Viktor Frankl dedicada a quienes tienen en mente y corazón la meta de trascender y consolidar su misión en la vida. El relato está situado en un campo de concentración nazi durante la Segunda Guerra Mundial, donde pasó una dramática etapa de su vida. En el infierno de esa reclusión descubre que sólo unos cuantos lograban sobrevivir, mientras que la mayoría moría al poco tiempo, en una fatal desesperanza. Observó con una inquietante sorpresa que los sobrevivientes no

tenían capacidades físicas y mentales especiales, ni eran más inteligentes; este singular descubrimiento aportó la evidencia de que todos aquellos que superaron los largos años de prisión preñados de infames atentados contra su dignidad humana, fueron prisioneros que tenían una poderosa razón para aferrarse con pasión a la vida; eran los que habían encontrado un sentido a su existencia. Esta reflexión nos lleva a considerar dos vitales elementos que representan la sólida base en la cual se agrupan las características deseables para obtener la óptima eficiencia del equipo de salud.

Estos dos elementos son la misión personal y grupal, así como la vocación. Resulta especialmente interesante e inspirador entender que las palabras misión y vocación provienen de los verbos latinos *mittere* o *missum* que es igual a enviar, y *vocare* que es igual a llamar; de ahí que estos vocablos significan, respetuosamente, “ser enviado” y “ser llamado”. De acuerdo con lo anterior, no debe confundirse la misión con la vocación o profesión, la cual debe estar al servicio de la misión.

Así, la búsqueda y cumplimiento de la misión en la vida o sentido de la vida a través de una vocación en especial, se convierte en un desbordante entusiasmo y energía que conduce a la decisión interna de ponerla al servicio de los demás.

Al compartir estas experiencias (misión y vocación) nos integramos como parte activa de un equipo, de salud en nuestro caso, en el que todos sus elementos se comprometen para dar lo mejor de sí mismos en el logro de la excelencia. Creemos firmemente que para llegar al desarrollo de la calidad en el servicio a la salud, deben coincidir los valores humanos, y el éxito presente y futuro reside en la búsqueda y práctica de valores primordiales que todo profesional de la salud debe compartir, tales como:

- Misión en la vida
- Educación
- Integridad
- Responsabilidad
- Perseverancia
- Humildad
- Liderazgo
- Diálogo
- Mente clara
- Trabajo en equipo
- Ejercicio
- Sentido del humor
- Vocación de servicio
- Honestidad
- Sólida ética profesional
- Decisión
- Valor
- Solidaridad
- Sentido común
- Comunicación
- Corazón generoso
- Unidad
- Disciplina
- Sentido del deber

Trabajar compartiendo estos valores deseables, brinda a nuestro equipo de salud la maravillosa oportunidad de ofrecer apoyo y bienestar con calidad y calidez, los cuales se traducen en servicios asistenciales de excelencia.

Estamos conscientes hoy, más que nunca, de unir visiones y favorecer la comunicación e interrelación que, según lo entendemos, es la manera de ser más eficientes para enriquecernos mutuamente con la experiencia de todos. Así, con ideas claras, mente abierta y corazón generoso, podremos mirar al compañero en el terreno común del trabajo y

no al posible rival en el camino de la desleal actividad laboral e intelectual. Todo esto es parte del reto presente y futuro, en el cual habrá que superar diferencias, unificar criterios, compartir talentos e inquietudes, recordando que la unión hace la fuerza.

Las ideas aquí expuestas nacen con la mirada puesta en el porvenir y surgen de la realidad presente, con la esperanza de ser útiles, de fortalecernos para enfrentar los retos del futuro inmediato y mediato, no sólo con la ilusión, sino también con la seguridad que proporciona el valor y la confianza de reafirmarnos como profesionales trabajadores, académicos, competitivos y constantemente actualizados, capaces de superar individualismos para avanzar como equipo en la noble misión de lograr elevar a rangos de excelencia la calidad de la asistencia médica en beneficio de los enfermos y de nuestras instituciones, y con todo esto retomar los valores que caracterizan a la profesión médica.

Bibliografía

1. Castañeda G, Jinich H. *El médico, el paciente y la medicina*. Serie Nuestros Maestros. Facultad de Medicina, UNAM. 1983.
2. González MF. Editorial, *Revista Médica del Hospital General de México*, vol. 65, núm. 2, Abril-junio de 2002.
3. Rogers FB. *Compendio de historia de la Medicina*. La Prensa Médica Mexicana. 1965.



Anara®



Los grandes retos de la salud en el presente y el futuro

“La salud es el principio para aspirar a la felicidad”

Miguel Eduardo Rueda Aguirre

TOMANDO EN CUENTA la definición del diccionario; pero a la vez avanzando mas allá, un reto es una provocación para actuar ante un problema o una situación que te plantea acción. Implica identificar la dimensión del tema, y es un llamado al esfuerzo para decidir qué hacer, cómo hacerlo, y qué objetivo se persigue al afrontar el problema que convoca a emplear inteligencia y voluntad, en la búsqueda y ejercicio de acciones eficaces.

En este libro que encara el reto de ser médico, sería un atropello a la conciencia no incluir un capítulo destinado a percibir con propósitos realistas, las dimensiones de los grandes retos de la salud que ya se están viviendo a nivel mundial y nacional, en la secuencia de esta primera parte del impresionante siglo XXI.

Las reuniones de expertos que se han llevado a cabo en los años más recientes establecen que los retos de la salud a nivel mundial en este siglo XXI, deben dividirse en los que afrontan los países desarrollados, y los que atañen a las naciones en desarrollo o emergentes; y un tercer grupo serían las enfermedades que se catalogan como enfermedades de la globalización.

No obstante lo anterior, estimo que nadie discreparía de la afirmación categórica que define como el reto preponderante, tanto a nivel mundial como en nuestro México, al gran desafío de lograr la Salud Universal; que ninguna persona, independientemente de su condición social, se quede sin acceso a los servicios de salud.

Antes de 1983, en México, el Estado aseguraba la atención de la población trabajadora a través del IMSS y del ISSSTE; sin embargo, los mexicanos que no cotizaban en ninguna de estas instituciones carecían de la protección del Estado, para tener acceso a los servicios de salud.

El 3 de febrero de 1983 se aprobó una adición al artículo cuarto constitucional: “Toda persona tiene el derecho a la protección a la salud”; y con ello comienza el esfuerzo por conseguir esa meta.

¿Qué ha sucedido desde entonces?; sin duda se ha avanzado, pero aún no se consigue la Salud Universal para todos los mexicanos. Precisemos: el avance para que este derecho individual y social se haga realidad ha sido muy lento, puesto que, todavía, hacia el año 2000, aproximadamente 50% de la población mexicana no contaba con aseguramiento

médico. En 2003 se crea el seguro popular, con limitaciones iniciales; pero a partir de ese programa se mejoró mucho la cobertura universal. Hoy se estima que 92% de la población está incluida en algún tipo de seguro.

Ahora bien; no es suficiente cubrir a la población total, sino que se requiere, además, trabajar en cuanto a la calidad de los servicios y de la atención médica. Bastan algunos datos para comprender que aún no nos equiparamos con los países de la Organización Para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), organismo internacional integrado por 34 países, y al que México pertenece. Comparemos:

a) Porcentaje de inversión en salud del PIB: México: 6.2%; OCDE: 9.6%.

b) Porcentaje del gasto médico que sale del bolsillo del paciente: México 45% (algunas informaciones recientes señalan incluso que es de 50%), OCDE 19.5%.

En otros rubros también se requiere una sustancial mejoría: cerca de 22% de la población derechohabiente prefiere ir al médico de farmacia que atenderse en el sector público (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012). A su vez, los derechohabientes del seguro popular, en un porcentaje de 30%, surten sus recetas en farmacias privadas, como consecuencia del desabasto.

Como se aprecia, sin ninguna duda, la cobertura universal es el gran reto en nuestro país, y es por eso que, en primer lugar, entramos con este tema, para destacar la grave responsabilidad que todos los involucrados en el sector salud tenemos: las autoridades para programar un mayor presupuesto y gastarlo bien, y todos los demás involucrados para adentrarse en el profesionalismo que les toca en su campo, como una administración, servicios y atención médica directa con mayor calidad.

En consonancia con lo anterior, se impone afirmar que para que una nación prospere debe trabajar prioritariamente en tres áreas que se convierten en el motor del desarrollo; éstas son:

- Salud.
- Educación.
- Empleo.

Actuando con un sentido social en los tres puntos anteriores, se pone en marcha un círculo virtuoso que alimenta la concatenación entre los tres. Es decir, si un pueblo alcanza un estado de salud alto, tiene energía y voluntad para ser activo, y esto le permite desarrollarse en el campo educativo y laboral con fortaleza física y anímica. Si, además, la estructura educativa ofrece una oferta amplia y de calidad en la formación de toda la población, ello deriva en una mayor conciencia para desempeñar una cultura del valor de la prevención en todos los campos de la vida, incluyendo, por supuesto, el de la salud y, finalmente, si se fomenta la creación y el crecimiento de suficientes y buenos empleos para todas las generaciones, este camino laboral de satisfacción, permite más recursos para emplearlos en la conservación y fortalecimiento de la salud y la educación.

Es entonces necesario, buscar el éxito en las acciones al servicio de la salud, más allá de la política del Estado en estos rubros, y ser conscientes de los grandes retos que el

médico y el personal de salud deben identificar en su esfera de acción, para actuar con clara responsabilidad en su papel individual y social.

En concordancia con lo anterior, ahora hay que dirigir nuestra mirada hacia todos los otros factores que amenazan o afectan a la salud, cuya dimensión es también colocada en la esfera de los grandes retos pues, como decíamos al principio, muchas son las opiniones de los analistas en diferentes foros del mundo y de México para delinear cuáles son los grandes retos de la salud en este siglo. Por lo tanto, y considerando todo lo que se ha propuesto y aunándolo a mis conclusiones personales, he aquí los desafíos.

En los países en desarrollo:

- Enfermedades infecto contagiosas.
- Mortalidad materna.
- Mortalidad infantil.
- Desnutrición.
- Dengue, Chikunguña (o Chiconguya) y Zika.
- Crecimiento de las enfermedades crónico degenerativas.

En los países desarrollados:

- Obesidad.
- Diabetes.
- Enfermedad cardiovascular.
- Cáncer.
- Depresión.
- Adicciones.
- Envejecimiento de la población.

Enfermedades de los procesos de globalización:

- Grandes epidemias virales.
- Cambio climático.
- Contaminación.

Considerando los datos anteriores, y buscando que nuestra visión sea amplia, y después concreta, se añaden enseguida comentarios sobre la situación de estos desafíos para la salud a nivel mundial y después el enfoque sobre México.

Comenzaremos diciendo que el centro de información de las Naciones Unidas, recientemente dio a conocer que a nivel mundial 40% de las personas no tiene ningún tipo de protección en materia de salud (4 de cada 10 personas); son los países africanos y la India en donde esta condición es más deficiente; por ejemplo, los países en peores condiciones son Burkina Faso, Camerún, Guinea y Sierra Leona; y en India 80% no tiene cobertura de protección, a pesar de que, como sabemos, la protección universal de la salud es condición *sine qua non*, para luchar contra la pobreza, disminuir las desigualdades e impulsar el crecimiento económico.

Otros datos impresionantes que ilustran el tamaño de la gran tarea que se tiene que hacer para conseguir un mundo con menos desigualdad, es que en países como Haití, Senegal y Nigeria existen cinco trabajadores para la salud por cada 10 mil personas, mientras que en Finlandia la proporción es de 269 por cada 10 mil. Aquí mismo, en México, se reconoce que hay 1.7 camas por cada 1 000 habitantes, mientras que el promedio de los países pertenecientes a la OCDE es de 4.8 camas.

Para robustecer los datos sobre la problemática persistente en los países de bajos ingresos, basta con ilustrar que la ONU, a pesar de una constante actividad para apoyar los servicios de salud, reconoce que las enfermedades infecciosas siguen siendo un problema mundial, centrándose muy prioritariamente en los países, como hemos dicho, con bajas economías y, por ejemplo, que causan hasta 45% de las muertes que se generan en África y Asia, presentándose 48% de estas muertes antes de los 48 años de edad.

Las Naciones Unidas han aplicado programas muy intensos para disminuir estas cifras, y es en este contexto que vale la pena considerar que se cita a la malaria como un caso paradigmático de lo que se ha hecho en África para disminuir la mortalidad por esta enfermedad transmisible. Si bien el número de muertes sigue siendo desafiante, de 700 mil a 800 mil, la reducción entre los años de 2000 a 2013 fue de 47% a nivel mundial, y 54% en los países de África, donde se presenta 90% de las muertes, (en gran parte esta reducción se ha logrado gracias al uso de mosquiteros impregnados de insecticida), pero en otra línea de acción, se está trabajando aceleradamente para desarrollar una vacuna que defienda a la población de esta enfermedad.

Pretendiendo hacer un concentrado de lo que hemos escrito sobre las naciones con economías reducidas, podríamos decir que sus retos de salud se resumen principalmente en:

- Malaria,
- Infecciones respiratorias bajas,
- Tuberculosis,
- Enfermedades diarreicas,
- Complicaciones del parto y embarazo que afectan a la madre y al niño,
- VIH.

En estos países sólo la cuarta parte de la población llega a los 70 años de edad, y un tercio de las muertes ocurre en habitantes menores de 14 años. Estos análisis con cifras realistas y recientes nos conducen ahora a ubicarnos en los países con población de ingresos medios.

En estas naciones aproximadamente la mitad de las personas llega a los 70 años de edad, y las enfermedades crónico-degenerativas ocupan el primer lugar, pero a ellas se debe adicionar –como retos persistentes al VIH/Sida–, las complicaciones del embarazo y el parto, y los accidentes de tránsito.

En los países ricos la gente muere más allá de los 70 años, como consecuencia de enfermedades crónico-degenerativas, enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer y demencia. En estas naciones la infección pulmo-

nar constituye la única causa infecciosa importante, que produce defunciones.

Como se sabe, al avanzar en la esperanza de vida, los países desarrollados y otros como el nuestro que está compartiendo muchos de los avances y el estilo de vida de las naciones con gran prosperidad económica, tienen como uno de sus grandes retos en el campo de la salud, la atención a la población de edad avanzada.

El programa que la ONU ha propuesto, y dado a conocer en enero del 2015, para encarar la atención a los adultos en vejez, se fundamenta en la atención en tres grandes áreas:

- a) Seguridad económica.
- b) Atención a la salud.
- c) Relaciones sociales y familiares.

Considero que esta trilogía se ajusta con precisión, a las metas que se deben fijar para lograr una vida digna y con salud en las personas con esta condición.

La lista de enfermedades crónicas que constituyen los retos, y a la vez las principales causas de muerte de quienes viven en los países con más desarrollo, ya han sido enunciadas, sin embargo resulta imperativo exponer algunos datos sobre la obesidad, ya que es factor para desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares y otras patologías que en su historia natural, se encuentran con la obesidad, como un factor desencadenante o agravante, por ejemplo cáncer. Enseguida algunos datos recientes.

La Organización Mundial para la Salud informó a principios de 2015 que la obesidad se duplicó en todo el mundo, desde 1980 hasta los actuales días. En 2014, mil 900 millones de adultos sufrían sobrepeso, y 600 millones eran obesos. Más aun, resulta dramático que 42 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso.

Las anteriores cifras sirven para aliviar la conciencia, para analizar el multimencionado estilo de vida actual; diríase en unas cuantas ideas: estilo de cuerpos físicos sedentarios, ingestas grasosas y excesivas, así como abundancia de bebidas azucaradas.

En México: ¿cuál es nuestra realidad?

Partiendo de un enfoque amplio, en el año 2011 la Secretaría de Salud, entonces a cargo del Dr Córdoba Villalobos, expuso que los actuales y futuros retos para nuestro país en el campo de la salud son:

- Cobertura.
- Envejecimiento y prevención de enfermedades crónicas.
- Mortalidad materna infantil y dengue.
- Prevención y control de adicciones.
- Desafíos epidemiológicos globales.
- Integración del sistema de salud.

Esta es una relación de postulados, que se encuentran estrechamente unidos a los puntos que ya se han mencionado, en los análisis expuestos por diversos organismos nacionales e internacionales, y que ha resumido muy bien la Organización Mundial de la Salud.

Reiterando, y de acuerdo con la OMS, existen retos derivados de las enfermedades transmisibles (países en baja condición económica); desafíos de los países cuyos problemas de salud están prioritariamente en el rubro de enfermedades no transmisibles (países desarrollados), y enfermedades que son producto de la globalización.

México está en el centro de las tres problemáticas, tendiendo a crecer más en el capítulo de las enfermedades no transmisibles; el crecimiento porcentual de nuestra población con edad de 65 años y más confirma esta tendencia.

Si consideramos a México como la nación que ocupa el lugar número 11 en cantidad de habitantes, entre los 184 países que anualmente aportan sus datos poblacionales (nuestra población hasta el inicio del 2015 abrió con una cifra de 119 millones 715 mil personas), de allí desprendemos que uno de los principales retos está en que cada participante en el área de la salud, tanto a nivel individual como institucional, conozca, comprenda, valore y actúe en relación directa con los datos que aquí se han presentado.

Ahora bien, ante este escenario de grandes retos de la salud. ¿Cuál es el papel que le corresponde al médico; tanto al especialista como al de primer contacto en este inicio del siglo XXI? Particularizando campos de acción concretos, que al operarlos sí generan resultados visibles y sensibles, estos son los retos de acción constante que necesita asumir cada médico; así se demostrará que haciendo una práctica constante de sus competencias y de sus mejores actitudes si se avanza.

Cada médico puede participar a nivel individual en:

- Educación permanente a los médicos de primer contacto para que, en gran medida, orienten su ejercicio profesional a la prevención y control de enfermedades crónicas que abarcan a un gran segmento de la población adulta.
- Contribuir para implantar una eficaz cultura de prevención en toda la población.
- Trabajar en programas reales para la prevención de los embarazos tempranos.
- Atención integral a los adultos mayores.
- Prevenir y controlar las adicciones.

A nivel institucional:

- Alcanzar la cobertura universal en salud.
- Abatir la mortalidad materna infantil.
- Preparación ante los grandes desafíos epidemiológicos mundiales.
- Programas eficaces en la prevención y control de las enfermedades crónico degenerativas.
- Incrementar programas de educación para conseguir una actualización permanente de todos los profesionales de la salud.
- Integración del sistema de salud homologando paquetes de servicio en calidad.

A nivel de grandes políticas de recomposición social urgentes: y que inciden en la salud:

- Abatir el desempleo.
- Combatir la pobreza.
- Disminuir la inseguridad.
- Controlar la migración.
- Ampliar la educación.

Como se puede apreciar, al médico que está ejerciendo la profesión dando consulta, atendiendo en el trabajo hospitalario, o bien, planeando y administrando servicios de salud, este siglo XXI es un reto multiplicado para alcanzar fines que hagan realidad la salud universal.

Bibliografía

1. Estadísticas sanitarias mundiales 2014. Recopilación anual de la OMS sobre los datos sanitarios de 194 países.
2. Los retos de la salud en México. Conferencia de la OCDE el 13 de enero 2011. Facultad de Medicina de la UNAM.
3. El médico interactivo. Fiarrio electrónico de la Sanidad (informes: los retos de la salud para el nuevo siglo.)
4. IRIS Reporte institucional de la OMS para compartir información. Mesas redondas; afrontar los grandes retos planteados a los sistemas de salud. Año 2000.
5. *La jornada*. Viernes 13 de diciembre de 2013 (Plan sexenal de salud 2013-2018. Diario Oficial) Plan sexenal de salud reconoce grandes retos pero plantea metas modestas.
6. Hacia una cobertura universal en salud 22- 24 de abril 2009. Memoria México.



Antiflu-Des[®]



La consulta médica: algunas reflexiones

Dr. José Francisco González Martínez, Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

Resumen

LA SOLUCIÓN DE MUCHOS problemas clínicos se fundamenta en tecnología de punta, con exámenes de laboratorio y técnicas de imagenología que permiten acceder a los sitios más recónditos del cuerpo humano. Sin embargo, las técnicas de laboratorio o el uso de la última terapéutica no bastan por sí solas para recuperar la salud, se necesita también un médico con intuición y buen criterio clínico que, además de habilidades, posea técnicas y conocimiento científico, así como calor humano, tacto, simpatía y comprensión. Es importante que así sea porque el paciente no es sólo un conjunto de signos y síntomas, funciones alteradas u órganos dañados, sino un ser humano temeroso y esperanzado que busca alivio, ayuda y confianza. Por ello, el médico no debe considerar a los pacientes sólo como casos o enfermedades sino como individuos merecedores de un trato humano, independientemente de sus circunstancias personales o económicas.

Las cualidades humanitarias que caracterizan al médico son: integridad, respeto y compasión, así como su disponibilidad en todo momento, además de la preocupación sincera y voluntad para dedicarle al paciente el tiempo necesario para explicarle todos los aspectos de su enfermedad, procurando apoyarlo de manera emocional, física y espiritual. La eficacia del tratamiento guarda estrecha relación con el sentimiento de fe y confianza que el paciente pueda tener hacia el médico, de ahí que la buena relación entre ambos sea la base fundamental de un buen acto médico, que no debe limitarse sólo al vínculo entre el médico y la enfermedad, sino que es una relación de persona a persona, con todo lo que esto implica. Aunque actualmente la relación médico-paciente está en crisis, no como fenómeno aislado sino inserto en la modificación de las relaciones que se dan dentro de la estructura social, una buena relación médico-paciente se debe conseguir en el acto médico por excelencia, es decir, en la consulta médica. He aquí algunas reflexiones acerca de esa relación y, sobre todo, respecto al modo en que debería ser idealmente la consulta médica.

Introducción

La globalización planetaria fue, en algunos aspectos, lo que provocó el derrumbe de barreras políticas, geográficas, culturales, así como la caída de algunas ideologías totali-

tarias, con reaparición o reforzamiento de democracias; sin embargo, paradójicamente, al mismo tiempo se ha observado la pérdida de ideales e ilusiones, y se ha marginado a algunas de las ideologías y grupos sociales. Hoy el ser humano se atemoriza, deja de confiar en el semejante y se encierra en sí mismo, alejándose del amor y la amistad; la misma globalización que facilitó el progreso llevó a la homogenización de la cultura y a una transculturación con masificación y generalización de vocablos, usos y costumbres, en detrimento de los valores tradicionales inherentes a cada comunidad, misma que así va perdiendo sus características y personalidad. El comienzo del siglo veintiuno nos encuentra inmersos en una situación sanitaria crítica, en donde los cambios sociales, emocionales, educacionales y políticos son aplicables a la medicina, generando una transformación permanente y dinámica también en este campo.

La relación médico paciente (RMP) es interpersonal y de carácter profesional, en la que un hombre dotado de conocimientos presta ayuda a otro hombre e impone a su labor el carácter de servicio y calurosa humanidad, circunstancia que lo asocia profundamente a la ética. Los avasallantes adelantos científicos y tecnológicos, sin embargo, han llevado a la subespecialización del médico, el cual al ser incapaz de manejar tan abrumadora cantidad de información delimita su actuación en partes y deshumaniza el acto médico, partiendo del hecho que el paciente, como individuo, es un todo integrado.

Asimismo, el sistema de globalización económico e industrial, con la aparición y creciente aumento de las “empresas de salud”, ha llevado a la paulatina desaparición de la práctica médica privada y a la inserción del profesional médico en ese sistema que regula y limita su ejercicio. La difusión masiva del éxito de determinados medios de diagnóstico o tratamiento, realizada sin atender un criterio de educación para la salud, provoca que la confianza depositada en el profesional se desplace hacia esos métodos, llevando al individuo al consumismo de la tecnología médica. Esta tendencia consumista altera el financiamiento de los sistemas de salud quebrándolos económicamente, ya que los terceros pagadores regulan el acceso al sistema, poniendo barreras a estudios, interconsultas o soluciones terapéuticas, limitando los honorarios del médico, desmotivándolo profesionalmente; todo se despersonaliza y se pasa así al contrato frío.

En esta modalidad de atención se da la desprofesionalización de la medicina, y el paciente así lo experimenta, para empezar en la limitación de la elección del profesional en quien confía su salud y la restricción drástica de estudios y terapéuticas. El entorno laboral es incierto, con un exagerado número de graduados y un ambiente en el que sobra la oferta y el trabajo mal remunerado, asignando escaso tiempo para cada consulta médica, y en donde el sistema exige y privilegia la cantidad de consultas sobre la calidad de las mismas.

El acto médico es un contrato, sin embargo todo contrato puede llegar a no cumplirse por alguna de las dos partes; una de las razones de los conflictos entre el médico y el paciente es la deshumanización y la desprofesionalización, donde no se ve a la persona como paciente o enfermo sino como cliente. Lo más importante en el médico no sólo es una ciencia exacta, sino también un arte y, como tal, tiene su técnica y su estilo.

La atención médica se puede dividir en dos grandes aspectos: *a)* lo técnico, y *b)* lo interpersonal. Los pacientes no están enfermos físicamente en forma exclusiva, ni alterados emocionalmente de manera exclusiva; a menudo se dan ambas condiciones aunque al inicio de una consulta médica usualmente no es posible distinguir entre los dos estados. Es una labor del médico escuchar activamente la historia del paciente, buscando y encontrando evidencia de cualquier enfermedad física y alteración emocional; la sola ciencia no da satisfacción en el acto médico, pues un médico científico pero frío no tendrá éxito en su profesión. La RMP debe ser humanizada, compasiva y positiva, donde el médico no se limita a ser quien sabe y le comunica al paciente la información fáctica relevante e implementa de modo competente las intervenciones médicas. La imagen de nuestra sociedad de un médico idealizado está claramente representada en la literatura, arte y cultura popular como un médico afectuoso que integra la información y los valores relevantes para hacer una recomendación y, mediante el diálogo, intenta persuadir al paciente para aceptar esta recomendación como la intervención que mejor promueve su bienestar general.

En las últimas décadas el discurso en torno a la RMP se ha enfocado hacia dos extremos: autonomía y paternalismo; mucho se ha atacado a los médicos por ser paternalistas, exigiendo que los pacientes tengan mayor poder para controlar su propia atención. En este extremo se abarca una concepción defectuosa de la autonomía del paciente y reduce el papel del médico al de un técnico de la salud; la RMP, “vertical” en sus orígenes, con un sentido paternalista por parte del médico, ha pasado a ser “horizontal”. En el otro extremo está el otro principio de autonomía que ha sido generado, y que ha originado dilemas éticos importantes; la autonomía del paciente se manifiesta en el consentimiento informado, genera autoestima y autorrespeto y pone freno al accionar médico.

En décadas recientes se ha dado un llamado por una mayor autonomía del paciente o, como algunos la han llamado, “soberanía del paciente”, buscando una mayor elección y control del paciente sobre las decisiones médicas. En este enfoque extremo el médico sólo informa y el paciente decide; en este caso la decisión del control pertenece a un paciente informado y competente; sin embargo, debemos decir que en realidad no hay tal autonomía absoluta, pues la autonomía de alguien puede tener su límite frente a la autonomía de otra persona, y no debe tomarse como el fundamento último de la ética. Sin embargo, creemos que la toma de decisión médica no debe ser hoy exclusivamente del paciente, sino que debe ser un proceso de toma de decisiones compartido, construido mediante y alrededor de la mutua participación y el respeto. Es un proceso de colaboración en el cual tanto los médicos como los pacientes hacen contribuciones activas y esenciales. Los médicos aportan con su adiestramiento médico, conocimiento y experiencia para el diagnóstico y tratamiento de la condición de los pacientes; y los pacientes aportan sus propios conocimientos, sus valores y, de manera muy importante, sus deseos. Con este enfoque se selecciona el mejor tratamiento.

Es en un marco de desconfianza, descontento y presiones externas donde se desenvuelve hoy en día la RMP; el temor al juicio por la mala *praxis*, fomentado por abogados

al acecho, tecnifica aun más la relación y la encarece, a veces con solicitudes exageradas y repetitivas, y otras con conductas irracionales o desmedidas. Muchos de los juicios que se emprenden no responden en realidad a un mal desempeño técnico profesional sino a una RMP no satisfecha. Si el día de mañana queremos tener un médico, debemos tener presente que la enseñanza debe tener una meta más amplia que el mero conocimiento científico, haciendo hincapié en la formación ética, moral y social; por ello debemos retomar la parte inicial de un acto médico, su “piedra fundamental”, para establecerla positivamente en beneficio de ambas partes. Una invitación a la reflexión es tomar este acto de la consulta médica cotidiana de la labor de cualquier médico, y en ésta construir la RMP positiva. Por ello las siguientes líneas de reflexión respecto a la consulta médica.

La entrevista médica

La información acerca de la salud se ha multiplicado en los últimos años y está contribuyendo a modificar la tradicional RMP, desde el modelo clásico paternalista hasta un modelo participativo del paciente en la toma de decisiones. El modelo clásico se caracteriza por una relación dominada por el médico con el enfermo en actitud pasiva; en el modelo opuesto el paciente decide después de que el médico le ha explicado las distintas opciones. Todos los pacientes desean recibir información amplia acerca de su enfermedad, pero no todos desean participar activamente de la decisión terapéutica final. La entrevista clínica o entrevista médica (EM) es la llave para el establecimiento de una RMP satisfactoria.

El éxito de cualquier consulta médica depende de qué tan bien puedan comunicarse el paciente y el doctor; la evidencia indica que la calidad de esta comunicación está asociada con el pronóstico clínico. La forma de realizar la EM o la consulta médica es muy variable, y muy poco se ha escrito respecto a cómo desarrollarla, pero en los últimos años se ha acumulado evidencia científica con la aparición de grabaciones y videos, de tal manera que la EM es posible aprenderla e incluso enseñarla. El término “entrevista” significa “verse uno al otro”; es un encuentro personal “cara a cara”; es una conversación privada, un diálogo con objetivos definidos entre dos personas, en el cual uno de ellos, con el entrenamiento necesario (médico), intentará ayudar al otro (paciente) a preservar o recuperar su salud; un médico que ejerce la profesión médica, invariablemente hace EM. Se calcula de manera conservadora que un médico en una carrera profesional de cuarenta años realizará entre 120 y 160 mil consultas médicas.

La EM consiste en obtener información suficiente para llegar al diagnóstico clínico, y también conocer lo único y distinto que hace el paciente con respecto de las demás personas: no es una simple reunión de datos, pues existe una relación interpersonal que ha de ser positiva, y que comience a ser terapéutica; una EM adecuada requiere de una RMP efectiva. De un encuentro que no siga los principios básicos de la EM a menudo resulta un diagnóstico inseguro y un inconveniente importante para establecer un diagnóstico correcto; la mejora de muchos profesionales de la salud respecto a sus habilidades de relaciones interpersonales ha aportado un mejor desempeño en los efectos de su trabajo. La EM está modulada tanto por factores sociales como culturales, influyendo ambos en

la consulta de un médico y en las decisiones terapéuticas. El médico debe esforzarse para generar sentimientos positivos, y con ello favorecer el diagnóstico y el tratamiento; siempre se debe recordar que el enfermo es un ser angustiado y, por tanto, el médico deberá aliviar también su angustia. Deben evitarse algunas conductas molestas del médico hacia el paciente, como la impersonalidad en el trato, la actitud de juez y la petulancia; la RMP es un elemento decisivo en la medicina clínica y muchas de las críticas, insatisfacciones y demandas a la profesión médica se deben a una mala RMP durante la consulta médica; de ahí la importancia de reflexionar acerca de esta actividad cotidiana del médico.

Aunque en la EM se da una relación técnica, principalmente es una relación en un plano interpersonal en la que el respeto a la condición propia de ser humano tiene una categoría que sobrepasa con mucho una relación meramente profesional. Es un encuentro entre dos personas, dotadas ambas de inteligencia, libertad, intimidad y un historial personal único e irrepetible; son dos seres dignos de consideración y respeto mutuo. El médico es un ser poderoso en razón de conocimientos, habilidades y destrezas para aliviar al enfermo, que necesita ayuda por padecer un desorden en su salud; la relación que así se da se convierte en asimétrica: entre alguien que solicita y otro que otorga; el médico está en relativa ventaja frente al enfermo y, como es de poder, puede llegar a ser abusiva. En la EM hay una relación de ayuda; el enfermo es una persona y no un mero objeto de manipulación diagnóstica y terapéutica.

“Sólo un hombre humano puede ser un buen médico” decía Hipócrates. Se debe integrar el bien científico y la sensibilidad humana durante la formación médica para poder practicar el acto médico con calidez y sapiencia; el aforismo dicta: “Quien sólo de medicina sabe no es médico”. Las cualidades de un médico lo hacen único en la sociedad; el médico representa el ideal de una persona, sin embargo hoy en día, junto con la aparición de la medicina socializada en el ámbito mundial, se ha introducido un tercer elemento en la RMP: el tercer pagador. Este ente amorfo representa un frío hielo en el cálido vínculo antiguamente lleno de amistad entre el médico bondadoso y el paciente necesitado de comprensión, y es triste ver cómo se ha perdido esa relación. Es responsabilidad del médico y del propio paciente volver a la idealidad de hace algunos años; el paciente debe ver y entender lo humano que es el médico y éste, a su vez, tiene la responsabilidad de llenarse de bondad para captar la angustia del paciente y sus familiares.

En la EM se generan sentimientos positivos y negativos, siendo favorecidos el diagnóstico y el tratamiento por los primeros; el médico debe, por tanto, conocer los elementos y la dinámica que intervienen en ella, empleando técnicas destinadas a conducir la sesión en un modo positivo; debe ser prudente en sus comentarios y controlar sus expresiones faciales y corporales, evitando asombro o alarma ante síntomas o situaciones de relato o hallazgos del examen físico; jamás deberá reprochar ni escandalizarse por confidencias del enfermo; no deberá responder con hostilidad a ocasionales hostilidades del paciente, y deberá primero reconocer la presencia de la emoción por parte del paciente e investigar su causa y significado.

La concurrencia a la consulta de un médico es un acto libre, basado en la confianza, honorabilidad y capacidad profesional del médico; la entrevista es un acto privado, sien-

do la confidencialidad un valor crucial de la RMP; su trasgresión conlleva a un quiebre irremediable de la confianza que el paciente deposita en el médico.

Fases de la entrevista médica

Existen varios modelos que explican lo que debe ser la consulta o la entrevista médica; nuestro objetivo es examinar algunos de ellos, podemos decir que la entrevista médico paciente tiene tres fases:

- Primera fase:* Llamada del paciente.
- Segunda fase:* Alejamiento y objetivación
- Tercera fase:* Personalización.

Llamada del paciente. En la primera fase es necesaria la disposición por parte del médico; en esta fase el lenguaje no verbal será el protagonista, debiendo transmitir una acogida calurosa y disposición incondicional de ayuda, lo que se logrará transmitiendo afecto, interés y empatía. Desde el principio de la EM es preciso conseguir y crear un clima de sintonía e intimidad.

Alejamiento y objetivación. En la segunda fase, es necesaria la neutralidad afectiva donde el lenguaje verbal proporciona datos imprescindibles por medio del interrogatorio y de la exploración física para el diagnóstico y el tratamiento; es una fase difícil para el enfermo, y por el lenguaje no verbal se le continúa dando interés.

Personalización. En la tercera fase se trata de una personalización, es decir, el enfermo se convierte en persona y se requiere de interrelación humana. En esta fase se desarrolla la labor persuasiva del médico; el papel de la palabra se hace evidente en la terapéutica médica.

El modo en que el médico conduce la entrevista tiene gran importancia técnica y humana; la conversación técnica persigue un objetivo preciso: obtener en un tiempo razonable un máximo de información relevante para el diagnóstico y llevar a una decisión terapéutica. La entrevista debe ser orientada pero no forzada por el médico, haciendo preguntas relevantes en relación con su objetivo primordial; asimismo, debe dar al paciente libertad y tiempo para que exprese sus síntomas, preocupaciones y sentimientos; a veces del discurso libre surge una expresión que puede ser clave para el diagnóstico. El médico que habla más que el enfermo y lo abrumba con preguntas es un mal entrevistador y lo confunde; la información que requiere el médico se refiere en primer lugar al síntoma o síntomas por los cuales consulta el paciente; la EM debe ser integral, investigando simultáneamente las características semiológicas de cada síntoma y sus relaciones.

Al igual que la anamnesis, la exploración física tiene un carácter técnico que debe cumplir ciertas normas de procedimiento y orden que aseguren una exploración física completa. Constituye el contacto físico del médico con el cuerpo del paciente y, por tanto, una invasión a su intimidad, aunque haya sido consentida por el paciente sólo por un acto de confianza en la idoneidad y honorabilidad del médico; es una obligación médica y ética tomar las medidas adecuadas para resguardar esa intimidad, respetando

el natural pudor del enfermo. La exploración física debe ser suave y delicada, siendo el enfermo prevenido de manera suficientemente amplia por el médico acerca de qué se va a examinar con desnudez como para permitir el examen físico completo, y suficientemente restringida como para resguardar su pudor; de la información obtenida por el médico resultará una hipótesis diagnóstica.

Escuchar el diagnóstico es para el enfermo un momento de particular expectación, y es una decisión ética del médico resolver qué va a decirle al paciente. Si se trata de una enfermedad benigna será sencillo, pero será distinto cuando se trata de una enfermedad grave y de un pronóstico incierto; en este caso el médico debe ser cauto sin crear angustia innecesaria. Obtenido el diagnóstico se debe explicar la enfermedad en términos sencillos y comprensibles, destacando siempre los aspectos esperanzadores del tratamiento y pronóstico; será necesario saber dar bien las malas noticias. No es humano ni adecuado decir abruptamente al paciente que su enfermedad no tiene remedio; se debe dejar siempre una pequeña luz de esperanza.

Los enfermos son seres inteligentes que se dan cuenta de la gravedad de su enfermedad, y presienten su pronóstico, aunque no lo expresen verbalmente; el médico resolverá sobre qué estudios debe solicitar para comprobar o descartar su hipótesis diagnóstica. Habitualmente la exploración física instrumental significa para el paciente una molestia, y a veces el sufrimiento y riesgo, con costo económico al mismo o a la sociedad; por esto el médico debe reflexionar acerca de cuáles exámenes son relevantes en función de su hipótesis diagnóstica. Una vez decidido el tratamiento el médico debe explicarlo al enfermo como hemos dicho, indicando las medidas estrictamente necesarias y de eficacia comprobada, conociendo en la práctica de sus efectos terapéuticos, además de sus indicaciones y contraindicaciones; la información que respalde la medida terapéutica deberá proceder de textos y revistas científicas.

El médico y el paciente viven en la EM una experiencia nueva, positiva o negativa, que queda en la memoria; la interrogante ética para el médico es si cumplió su función de ayudar técnica y humanamente al paciente, y para el paciente será si el médico satisfizo o no las expectativas que en él había cifrado. Si la RMP fue positiva se afianza el papel curativo del médico y la confianza del enfermo en su capacidad profesional; si, por el contrario, ha sido negativa, se produce una ruptura que aleja al paciente del médico; en ambos casos los resultados de la EM y de la RMP se difunden al medio social, afianzando el prestigio profesional y humano del médico o debilitándolo. En ocasiones la frustrada relación termina en comités de ética o en tribunales de justicia, lo que perjudica no sólo al médico involucrado sino a todo el cuerpo médico y a la medicina.

Cualidades de la entrevista médica

La EM tiene cualidades importantes de mencionar:

- Tiene poder diagnóstico.
- Satisface al paciente.
- Es capaz de modificar los resultados en el paciente.
- Mejora la aceptación del tratamiento.
- Ayuda a modificar conductas y a adaptarse a la enfermedad.
- Marca la satisfacción del médico.

Es importante destacar que la EM influye de modo directo en la satisfacción del médico, generando esa sensación de bienestar que se experimenta al finalizar la consulta, en la cual hemos podido atender con éxito las demandas del paciente y nuestros objetivos profesionales. La duración de una consulta debe contar el tiempo necesario para comprender la situación clínica que se presenta y desarrollar una relación de mutua confianza. Comprender y confiar se puede conseguir en un minuto, en varias consultas o tal vez nunca, pero debemos mencionar que el tiempo por sí solo no es una limitante insalvable para hacer las cosas bien; se debe conseguir la empatía, que ha sido llamada “la quintaesencia del arte de la medicina”, la cual es una forma de conocimiento y aproximación hacia el otro, intentando “ponerse en el lugar del otro”; la empatía puede ayudar al médico a imaginar y comprender lo que el paciente está sintiendo.

Funciones de la entrevista médica

Según Cohen-Cole la EM tiene tres funciones importantes:

- Obtener información.
- Construir una RMP positiva.
- Modificar conductas.

La obtención de información es la más conocida por los médicos y, en muchos casos, la única en la que habrá tenido un entrenamiento formal: es la realización de la historia clínica. La segunda función es básica, y piedra angular del acto médico: el establecimiento de la RMP; el médico experimentado no sólo debe hacer la historia clínica, pues no es un proceso ajeno a los principios de la relación interpersonal, es mucho más. Finalmente, la tercera función es la de modificar conductas respecto a la influencia en el cambio del estilo de vida del paciente para su bien.

En la primera consulta prevalecerá la función de obtención de información y la construcción de una RMP que favorezca la continuidad; se reservará para consultas posteriores la modificación de conductas. Las tres funciones son interdependientes dado que no es posible obtener información o modificar conductas si no se ha desarrollado una relación de confianza. Con estas bases el médico, de manera cotidiana, debe realizar algunas preguntas al finalizar la consulta, como:

- ¿Obtuve información suficiente y precisa en la historia clínica?
- ¿Establecí una buena RMP?
- ¿Di pauta para modificar conductas?

Categorías de la entrevista médica

Algunos autores han mencionado que la EM consta de seis categorías, que son las siguientes:

- Clima.
- Control.
- Recolección de información.
- Definición del problema.
- Mantenimiento de la relación terapéutica.
- Promoción del autocuidado.

Clima. Se refiere al tono o atmósfera en que se desenvuelve (flujo multidireccional de información, desarrollo de la confianza e identificación y expresión de diferencias o barreras); es el proceso que permite generar un contexto de colaboración. En este clima se deben distinguir barreras en la comunicación, como pueden ser la distancia social, o algunas diferencias lingüísticas o culturales; para el desarrollo de un clima favorable el médico debe mostrar conductas que, a su vez, producen algún grado de compromiso en el paciente:

- Mostrar entusiasmo por el paciente y sus relatos.
- Mostrar interés por medio del lenguaje corporal.
- Dirigirse al paciente de manera cordial.
- No interrumpir al paciente.
- Desarrollar la entrevista en un ambiente físico favorable.
- Utilizar aproximaciones para registrar los juicios de valor, tanto de los propios como de los ajenos.
- Ceder el protagonismo.
- Escuchar activamente a los pacientes.
- Evitar monopolizar la discusión.
- Demostrar respeto por las opiniones divergentes.
- Transmitir seriedad profesional.

Control. Es la manera por la cual el estilo del médico influye en el ritmo y el foco de la entrevista. De manera sintética, hay tres estilos de médico: 1. Directivo: el médico desempeña el papel dominante para decidir qué hacer, cuándo y cómo; 2. Democrático: el médico que colabora con los pacientes para decidir qué se debe hacer, y 3. No directivo: el médico que permite que la sesión se autogestione. Las variables que pueden influir en la elección del estilo son la forma de pago al médico, la personalidad del mismo, y el tiempo disponible.

Existen actitudes que el médico debe asumir para llevar el control de la EM:

- Adaptar el estilo a la situación.
- Estar atento al tiempo.
- Acelerar o desacelerar la discusión.
- Tratar los temas programados.
- Determinar una agenda.
- Evitar interrupciones externas.
- Evitar digresiones.

Recolección de información. Es el proceso por medio del cual el médico reúne información del paciente, de su contexto micro y macro social, y sobre el motivo de su consulta, para ayudar a establecer el diagnóstico y formular hipótesis, utilizando un razonamiento hipotético-deductivo. Para efectuar esta recolección el médico debe tener algunas habilidades básicas, como:

- Escucha activa (palabras clave).
- Distinguir (lenguaje corporal).
- Sentir (sentidos y emociones).
- Organización y jerarquización.

Los tipos de preguntas para la recolección de información pueden ser abiertas (¿qué?, ¿cómo?, ¿cuándo?), o cerradas (con respuestas específicas y concretas). Algunas actitudes que debe tener el médico para desarrollar esta categoría de la entrevista se enlistan a continuación:

- Establecer un tiempo para que el paciente manifieste sus necesidades y deseos.
- Establecer el contexto social y familiar inmediato.
- Hacer un buen contacto visual.
- Iniciar la sesión con preguntas abiertas y usar preguntas cerradas para afinar hipótesis.
- Definir el problema.
- Leer el lenguaje corporal y las emociones del paciente.
- Reaccionar a la información: confirmar o descartar hipótesis ante la aparición de datos verbales y emocionales.
- Utilizar preguntas sencillas que ayuden al paciente a reflexionar.

Definición del problema. Es el proceso por medio del cual el médico, el paciente, y en ocasiones el familiar, negocian la definición del problema, considerando las diferencias

TABLA 1. *Modelo clínico de entrevista médica centrado en el paciente.*

-
- Exploración de la enfermedad y la dolencia.
 - Conocimiento total del paciente.
 - Establecimiento de un campo común en relación con el manejo de los problemas.
 - Prevención y promoción de la salud.
 - Enriquecimiento de la RMP.
 - Trabajo realista.
-

y estableciendo un contrato terapéutico; en esta categoría de la EM influye obviamente el paciente y sus características, el familiar, el médico y el contexto del sistema. Aquí, algunas conductas y habilidades que requiere el médico:

- Mostrar empatía.
- Utilizar preguntas reflexivas.
- Generar confianza.
- Destacar el papel activo del paciente.
- Reconocer diferencias en la definición del problema entre médico y paciente.
- Enumerar problemas y prioridades.
- Expresar las diferencias.
- Negociar las diferencias.
- Expresar el acuerdo (contrato).

Mantenimiento de la relación terapéutica. Se refiere al desarrollo de una relación de colaboración entre el médico y el paciente para plantear y mantener el contrato terapéutico negociado. El médico debe procurar cambios duraderos en los dominios cognitivo, de actitud, habilidad y de nuevas conductas y soporte social en el paciente. Estas son algunas conductas del médico requeridas para este propósito:

- Explicar claramente el objetivo.
- Explicar claramente situaciones de riesgo.
- Ofrecer material impreso, visual y sonoro.
- Usar ayuda visual, repetición y ejemplos.
- Explorar ideas del paciente respecto al cambio.
- Discutir y confrontar ideas.
- Negociar un plan.
- Permitir al paciente tomar decisiones informadas.
- Reforzar cambios.
- Anticipar problemas destacando potenciales consecuencias médicas, legales o sociales.

Promoción de autocuidado. Es el cuidado en el cual se compromete la iniciativa individual del paciente y su familia a identificar y actuar según sus propias necesidades; se da cumplimiento a recomendaciones y se trata al paciente como un participante activo; será

TABLA 2. *Modelo de entrevista médica.*

<i>Apertura de la entrevista</i>	<i>Organizar el flujo de la entrevista</i>	<i>Conclusión de la entrevista</i>
- Preparación	- Desarrollar un “hilo narrativo”.	- Presentar hallazgos y opciones.
- Presentación, saludo, observación.	- Desarrollar el contexto vital del padecimiento.	- Negociar el plan.
- Detección y corrección de barreras de comunicación.	- Estructurar la historia clínica.	- Finalizar la entrevista
- Análisis del espectro completo de problemas.		
- Negociación de prioridades.		

necesario dar tiempo y establecer plazo para que ocurra la respuesta; algunas conductas del médico requeridas en este caso son:

- Obtener retroalimentación por parte del paciente.
- Otorgar al paciente la responsabilidad de tomar la decisión.
- Dar tiempo a la respuesta.
- Establecer el tiempo.
- Expresar, reconocer y negociar diferencias.

Los cambios en la sociedad y el cuidado de la salud han tenido por resultado cambios reales en lo que las personas esperan de sus médicos y en cómo ellos ven a los pacientes; se ha hecho mayor hincapié en la reducción de los factores de riesgo, con intentos de persuadir a las personas de tomar medidas preventivas y evitar riesgos para su salud. Muchos pacientes desean participar en las decisiones, tanto acerca de su tratamiento como respecto a la prevención de complicaciones.

Un modelo de entrevista médica

Ian Mac Whinney ha trabajado acerca de la razón real por la cual un paciente se presenta a consulta, y ha establecido el escenario; en este contexto menciona las siguientes preguntas que el médico se debe responder al revisar a un paciente inmediatamente después de una entrevista:

- ¿Por qué vino el paciente?
- ¿Por qué ahora?
- ¿Qué significado tienen sus quejas?
- ¿Cómo percibe él mismo su problema?
- ¿Cuál es el problema principal?

Una persona se decide a consultar a un médico cuando los síntomas exceden el límite de tolerancia o el límite de ansiedad del paciente; por tanto, se le debe permitir el mayor flujo de información, incluyendo la expresión de sus sentimientos. Es por ello que siempre en la EM se debe incluir una investigación abierta del paciente, es decir, lo que éste desee comentar al médico, y darle esa oportunidad; así habrá una mejor RMP. En la tabla 1 se presenta un modelo de entrevista referido por Joseph Levenstein, en el que se distingue entre enfermedad y dolencia, y los médicos también identifican ahí problemas de salud y enfermedad. A los médicos nos han educado para descubrir y curar enfermedades, sin embargo, para el paciente el problema es distinto, pues además de la enfermedad hay otros problemas asociados como la dolencia, la rabia, el miedo, temor, angustia, ansiedad, entre otros.

Durante el encuentro clínico, tanto el médico como el paciente plantean y definen acuerdos acerca de lo que es importante o prioritario para la salud y calidad de vida del paciente; esto puede parecer extravagante, debido a que en nuestro medio se privilegia el modelo paternalista de la RMP, en el cual el médico es dueño del saber, y a veces hasta

cree ser dueño del paciente. Los acuerdos que deben establecer médico y paciente son los siguientes:

- Definir el problema.
- Establecer objetivos del tratamiento.
- Explicar las tareas del médico, del paciente y de la familia.
- Logro de objetivos comunes.

Los modelos explicativos del médico y del paciente acerca de un problema de salud pueden ser convergentes, lo que facilita las indicaciones y prescripciones; o divergentes, lo que hace necesario un proceso de negociación. Establecer objetivos del tratamiento se relaciona con el conocimiento de las expectativas que el paciente tiene de la consulta actual; el paciente busca a un médico que no lo trate como objeto pasivo sino que exprese interés y preocupación por su bienestar, y que lo vea como un ser autónomo con derecho a participar en las decisiones acerca del tratamiento, de su cuerpo y de su vida. El médico debe establecer claramente sus expectativas acerca de la participación del paciente en el tratamiento y saber qué está dispuesto a hacer o cambiar para mantener o recuperar su salud; esto es válido sobre todo con adultos autónomos.

Cuando se trata de enfermedades crónicas que exigen cambios de hábitos de vida no se debe ser ingenuo y pensar que la generación va a generar un cambio. Muchas veces es preciso establecer contratos específicos y hacer un seguimiento prolongado, ya que así como hay médicos autoritarios y pacientes demandantes de esa autoridad, hay pacientes dependientes que depositan en el médico la responsabilidad total por su salud y creen que frustran a éste cuando no cumplen una indicación; asimismo, los otros pacientes tienen dificultad para adoptar una actitud pasiva y tratan de mantener el mayor grado de control sobre su vida. Para cada uno de estos casos el médico debe tener una adecuada forma de respuesta y de relación.

Una vez que se ha llegado a alguna conclusión diagnóstica, el médico describe de manera clara y con lenguaje adecuado a la edad y nivel cultural de su paciente, la definición del problema, metas de tratamiento y desarrollo de cada uno, para luego dar lugar a preguntas, dudas o preocupaciones del paciente, discusión mutua y la explicación de acuerdos; en caso de no lograr un acuerdo, el médico debe flexibilizar su posición y tratar de “negociar” con el paciente. La preven-

TABLA 3. *Momentos de tensión en la EM.*

-
- Curiosidad del paciente acerca del médico.
 - Silencio.
 - Llanto.
 - Momentos de compasión.
 - Seducción.
 - Cólera.
 - Ocultaciones.
 - Negación de la enfermedad.
-

ción y promoción de la salud son actividades de gran importancia en la tarea que desarrolla el médico en cada paciente, por lo que el galeno debe contar con los atributos que faciliten el desarrollo de una RMP y una relación terapéutica, como: empatía, congruencia, respeto, confianza, honestidad y capacidad de preocuparse por el otro; la confianza debe ser mutua, al igual que la disposición para compartir el poder. La nueva RMP demanda compartir el poder y el control entre el médico y el paciente, pues tanto uno como otro deben estar dispuestos a colaborar en el proceso de cuidado de la salud.

Los problemas de los pacientes ante el médico son cada vez más complejos y multifacéticos, pues al escaso tiempo de los médicos se agrega la escasez de recursos y el apremio progresivo de energía emocional y física, así como lo abrumador de las demandas burocráticas; para sobrevivir a todo esto es necesario ser realista en cuanto a lo que el médico puede lograr con su paciente. Es a través de la consulta como se logra la comprensión de la dolencia y la enfermedad, así como el conocimiento total del paciente, y para que se pueda establecer un campo común entre médico y paciente no son obligadas las consultas de mucho tiempo, pues cuando se establece una relación cercana y de confianza entre médico y paciente se puede llegar a la raíz de los problemas con rapidez. Como no todos los problemas que lleva el paciente se exploran, se deben establecer prioridades guiándose por las principales preocupaciones del paciente y la evaluación de la gravedad potencial de los problemas; cuando la seguridad del paciente está en juego el médico debe ser más directivo. En la tabla 2 presentamos el modelo de entrevista propuesta por Cohen-Cole.

En síntesis, el paciente suele prepararse en la sala de espera, y organizará una serie de problemas que desea discutir, y el médico por su parte se prepara para estar en condiciones de atender la consulta; se prepara, asimismo, el ambiente para evitar interrupciones con el radiolocalizador o teléfono, y se vigila el mantenimiento del consultorio y muebles para ofrecer comodidad. El momento de la presentación inicial y el saludo es un instante crítico; se aconseja verificar el nombre del paciente, su pronunciación e indagar sobre su preferencia para nombrarlo; con la experiencia se adquiere intuición y aparecerán distintas formas adecuadas a cada paciente y circunstancia. No se recomienda utilizar el tuteo ni al comienzo ni de modo sistemático, ya que es una forma de trato interpersonal admisible siempre que se haya conseguido simétricamente y en un marco de respeto; es necesario atender la posible presencia de barreras que deterioran la mutua comunicación, como por ejemplo sordera, alteraciones psiquiátricas u otras de este tipo.

TABLA 4. *Actitudes del médico durante la EM en presencia de algún familiar del paciente.*

-
- Agradezca la presencia del familiar.
 - Verifique que el paciente esté cómodo con la presencia del familiar.
 - Es preferible que sea el paciente quien conteste las preguntas.
 - Pregunte las observaciones y opiniones del familiar acerca del problema.
 - Solicite, si es apropiado, la ayuda del familiar en el tratamiento.
 - Si el paciente es un adolescente acompañado de un adulto, permita un poco de tiempo de la consulta sin la presencia del adulto.
 - Manténgase imparcial.
-

En general el motivo de consulta tiene tres o cuatro razones, y para detectarlas es preciso permitir al paciente que haga una exposición sin interrupciones; habitualmente los médicos no suelen escuchar de modo completo las preocupaciones de los pacientes. Durante los minutos iniciales debe escuchárseles con atención y sólo hacer intervenciones no conductivas, o presentar algunos dispositivos lingüísticos continuadores como: ¡ah!, ¡mm!, u otros que sirvan de confirmación de que se está siendo escuchado y que invitan a continuar. El motivo que el paciente expone de la consulta muchas veces puede no ser el central; entrevistas grabadas muestran que sólo 23% de los pacientes pueden completar su párrafo de presentación sin interrupciones, pues el médico suele hacer una intervención a los 18 segundos de iniciada la EM. Si durante la consulta no se tiene la oportunidad de exponer los problemas completamente, éstos se manifiestan cuando el enfermo está a la puerta de salida; a esto se le conoce como “la pregunta del picaporte”.

Una vez escuchados los problemas deben establecerse las prioridades; muchas veces las prioridades del médico y las del paciente no son coincidentes, pues, por ejemplo, mientras el médico señala la obesidad, el paciente menciona su hipertensión arterial; hay que negociar con el paciente la lista de prioridades, y una vez establecidas hay que definir la premura con que deben tratarse y fijar una cita; la experiencia señala que 30% de los problemas enunciados por el paciente sólo son expresión de una necesidad de comunicación o de compartir con alguien –en este caso el médico– una preocupación, por lo que no se debe cometer el error de intentar arreglar todo lo escuchado en la exposición de problemas. Se deben explorar las metas y expectativas del paciente y la manera como espera ser ayudado. Una vez que tenemos los problemas que se tratarán, se inicia el desarrollo con la estructura de un relato, que incluya el padecer de carácter médico y el padecimiento actual.

Se debe evitar interrumpir el relato, y sólo intervenir para modelarlo en su claridad y detalles; la escucha debe ser atenta, activa y dispuesta a ofrecer ayuda. Debe asimismo realizarse a varios niveles y no limitarse al lenguaje verbal, así como sacar provecho de las expresiones, gestos y postura corporal, incluso de los silencios del paciente; muchas veces la comunicación no verbal genera importante información, tanto o más valiosa que el relato verbal. Tal vez durante el relato vital sea necesario hacer algunas digresiones, pero controladas, para permitir analizar la situación en el contexto y averiguar detalles de índole psicosocial que enriquecen la información.

Al estructurar la historia clínica algunos médicos se sienten intranquilos si no preguntan de un modo sistemático, mientras que otros prefieren completar la recolección de datos durante la exploración física; aquí cabe preguntarse: ¿cuándo escribir? Cuando se decida a hacerlo debe informársele al paciente para que no se sienta desatendido, sobre todo en la primera consulta.

Posteriormente será necesario informar los hallazgos y posibles diagnósticos; es preciso informar las malas noticias, usando siempre la verdad pero con tacto, ofreciendo las opciones; no se debe sobreestimar la capacidad de comprensión del paciente, y la información debe ser completa. Es vital invitarlo a que participe activamente, y cuando exista un desacuerdo deben evitarse posiciones rígidas que sólo generan y acentúan los

conflictos; siempre será necesario finalizar de acuerdo con un tiempo disponible, pues las preguntas de los últimos minutos a veces son las más importantes. Debe acordarse una fecha para la siguiente visita, para lo cual se solicita al paciente su opinión. Para finalizar de manera cordial y discreta el médico puede ponerse de pie y conducir al paciente hasta la puerta. Por último, debemos destacar que la EM tiene efecto terapéutico por sí sola ya que ofrece elementos de apoyo, congruencia y compromiso positivo e incondicional, factores que son los responsables del efecto de alivio y beneficio que se experimenta después de una consulta.

Consideraciones especiales

En este apartado se mencionan dos aspectos importantes de la EM: los momentos de tensión (tabla 3), y la presencia de un familiar (tabla 4).

Los pacientes saben que el médico es una persona con vida propia, y en cualquier momento la gran mayoría mostrará curiosidad acerca de sus circunstancias personales. Con frecuencia una respuesta directa, simple y desprovista de detalles será suficiente para satisfacer la curiosidad del paciente; hay que evitar la invasión a la vida personal, pero no transmitir la idea de que se es una persona cerrada. Como a veces nos quedamos desconcertados en los momentos de silencio y tendemos a llenarlos con algún tipo de charla no sustancial, es recomendable que cuando se produzca silencio el médico actúe con delicadeza y no forzar al paciente: tal vez sea necesario ayudarlo con una pregunta de respuesta abierta, por ejemplo ¿qué es lo que le preocupa?; el silencio, en ese caso, obedece a una causa y debe ser respetado; el lenguaje no verbal, como los movimientos de manos y expresión del rostro, ayuda al médico a interpretar la situación. Se debe aprender a estar cómodo en las situaciones de silencio.

Hay pacientes que no pueden contener el llanto; el médico lo debe respetar y dejar que lloren y superen por sí mismos el momento de aflicción; esperar a que el paciente se recupere para continuar con la EM es una buena actitud del médico. Ofrecer pañuelos desechables es un grato detalle, y así una situación de llanto bien conducida genera cordialidad en la RMP, que se hace más estrecha; el médico debe tener compasión por el paciente y no debe dudar en manifestarla. Aunque de manera abierta y directa se debe hablar acerca de cualquier circunstancia dolorosa que afecte al paciente, sin embargo las expresiones de afecto y cordialidad tienen límites, y no todo contacto físico debe interpretarse con algún componente de tipo sexual; cuando esto ocurra por parte del paciente el médico debe ofrecer una actitud serena y firme, y transmitir un mensaje claro del profesionalismo más estricto.

También es difícil afrontar las actitudes coléricas y hostiles, tanto las del paciente como de sus familiares; el médico debe abordarlas de manera abierta y preguntar acerca de la razón de su enfado; al igual que en la relación con el llanto, se debe dar al paciente o al familiar la oportunidad de expresar sus sentimientos; la técnica de pagar con la misma moneda es errónea, pues el médico jamás debe agredir u hostigar al paciente. Habremos de comprender que no todos los pacientes narran íntegramente la historia, y que en ocasiones ocultan algo de manera intencionada o inconsciente; las alteraciones mentales, la

drogadicción, el alcoholismo, incertidumbres sexuales, maltrato a infantes, etcétera, son algunas de las cosas que tal vez con frecuencia se oculten al médico; si éste tiene la sospecha de ello no se debe forzar la situación, pues en su oportunidad el médico amablemente puede comentar: “tengo la impresión de que está más preocupado de lo que me cuenta”, lo que dará otra oportunidad al paciente para una apertura y mayor confianza. Cuando los pacientes niegan la seriedad de sus enfermedades el médico nunca debe intentar forzarlos a enfrentarla, pues la decisión de cómo enfrentar la negación se debe basar en cómo es la negación adaptativa, qué clase de apoyo está disponible para el paciente y qué tan bien está preparado para luchar con los temores que subyacen a la negación.

Al entrevistar al paciente, el médico también debe pensar en la familia del individuo y, si están presentes, preguntar cómo ven los miembros de su familia el problema, acerca del impacto del problema en el desempeño de la familia, y debe discutir las implicaciones del plan de tratamiento para la familia. En la tabla 4 se presentan algunas actitudes del médico cuando el paciente acude a la EM acompañado de un familiar.

Puntos clave

A continuación se resumen algunos puntos muy importantes que el médico debe recordar durante el desarrollo de una consulta médica.

- Sea amable en el trato.
- Si el paciente lo desea, permita un acompañante.
- Garantice la comodidad física del paciente, del acompañante y la suya misma.
- Ambiente físico, clima, iluminación y temperatura adecuados.
- Ambiente tranquilo.
- Mantenga y respete la intimidad empleando dispositivos como cortina o biombo.
- Inicie la entrevista con preguntas de carácter general y francas.
- El modo de vestir y aspecto del médico es determinante.
- No fatigue al paciente pretendiendo realizar todo en una sola consulta.
- Ofrezca al paciente la oportunidad de expresar sus preocupaciones.
- No acepte diagnósticos previos.
- Precise la causa que ha llevado al paciente en busca de asistencia.
- No haga juicios de valor; el médico no es juez ni predicador.
- Sea respetuoso y reflexivo escuchando al paciente con interés.
- Oriente el discurso cuando el paciente sea muy callado o locuaz.
- Detenga el flujo de información cuando lo considere necesario.
- Los síntomas pueden deberse a múltiples causas; no se debe centrar en una posible causa con demasiada rapidez.
- No reste importancia a ningún hallazgo.
- Realice siempre una buena semiología.
- Sea cuidadoso con el lenguaje; la jerga y terminologías médicas suelen ser inadecuadas; adapte al lenguaje del paciente.
- El objetivo de la consulta es que el paciente obtenga información y la comprenda.

- Mantenga contacto visual.
- Tome apuntes rápidos, destacando palabras clave que puedan servir para reconstruir y documentar más adelante.
- Al término de la entrevista revise si hay comprensión por parte del paciente.
- Anime al paciente a preguntar.
- No hostigue ni agreda al paciente.
- Manifieste buen humor.
- En caso de discapacitados el médico debe acercarse a ellos según sus necesidades.
- Sus actitudes deben demostrar interés hacia el paciente.
- Preséntese al paciente, especificando con claridad su nombre y el papel que va a desempeñar en la consulta.
- Pronuncie correctamente el nombre del paciente; el trato personal debe ser correcto y apropiado.
- Evite hacer al paciente interrupciones prematuras.
- Evite interrupciones y distracciones.
- Recuerde que cada paciente es una persona única e irrepetible.
- Explique las indicaciones al paciente.
- Sea cuidadoso en el lenguaje (tanto verbal como no verbal).
- Evite ser paternalista.
- Sea honesto; diga la verdad y nunca mentiras piadosas.

Conclusiones

Las personas enfermas necesitan de médicos que comprendan su enfermedad, traten sus problemas médicos y los acompañen durante sus enfermedades. A pesar del agigantado progreso de la tecnología en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, los médicos en ocasiones carecen de la capacidad para reconocer la condición de sus pacientes, para extender empatía hacia los que sufren y para unirse honesta y valientemente con los pacientes en sus enfermedades.

Una medicina competente sólo en lo científico no puede ayudar al paciente a enfrentar su pérdida de salud o encontrar el significado del sufrimiento; además de la capacidad científica los médicos necesitan la de escuchar las narraciones de sus pacientes, comprender y glorificar sus significados y actuar en beneficio de ellos. Las expresiones verbales y las no verbales que surgen en el escenario del encuentro humano y técnico entre un médico y un paciente durante la consulta médica, lo ponen en el camino correcto para establecer un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo, de ahí que para el ejercicio de una medicina humana, técnica, ética y socialmente eficaz y en función de los progresos tecnológicos, parece cada vez más indispensable formar sólidamente al médico en las vertientes antropológicas y éticas de su profesión, así como entrenarlo para que domine habilidades y destrezas. Ninguna tecnología, por útil que sea, puede remplazar a un médico inteligente y hábil que emplea su capacidad intelectual y sus sentidos para comunicarse con su paciente de un modo efectivo durante la consulta médica, obteniendo

de la anamnesis y el examen físico datos para elaborar un diagnóstico certero y, en consecuencia, prescribir un tratamiento eficaz al enfermo; la mayor parte de la terapéutica es a través del médico.

En el encuentro con el médico la efectividad del tratamiento está estrechamente relacionada con la naturaleza terapéutica de la relación médico-paciente y el médico puede prometer una atención médica de calidad, una relación honesta o una presencia certera. Los expertos en comunicación médica han identificado comportamientos específicos que pueden establecer y mantener la confianza entre paciente y médico; los comportamientos clave del médico incluyen la gratitud del paciente en la visita o consulta, el interés en la evolución de la historia y la realización de exámenes, negociar un plan de tratamiento, responder a las preguntas y arreglar un seguimiento; los elementos importantes en la entrevista médica con el paciente incluyen escuchar activamente y expresar empatía.

La competencia clínica es un elemento importante de la confianza del paciente; el conocimiento médico, la habilidad en los procedimientos y la capacidad para resolver problemas son requisitos para establecer la confianza; es muy difícil establecer la confianza en ausencia de la competencia clínica.

En las dos décadas recién pasadas se ha puesto una considerable atención al papel de la comunicación interpersonal en el proceso del cuidado de la salud; en general, la literatura muestra que el mejorar la comunicación médico-paciente durante la entrevista médica afecta de manera muy importante los resultados en el cuidado de la salud, incluyendo la satisfacción y cumplimiento por parte del paciente.

Bibliografía

1. Anderson LA, De Vellis MB y De Vellis RF. "Effects of modeling on patient communication, satisfaction, and knowledge." *Medical Care* 25: 1044-1056. 1987.
2. Barsky A. "Hidden reasons some patients visit doctors." *Ann Intern Med* 94:492-498. 1981.
3. Beckman H, Markakis R, Suchman A et al. "The doctors-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions." *Arch Intern Med* 151: 1365-1370. 1994.
4. Bertakis KD. "The communication of information from physician to patient: A method for increasing patient retention and satisfaction." *J Fam Pract* 5:217-222. 1977.
5. Bertakis KD, Roter D y Putnam SM. "The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction." *J Fam Pract* 32:175-181. 1991.
6. Charon R. "Narrative Medicine. A model for empathy, reflection, profession, and trust." *JAMA* 286(15):1897-1902.2001.
7. Charon R. "Narrative Medicine: Form, function, and ethics." *Ann Intern Med* 134:83-87. 2001.
8. Charon R. "Medicine, the novel, and the passage of time." *Ann Intern Med* 132:63-68. 2000.
9. Charon R, Banks JT, Connelly JE et al. "Literature and medicine: Contributions to clinical practice." *Ann Intern Med* 122:599-606. 1995.
10. Cole SA y Bird J. *The medical interview: The three function approach*. St. Louis, MO. Harcourt Health Sciences. 2000.
11. Cruess RL y Cruess SR. "Teaching medicine as a profession in the service of healing." *Acad Med* 72:941-952. 1997.
12. Erraker SA, Kirscht Jp y Becker MH. "Understanding and improving patient compliance." *Ann Intern Med* 108:258-268. 1984.
13. Feldman DS, Novack DH y Gracelv E. "Effects of managed care on physician-patient relationships, quality of care, and the ethical practice of medicine." *Arch Intern Med* 158:1626-1632. 1998.

14. Gask L y Usherwood T. "The consultation." *BMJ*324:1567-1569. 2002.
15. Gilewski T. "The subtle power of compassion." *JAMA* 286(24):3052-3053.2001.
16. Hurwitz B. "Narrative and the practice of medicine." *Lancet* 356:2086-2089.2000.
17. Laine C y Davidoff F. "Patient-centered medicine: A professional evolution." *JAMA* 275:152-156. 1996.
18. Lamberg L. "Patient-Physician Relationship Critical Even During Brief 'Medication Checks.'" *JAMA* 284(1):29-31. 2000.
19. Li JTC. "Hope and the medical encounter." *Mayo Clin Proc* 75:765-767. 2000.
20. Li JTC. "The patient-physician relationship: Covenant or contract?" *Mayo Clin Proc* 71 :91 7 -918. 1996.
21. Li JTC. "The physicians as advocate." *Mayo Clin Proc* 73:1022-1024. 1998.
22. Lipkin M, Putnam S y Lazare A (eds.). *The Medical Interview: Clinical Care, Education, and Research*. Nueva York. Springer-Verlag. 1995.
23. Maxmin JS. "Do we hear our patients? And would a patient's page help?" *BMJ* 324:684. 2002.
24. Novack D, Volk G, Drossman A y Lipkin M. "Medical interviewing and interpersonal skills teaching in US Medical Schools. Progress, problems, and promise." *JAMA* 269(16):2101-2105.1993.
25. Robinson JD. "Getting down to business. Talk, Gaze, and Body orientation during openings of doctor-patient consultations." *Human Communications Research* 25(1):97-123. 1998.
26. Rothman D. "Medical professionalism: Focusing on the real issues." *N Engl J Med* 342:1284-1286. 2000.
27. Savage R Y Armstrong D. "Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: A controlled study." *BMJ*301:968-970. 1990.
28. Smith R, Hiatt H y Berwick D. "A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care: a working draft from the Tavistock group." *Ann Intern Med* 130:143-147. 1999.
29. Smith R, Lyles J, Mettler J et al. "The effectiveness of intensive training for residents in interviewing: A randomized controlled study." *Ann Intern Med* 15:118-126. 1998.
30. Socha MD y Cegala DJ. "Patient communication skills training for improved communication competence in the primary care medical consultation." *JACR* 26:412-430. 1998.
31. Suchman M y Dales M. "What makes the patient-doctors relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of medical care." *Ann Intern Med* 108:125-130. 1988.
32. Thom DH, Bloch DA y Segal ES. "Stanford Trust Study Physicians Group. An intervention to increase patients' trust in their physicians." *Acad Med* 74: 195-198. 1999.
33. Usherwood T. *Understanding the consultation*. Milton Keynes. Open University Press. 1999.
34. Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW y Emanuel LL. "Medical professionalism in society." *N Engl J Med* 341 :612-616. 1999.



Gabirol®



La relación médico-paciente, clave en la innovación

Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones

Resumen

La interacción que se realiza entre el médico y el paciente denota un vínculo de esencia humana, el cual lleva implícito necesitar de los demás para satisfacer una necesidad o deseos, los cuales son más pronunciados cuando se ve comprometida la salud.

Podemos considerar la relación médico-paciente como una interacción social en donde participan ideas, así como sentimientos y afinidades que permanecen ocultas, sin expresarse, y terminan por aflorar al requerir la ayuda solicitada.

Muchos pacientes buscan el auxilio del médico, en gran medida más por contar con una compañía o un confidente, que por la existencia real de una afección de su condición de salud. La explicación de los sentimientos que aparecen durante dicha interacción es muy diversa: hay angustia por el temor a la enfermedad, a la presencia de invalidez, al riesgo de morir; y en sí a todo lo que implica tener que posponer o no poder realizar todo un proyecto de vida, sin olvidar a la tristeza misma y soledad que causa el sufrimiento.

Las habilidades de comunicación con las que debe contar el médico resultan fundamentales en el ejercicio de la práctica clínica cotidiana, ya que le permiten cumplir de manera satisfactoria su rol dentro de esta interacción. Es una realidad que una buena relación conlleva un buen diagnóstico, vislumbrando una explicación comprensible de las causas de la enfermedad, asimismo a la propuesta de un tratamiento y el compromiso del seguimiento del mismo.

Introducción

A 38 años de distancia, la declaración de Alma Ata nos trae la frescura de la más firme resolución para esforzarnos en la lucha por un sistema eficiente y efectivo de “Salud para Todos”. Recordemos parte del pronunciamiento: “La salud es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población es política, social y económicamente, inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países. El pueblo tiene el derecho

y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”.

El acto médico siempre será un acto social, aun cuando esté considerado su aspecto más científico; es así que las enfermedades, además de su componente biológico, seguirán siendo acontecimientos contruidos, reproducidos y perpetuados socialmente mediante la conversación. Es a través de esta interacción que se va adquiriendo un significado, contexto y perspectiva a la demanda de atención del paciente.

La práctica clínica nos muestra que los diferentes episodios de enfermedad constituyen verdaderos hitos en la vida de los pacientes, los cuales destacan en sus relatos. Acontecimientos que han marcado una huella en sus vidas son utilizados en sus narraciones, matrimonio, nacimiento de hijos, acontecimientos quirúrgicos, pérdida de algún familiar. Depurar la información vertida durante la interacción con el paciente es tarea del médico, y obtener los datos que sean de relevancia para el cuadro clínico que presenta al momento de solicitar la atención médica.

La elaboración de una historia clínica por parte del médico, le otorga el rol de confidente, biógrafo, historiador o etnógrafo, para lo cual se requiere entender diferentes aspectos psicológicos, sociales, biológicos y físicos del paciente. Si bien en la actualidad existen importantes avances tecnológicos de aplicación a la investigación, diagnóstico y tratamiento de las patologías que presentan los pacientes. Continúa siendo una necesidad saber escuchar con atención el relato que los pacientes hacen acerca de su afección que es el motivo de consulta.

Debe quedar muy claro que no hay ninguna incompatibilidad entre saber apreciar y valorar los relatos y narraciones de la experiencia de enfermar de un paciente, y la utilización del buen juicio clínico del médico, con la aplicación de los conocimientos médicos.

La realidad en la que el médico debe trabajar, en la que tiene que basar su ejercicio profesional, es lo que el paciente expresa en su sentir, y cuando la realidad no coincide con lo establecido mediante la medicina científica, teniendo que considerar la realidad que expresa el paciente en primer término y los aspectos teóricos en un papel secundario.

La medicina científica cura algunas veces pero con frecuencia solo puede aliviar los síntomas, especialmente en los casos de enfermedades crónicas; y cuando esto ocurre, cuando no hay curación ni explicación científica del sufrimiento, entonces es necesario construir un relato de fortaleza y supervivencia.

Cuando Freud inició sus trabajos sobre el inconsciente, que posteriormente conformarían la teoría del psicoanálisis, se sorprendió porque sus descripciones clínicas tenían ciertas características de relato de novela, mientras él se esforzaba por darle a su trabajo un carácter científico; concluyó posteriormente que la responsable no era su intención sino la naturaleza misma del tema. Ahora se puede comprender que el paciente trae al médico un relato de manera incompleta e incomprensible, pero reconstruyendo el aspecto inconsciente que hay en el fondo de la historia el psico-análisis puede llenar el vacío, aclarar la confusión y hacer un relato coherente.

Las personas con alguna afección en su salud, portadoras de enfermedades crónicas; y de manera especial aquellas con enfermedades crónico degenerativas, y más aún las

malignas de mal pronóstico, con frecuencia manifiestan el deseo de que sus médicos les acompañen durante esa etapa final de sus vidas. Ante el temor de una evidencia de cercanía a la muerte, consideran esa una labor propia que el médico debe ejercer, gratificando con su compañía al paciente afectado.

El relato que hace un paciente no considera únicamente una experiencia individual, sino que a la vez permite encontrar interacciones sociales, modelos, hábitos, creencias y costumbres del entorno del mismo, parte de la cultura de una comunidad, una sociedad y a la vez de una nación.

La demora en la atención médica, el empleo de medicina alternativa; así como la automedicación, resultan condiciones frecuentes a las cuales se enfrenta el médico durante su práctica cotidiana. Resulta fundamental considerar las habilidades de comunicación con las que el personal de la salud debe contar, y aplicar con las diferentes personalidades y característica de los pacientes que demandan atención médica, ya que este voto de confianza depositado resulta fundamental para la integración de un diagnóstico veraz y con ello un tratamiento oportuno.

Muchas de las veces esta relación se encuentra frágil, en un entorno de paciente vulnerable, angustiado, deprimido con nula asertividad, que atraviesa una situación de ausencia de colaboración; y de esta forma la relación se encuentra comprometida. Desde una perspectiva bioética, los diferentes modelos como el utilitarista, ontologista, personalista, etcétera, tienen aplicación; sin embargo muchas de las veces son un verdadero reto en la integración diagnóstica y terapéutica.

Para comprender la relevancia del proceso, es necesario definir la hermenéutica como el estudio de la interpretación, la cual tiene aplicación en el ámbito de los temas de ficción, sueños, percepciones e historias de vida, así como de las experiencias de enfermar.

El filósofo norteamericano Drew Leder (1990), afirma que si se reconoce la naturaleza interpretativa del entendimiento clínico, no se puede aceptar el concepto de objetividad pura, puesto que las posibilidades interpretativas implican subjetividad, ambigüedad y espacio para el desacuerdo. Pero aceptar los aspectos personales y subjetivos del juicio clínico no significa que se esté equiparando con una anarquía relativista, ya que todas las interpretaciones de un evento clínico no son igualmente válidas. Además, tanto la hermenéutica del mundo literario como la que se aplica al estudio de las entrevistas clínicas, es una disciplina estructurada, con métodos docentes, normas de explicación y vías para llegar a una validación consensuada.

Relación médico-paciente a través del tiempo

La relación médico-paciente se caracteriza por adoptar modalidades diferentes en las distintas épocas históricas, y según las condiciones socio-económicas y políticas del momento, en diferentes culturas y áreas geográficas. Pero algo que prevalece siempre es la existencia de esa relación, que resulta única en la base fundamental del encuentro ocasional de dos personas en función de lograr como objetivo la salud del enfermo.

Las modalidades de la relación médico-paciente, adecuadas o inadecuadas, completas o incompletas, son diferentes de acuerdo al tipo de relación; es exclusivamente humanitaria y de misericordia, como en la medicina que se practicaba en los antiguos hospitales de caridad; o si se trata de una relación fundamentalmente académica o universitaria, en que prevalece la necesidad de adquirir por parte del médico el conocimiento científico, apoyado muchas veces en excesos de técnica. Es también diferente si la tecnología del profesional predomina sobre todos los demás aspectos de la relación, y la modifica negativamente si transforma al paciente únicamente en un objeto de estudio y ensayo. Es también distinta cuando se intenta establecer la relación sobre un trasfondo de sistemas contractuales, en los cuales la intervención de un tercer elemento, el asegurador, modifica los términos y las circunstancias de una buena relación, lo que es cada vez más evidente en los sistemas de medicina pre-pagada de la actualidad y en razón a las disposiciones legales que bajo el término de “mala práctica”, ponen en guardia al médico en su ejercicio profesional.

El mundo occidental del que formamos parte es heredero cultural de sociedades ya desaparecidas que nos legaron concepciones filosóficas y religiosas, disposiciones jurídicas, formas de arte y maneras de pensar, que depuradas a través del tiempo, mezcladas con múltiples concepciones y adicionadas por nuevas ideas que en bien o en mal sentido las han modificado, constituyen la estructura vital de nuestras sociedades actuales.

En el área de la salud, y concretamente en la relación médico-paciente, se revelan huellas de muy diversas concepciones y formas de actuar del pasado, que aún en nuestro tiempo conservan una cierta vigencia. En civilizaciones de la antigüedad, como la griega, se distinguía ya entre los médicos de esclavos y los médicos de hombres libres, que en nuestros días se encuentra representada por la diferencia que se establece entre los médicos de ricos y los médicos de pobres; o entre médicos de práctica privada y médicos de diversas formas de seguridad social o medicina de prepago. La existencia de esta doble modalidad del ejercicio médico era lógico que existiera en la sociedad esclavista de la antigua Grecia, dadas las condiciones socio-económicas y políticas de la época pero, como puede constatar, denota una disfunción de la relación médica con las clases sociales más bajas, y por tanto desprotegidas. Alguna semejanza con la relación vigente en la práctica médica de nuestros días es fácilmente comparable.

Si bien es cierto que en el curso de las últimas décadas se han venido presentando cambios importantes en el ejercicio de la profesión médica que influyen en la relación médico-paciente, el aspecto humano, no ha sido el único en presentar una transformación.

El desarrollo impresionante de la tecnología médica y la ampliación de todos los conocimientos, hace que el profesional de nuestra época se vea precisado a solicitar la ayuda técnica de sus colegas para el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes; esto es especialmente evidente y en ocasiones dramático en el caso de pacientes graves o complicados que necesitan de una atención altamente especializada en las unidades de cuidado intensivo.

No podemos dejar pasar por alto mencionar que el costo de la asistencia médica de ese tipo de enfermos es considerable y por fuera de los presupuestos de salud de una persona de bajos recursos. Esto ha conducido al desarrollo de sistemas de atención médica de modalidades diferentes, generalmente agrupadas bajo el nombre de Sistemas de Medicina Prepagada.

En ellas el paciente es más consciente de su derecho a ser asistido y el médico menos libre en el ejercicio de una medicina antiguamente llamada liberal. Estas nuevas situaciones se reflejan en la modalidad de la relación médico-paciente de los tiempos actuales, tal como otras diversas, en otros tiempos, se reflejaron en la relación médica al superarse la esclavitud, al minimizarse el sentido mágico de la medicina, al desarrollarse el método experimental y la medicina científica, al establecerse la medicina privada y las modernas concepciones psicoanalíticas y finalmente al implantarse la socialización de la medicina.

Importancia de la innovación en la relación médico-paciente

Para lograr que la relación médico-paciente mantenga un vínculo de la mejor manera posible, tanto médicos como pacientes deben estar conscientes que tienen deberes que cumplir. Del lado del paciente, sus obligaciones para con el médico se sintetizan en tres: lealtad en la información que le suministra sobre la enfermedad, confianza en la pericia médica del profesional y, por ende, obediencia a sus prescripciones; y finalmente distancia, la afectuosa distancia que evitará que la confianza y la amistad dejen de ser transferencia útil y se truequen en transferencia perniciosa.

En lo que respecta al médico, sus obligaciones para con el paciente se sintetizan en el cumplimiento de la regla de oro del arte de curar; dicho de otra manera, la búsqueda del objetivo fundamental: bienestar del paciente. Para conseguirlo es una realidad que no basta simplemente poseer ciertas habilidades y destrezas adecuadas y la existencia de conocimientos ampliados por desarrollos técnicos suficientes, sino que es fundamental dedique su tiempo, concentración y esfuerzo biológico, psicológico y social a establecer una ruta crítica que culmine en el establecimiento de un diagnóstico confiable, y con ello la instauración de un adecuado tratamiento que traduzca una efectiva recuperación de la salud.

La tecnificación en la medicina también supone una interferencia en el binomio médico-paciente y coloca a la tecnología entre ambos, lo que determina una relación médico-máquina-paciente. Ésta, a su vez, tiene dos vertientes muy claras: la del médico-máquina, en la que el médico deposita toda su confianza en sus aparatos y la del paciente-máquina, en la que el paciente supone que la tecnología es infalible y no acepta el error humano.

De esta manera, la atención médica queda convertida en un servicio técnico más, que incluso puede obtenerse fuera del consultorio médico, aprovechando el avance tecnológico en el campo de la informática. Resulta elocuente que 23% de los internautas europeos utiliza la cibernética para obtener información de su salud. Podría pensarse que esta interferencia tecnológica en la relación médico-paciente es el razonable precio que debe pagarse a cambio del mejoramiento en la calidad de vida. No debemos olvidar que si bien existen beneficios claros del desarrollo tecnológico, no todos son beneficiados ya que hay grupos carentes del acceso o limitados por la tecnología.

El avance ya es claro en varios países donde se desarrolla el uso de un microchip inteligente (12x2.6 mm) de salud, en el cual se dispone de forma integral del expediente clínico, (notas, laboratorios, estudios de laboratorio y gabinete, etcétera), al cual el médico cuenta con acceso completo al momento de ser consultado por un paciente, y

cada vez que solicita atención médica se genera una actualización. La tecnología además permitiría la localización de un paciente vía satelital, situación que sería de gran ayuda en situaciones de emergencia.

La unificación de la información y la concentración de la información vertida por los diferentes especialistas que intervienen en la atención de un paciente es un reto que sin embargo es punto de controversia al tratar aspectos éticos, sobre el secreto profesional y acerca del derecho a la privacidad del paciente.

En el diario acontecer resulta cada vez más frecuente la necesidad de contar con una gran diversidad de conocimientos en el campo de la medicina, lo cual repercute en la imposibilidad de que el médico domine todas las materias de especialización y sub especialización, teniendo que ejercer en un limitado campo del ejercicio médico. Es así como la falta de especialización en la actualidad resulta una condición imprescindible para todo aquel que ejerce una medicina. Por mencionar algunos datos de relevancia en Estados Unidos, a finales del siglo XIX, todos eran prácticamente médicos generales, en 1925 y exclusivamente 25% eran médicos especialistas; en 1969 esta cifra había aumentado a 75% y esta cifra es mayor a 90% en la actualidad. Si el concepto señala que el gran especialista es el que sabe más, aunque de menos cosas, tendría que aceptarse que el mejor especialista es el que sabe todo, pero de nada. Esta ineludible división del que hacer médico interfiere también, en este caso por omisión, con la relación médico paciente, que puede llegar a limitarse a una relación médico-órgano.

En nuestros días hay que estar consciente de que no existe el modelo de médico que la sociedad añora, el médico familiar o general, el médico de corte hipocrático que, aunque paternalista, es poseedor de conocimientos, de experiencia clínica y también de responsabilidades y afectos. Ese médico se ha ido extinguiendo y sólo se le encuentra en localidades pequeñas, lejos de las instituciones y de la gran tecnología. No suele ser un médico prestigioso ni de vanguardia y generalmente es menospreciado por la misma colectividad médica. Pero el médico exitoso, elogiado por sus colegas, tampoco satisface en su totalidad porque, deslumbrado por la tecnología, centrada su atención en los conocimientos particulares de su especialidad, afronta la enfermedad como un reto académico y convierte al enfermo en un mero objeto de estudio, lo que contribuye a deshumanizar o impersonalizar dicha relación. No debe olvidarse la gran importancia que la comunicación adquiere en la relación médico-paciente.

La comunicación es un proceso compartido, donde existe un trasmisor y un receptor, y cuyo objetivo es transferir la información del uno al otro para su comprensión, a través de expresiones verbales y no verbales; ambas son igual de importantes. Sin embargo, el médico actual, con falta de tiempo o con incapacidad para comunicarse con su paciente ha dejado de considerarla como un componente básico de su arsenal terapéutico. Como ejemplo puede citarse la historia clínica que, recurrentemente ensalzada en todos los trabajos académicos como herramienta básica, se ha convertido en la práctica en un mero trámite de rutina, al que no se concede ninguna importancia. Se le ha sustituido, en muchos casos, por un formato de preguntas dicotómicas (con respuestas de sí o no) que, en algunas ocasiones, llena el propio paciente en la sala de espera. ¿Dónde queda la

sagacidad del médico al dirigir intencionalmente su interrogatorio y dónde su capacidad para llevarlo a cabo? Aquí, la relación médico-paciente ha sido también interferida por una incomunicación médico-paciente. No hay mucha diferencia entre este tipo de comunicación y el diálogo con una contestadora automática en una llamada telefónica o el que se da en la transacción de un cajero automático.

Perspectivas de la relación médico-paciente

Es necesario aceptar que en nuestros días la clásica relación médico-paciente, debido a sus múltiples interacciones ha sufrido una gran transformación, tornándose muy frágil. Resulta muy complicado considerar si evolucionará para ganar en el campo humanístico o, más aún, continuar hacia la total despersonalización. Algunos autores consideran que la solución del problema debe tener implícitos mecanismos legales que equilibren los valores propios de la medicina así como la honorabilidad de los médicos y, por otra parte, los derechos y deberes de los pacientes.

Resulta conveniente mencionar que los mecanismos legales por sí mismos nunca serán suficientes, siendo necesario adicionar procesos de una convicción personal y toma de conciencia colectiva.

En la formación de los médicos se hace énfasis en la adquisición de múltiples conocimientos científicos, sin embargo las acciones humanistas también deber prevalecer en su formación. Aspectos como los cambios políticos, demográficos, sociales y económicos deben ser considerados dentro del programa nacional de salud.

Si bien es necesario realizar modificaciones de los planes y programas de estudio de las diferentes escuelas y universidades, contando con el apoyo de las diferentes instituciones de salud, encabezadas por la propia secretaría como órgano rector, la sociedad misma debe transformarse dentro de esta estructura y aceptar su responsabilidad en la educación de la sociedad, promoviendo la recuperación de los valores humanos. La consideramos de antemano una tarea de gran magnitud y relevancia, y reconocemos que no es tarea fácil el rescatar los principios de la relación médico-paciente, así como los de la sociedad en general, los cuales serán fundamentales en los albores del ejercicio de la medicina en el siglo XXI.

Conclusiones

Para que el médico continúe ocupando el lugar en que la sociedad ha depositado su confianza, y llevar a cabo el cumplimiento del compromiso en el que la gente que nos confía su vida y la de sus familiares, es necesario que sigamos realizando nuestra labor, día con día, cada vez mejor; no únicamente en la parte técnica de los distintos procesos, sino en el ámbito humano que es lo que nos ha distinguido y caracterizado como especie a través de los tiempos.

Bibliografía

1. Lifschitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. 2a ed. México: Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Medicina/IMSS, 2000; p: 105.

2. Lifschitz A, Andrade MG, Juárez NL. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico paciente. México: Prado, 2005; pp: 324.
3. Pérez Tamayo R. De la magia primitiva a la medicina moderna. México: Fondo de Cultura Económica, 1997; p: 12.
4. Inglis B. Historia de la medicina. España: Grijalbo, 1968; pp: 39-40.
5. Lifschitz A, Andrade MG, Juárez NL. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico paciente. México: Prado, 2005; pp: 332.
6. Goic A. El fin de la medicina. Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda., 2000; pp: 149.
7. Tena C, Sánchez J. Medicina asertiva. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico paciente. México: Prado, 2005; pp: 411.
8. Lifschitz A, Andrade MG, Juárez ML. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado, 2005; pp: 325.
9. Popova M, Mahuina E. Impacto de los medios informativos en la relación médico paciente. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado, 2005; pp: 340.
10. Popova M, Mahuina E. Impacto de los medios informativos en la relación médico-paciente. En: Tena C, Hernández F, editores. La comunicación humana en la relación médico-paciente. México: Prado, 2005; pp: 346.
11. Reiser SJ. La medicina y el imperio de la tecnología. México: Fondo de Cultura Económica, 1990; pp: 172.
12. Goic A. El fin de la medicina. Chile: Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2000; p: 178.
13. Karchmer S. La educación médica para el siglo XXI: una aproximación al problema. Ginecol Obstet Mex 2005; 73:265-81.
14. Ruiz JR. Las tendencias actuales de la medicina. Revista de Médica Sur 2005; 12:196-200.
15. Casasbuenas L: La entrevista médico-paciente: perspectiva del análisis pragmático-discursivo. Universidad Autónoma de Barcelona 2007.
16. Drew P, Heritage J. "Analyzing talk at work", en: Talk at Work: Interaction in institutional settings" New York, Cambridge University Press, 1992.
17. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata. 6-12, Septiembre, 1978.
18. Montaner M., Soler E. La relación con el paciente desde la perspectiva personalista. Saber comunicar, un imperativo ético. Cuadernos de Bioética. XXIII, México, 2012.
19. Narro J, Rodríguez, J, Viesca C, Abreu Luis. Ética y Salud. Retos y reflexiones. Gaceta Med de Mex Vol 140 No.6, 2004.
20. Casasbuenas L: La entrevista médico-paciente: perspectiva del análisis pragmático-discursivo. Universidad Autónoma de Barcelona 2007.
21. Ruiz JR La relación médico-paciente ¿una realidad olvidada? Ginecol Obstet Mex 2006; 74:429-34.



¿Cómo decir bien las malas noticias en medicina?

Dr. Ángel Ignacio León Paoletti, Dr. José Francisco González Martínez

Resumen

SIN DUDA EL DIAGNÓSTICO de alguna enfermedad crónica o terminal, por ejemplo sida, cáncer, etc., e informarlo al paciente, es una experiencia que moviliza tanto al equipo de salud como al paciente y sus allegados, pues plantea temores y cuestiones en la mente del paciente y sus familiares, circunstancia que corresponde aclarar al equipo profesional, y requiere de una atención permanente y continua que no termina con una entrevista.

Comunicar malas noticias (MN) debe ser planteado con la suficiente experiencia y competencia para abordar el tema desde un punto de vista integral, es decir, biopsicosocial, consiguiendo toda la colaboración que se requiere para tal fin. En la comunicación de malas noticias se plantea una serie de problemas de difícil abordaje: la sensación de impotencia por un lado y, por otro, la pérdida de control personal que coarta toda posibilidad de proyección futura para el paciente; por otra parte, el miedo a la mutilación y al dolor es una importante fuente de angustia, así como la separación de los seres queridos, ya sea real o hipotética, lo que provoca una sensación de vacío y soledad, pues el miedo al abandono por familiares y amigos es preocupante. Todas estas reacciones son las que, de una manera u otra, pueden estar eficazmente atendidas por un cuerpo de profesionales familiarizados con el hecho de informar malas noticias; esto constituye un reto a la capacidad profesional para resolver con solvencia una situación muy compleja asociada a mitos difíciles de desterrar y áreas asociadas a conductas controvertidas. En un marco de realidad, el enfoque debe ser de una prudente actitud positiva y optimista para evitar agregar depresión o ansiedad al paciente. El apoyo del equipo de salud mental debe participar activamente en beneficio de la calidad de vida y para desarrollar la actitud positiva del paciente.

Introducción

En los últimos años la mentalidad ha cambiado mucho a propósito de la información suministrada al paciente sobre su diagnóstico, tratamiento y la evolución de su enfermedad; la relación entre los profesionales de salud y los enfermos se basa, cada vez con mayor frecuencia, sobre el consentimiento informado en torno a los exámenes y trata-

mientos. En tiempos pasados hemos vivido en un ambiente de paternalismo por parte de familiares y profesionales, en el que ambos preferían ocultar al enfermo su situación, pensando que esto era lo mejor para él; hoy este esquema es cada vez menos válido y los códigos éticos y legales abogan cada vez más por la autonomía de los enfermos; estamos en un periodo que nos obliga a adaptarnos a la nueva situación. Esta situación del derecho a la información del paciente es reconocida, en general, mientras éste pueda todavía beneficiarse de un tratamiento curativo, pues, en efecto, una buena información permite al enfermo colaborar más y mejor en los tratamientos y luchar con más fuerza contra la enfermedad y sus consecuencias.

En los casos en que, sin embargo, no podamos ofrecer al enfermo un tratamiento con intención curativa, las cosas cambian, y mucho. Cuando una persona es alcanzada por una enfermedad para la cual no disponemos de tratamiento eficaz alguno y podemos suponer que va a terminar con su vida, se crea en la relación médico-paciente una situación muy comprometida y, con frecuencia, muy difícil de resolver, ya que considerándose la muerte como un fracaso terapéutico, siempre es difícil anunciar una mala noticia. Comunicar a un enfermo un éxito quirúrgico o la curación de una enfermedad siempre es agradable para el profesional y para el ahora ex enfermo y su familia, pero anunciar un fracaso, una recidiva o una progresión irreversible, es siempre difícil y desagradable.

En efecto, que el médico deba comunicar a su enfermo que no va a poder curar su enfermedad, supone uno de los actos más sublimes de la práctica médica y tal vez el más difícil. De esta manera, el médico se encuentra solo y desprovisto de recursos para hacer frente a tan delicada situación.

¿Por qué nos preocupa cómo dar bien las malas noticias?

Dar malas noticias es una práctica muy frecuente en nuestra profesión, y cada vez lo es más. Los médicos internistas y los médicos geriatras que nos dedicamos a la revisión y tratamiento cotidiano de enfermos de edad avanzada o con enfermedades crónicas, casi a diario nos vemos en la situación de informar a un paciente que padece una enfermedad crónica o, sin ser crónica, una enfermedad de mal pronóstico; éstos son sólo dos ejemplos de la frecuencia con la que hay que dar las malas noticias en la consulta.

A los médicos no nos han formado en el área de la comunicación; nuestras Escuelas y Facultades de medicina y enfermería han contemplado el binomio salud-enfermedad desde una perspectiva totalmente biológica y, por tanto, se ha desatendido la formación en esta habilidad de comunicar. Lamentable es que, en los tiempos que corren, los profesionales no reciban durante su etapa de formación universitaria ninguna orientación en este sentido; nuestras Facultades de medicina consideran hoy en día cumplida su misión cuando acaso logran hacer del estudiante un buen técnico. Muchas veces resulta totalmente inútil intentar encontrar en los libros de texto de medicina (los escritos en México e incorporados a nuestros centros de enseñanza superior) cualquier tipo de orientación teórica o doctrinal, basada en la propia experiencia de sus autores o de nuestros

catedráticos y profesores, que pueda servir como norma de conducta, guía o referencia; parece que estos aspectos de nuestra humana relación con el enfermo no mencionan lo de plantearle el tema de un diagnóstico mortal, como si se rebasara con ello el campo de la medicina y por eso quedaron relegados para que como tarea los aborden los humanistas, no siempre considerados con el debido respeto. Así pues, se establece en la práctica una separación que separa en un campo lo técnico-científico y, en otro, los valores humanos, sin apenas dejar pauta para uno que otro solitario puente entre ambos.

Ser poco hábiles al dar malas noticias puede generar un sufrimiento adicional e innecesario en la persona que las recibe, y un deterioro en la relación médico-paciente posterior a la información emitida. Es muy frecuente que se genere ansiedad, soledad y depresión en el paciente que ha recibido las malas noticias cuando el médico no supo comunicarlo de la manera adecuada; de hecho hay informes en que se menciona que el paciente se suicidó poco después de recibir las malas noticias de parte de su médico de cabecera. En la comunicación del diagnóstico es esencial individualizar y considerar algunos elementos o variables que pueden servir de orientación para ser más o menos explícitos al momento de brindar la información al enfermo, así como para determinar la necesidad de diseñar estrategias complementarias de soporte. Cuando un médico se encuentre ante la necesidad de informar a un enfermo su afección, le será muy útil aplicar criterios con humanismo, incluyendo respeto y dignidad.

Saber manejar las malas noticias puede disminuir el efecto emocional al momento de ser informado, permitiendo al paciente asimilar poco a poco la nueva realidad y, a la vez, afirmar la relación médico-paciente; los médicos cada vez hablamos y escuchamos menos a los enfermos, y los enfermos, sobre todo los graves e incurables, necesitan de la palabra comfortable y de ser escuchados por su médico, quien olvida con mucha frecuencia que el diálogo es uno de los mejores instrumentos diagnósticos y terapéuticos, no reemplazables por ningún aparato. El médico actual ya no tiene idea del poder de la palabra, pues hoy en día el médico cree más en el poder de la química; es él quien habitualmente aporta más en el momento de decidir acerca de qué se dice y de cómo se dice, por una razón muy simple: el médico es quien primero conoce el diagnóstico y quien está profesionalmente capacitado para poder aventurar un pronóstico. Por otra parte, cada médico tiene su propia filosofía al respecto, su sistema de creencias y su enorme experiencia acumulada, subconscientemente manejada en muchos casos.

Saber dar las malas noticias a nuestros pacientes disminuye nuestro nivel de ansiedad como profesionales en situaciones difíciles, y aumenta nuestro nivel de satisfacción. Es comprensible que le resulte difícil a un médico decir las malas noticias o simplemente decir la verdad; y las razones pueden ser las mismas que llevan a practicar el encarnizamiento terapéutico o a ver la eutanasia como un camino posible; decir la verdad es confesar la propia fragilidad y reconocer ante la muerte cercana de otra persona que también yo, como él, estoy destinado al mismo desenlace; el miedo a la muerte es el que en definitiva nos hace mentir, nos empuja al encarnizamiento terapéutico o a la precipitación.

Aunque no siempre es fácil decir la verdad, esto no implica que sea necesario mentir; la verdad, aunque verdad, no siempre y en cualquier lugar es oportuno o necesario decirla;

no importa cómo se logre, siempre se podrá permanecer callado o no decir nada; pero nunca mentir. Es difícil, muy difícil, comenzar a decir la verdad cuando nunca se ha dicho, y así romper la cadena de mentiras, porque mientras más se mienta más propenso se está a hacerlo; saber cómo decir la verdad en todo momento es un estilo de vida.

¿Qué son las malas noticias?

Es difícil encontrar una definición que refleje todas las situaciones que puedan abarcar las *malas noticias* de tipo médico. Generalmente los profesionales de la salud tendemos a destacar lo que es importante para nosotros y no lo que consideramos banal, pero con frecuencia sucede que aquello que nosotros ponderamos como banal el paciente o sus familiares lo consideran muy importante, incluso más que la enfermedad que lo podría llevar a la muerte; en nuestra opinión, la categoría de *malas noticias* debe ser otorgada fundamentalmente por quien lo sufre y, en ese sentido, las podemos definir como aquellas que modifican radical y negativamente la idea que el enfermo tiene de su porvenir. La fuerza de la impresión recibida por el enfermo dependerá, entonces, de la disparidad entre las esperanzas del individuo, incluidas las expectativas del futuro, y la realidad médica; es decir, el grado de maldad de las *malas noticias* no siempre es igual, pues hay algunas que son “más malas” que otras.

El diagnóstico de una enfermedad crónica, por ejemplo diabetes mellitus o hipertensión arterial sistémica, afecta toda la vida del paciente y la de sus familiares, sus hábitos alimenticios más interiorizados, su vida de relación, e incluso puede afectar a su situación laboral. Decir a un paciente: “Usted tiene diabetes mellitus”, en definitiva es una mala noticia porque le obliga a cambiar determinados aspectos de su vida cotidiana y afecta su futuro, además de que le reubica socialmente como un “enfermo”. Hoy en día ningún médico dudaría en comunicarle tal noticia a su paciente, una vez hecho el diagnóstico, ya que este tipo de malas noticias ahora se puede dar en tales términos que es posible realizar prevención y control de la enfermedad, y sus complicaciones. Los profesionales de la salud no dudamos sobre si hemos de informar de un diagnóstico nuevo de HTAS, diabetes o cirrosis, porque de ello deriva una serie de medidas y cuidados, así como el cambio de hábitos y tratamientos farmacológicos que ayudarán al paciente a vivir mejor con su enfermedad, a aminorar la progresión del proceso disminuyendo las posibles repercusiones que la enfermedad pudiese generar. Así pues, en enfermedades crónicas informamos y ofrecemos atención posterior a la información de las malas noticias convertidas en diagnóstico y, en algunos casos, el seguimiento está debidamente organizado en protocolos.

Tampoco dudamos en informar del diagnóstico de VIH positivo a una persona, aunque en este caso el seguimiento posterior lo ofreceremos en función de nuestra habilidad para ello, y no según lo requiera el paciente; al aumentar la carga emocional que puede implicar un problema, nuestro seguimiento posterior se va diluyendo, aunque debiera ser lo contrario. En el caso de enfermedades crónicas con pronóstico vital pobre, es cuando nos surge la duda de informar o no. El entorno del paciente, entorno que hasta ahora no

se había definido en este aspecto, decide y, en muchas ocasiones, se proclama propietario de la información para hacer con ella lo que más beneficie al enfermo; es en estas situaciones tan importantes para la vida cuando al enfermo se le deja sin información veraz y, por tanto, sin capacidad para decidir.

Motivos para informar malas noticias

Informar a un enfermo que tiene una dolencia mortal es un acto humano incuestionable; y que una persona, aunque sea un profesional de la medicina, deba comunicar a un semejante que su muerte está próxima, es un dramático acto humano, y sin embargo es un acto ético informar malas noticias. Hoy en día informar al paciente afecta los principios de la bioética y al principio de autonomía, puesto que una persona no informada no puede tomar decisiones correctas en cuanto a su tratamiento, ya que actualmente existe mayor tecnología para el diagnóstico y tratamiento de los procesos oncológicos. La autonomía del paciente implica el derecho a la verdad (que en este caso es la mala noticia), y el médico debe decírla con honestidad. La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales, y por tanto, en general, comunicar la verdad al paciente y a sus familiares constituye un beneficio para ellos (principio de beneficencia), pues posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones.

Hay quienes consideran que decir la verdad en algunos casos hace daño y afecta al principio de no maleficencia, ya que hay distintas personalidades en los pacientes, y no todos pueden soportar las malas noticias. En algunas ocasiones se ha informado de casos de suicidio del paciente, posterior al momento en que el médico informó un diagnóstico de cáncer, o bien que en otros casos, además de la enfermedad terminal que padecen, se agrega ansiedad o depresión.

El principio de justicia, a la vez, se ve afectado por la injusticia que representa lo que se observa como la llamada “conspiración del silencio”, pues aunque una vía fácil de comunicar malas noticias es recurrir a los familiares, a veces ocurre esta conspiración y ellos mismos se constituyen como la barrera más difícil de sortear para cumplir con el derecho a la verdad: “¡Por favor, doctor –ruegan con frecuencia– no le vaya a decir a mi padre que padece de cáncer!” Con esto se inicia una de las fases más tormentosas para el paciente, pues los cuchicheos que le rodean crean una pesada atmósfera de tensión, en la que el enfermo se hace copartícipe cuando expresa: “¡No quiero mortificar a mis seres queridos!” En tal circunstancia los sentimientos de angustia no se pueden comunicar y eso lleva al paciente a encerrarse más y más en sí mismo, aumentando su depresión; sin embargo, la verdad no se puede ocultar por mucho tiempo, especialmente cuando la enfermedad tiene un periodo largo de duración, y viene entonces una serie de conductas como las interconsultas al oncólogo y el tratamiento de la radioterapia o quimioterapia, tanto que romper la conspiración del silencio es lo mejor y más justo para todos; no obstante, que no la hubiera sería lo mejor. El médico debe comprender a la familia del paciente, dado que ella será el principal soporte emocional y físico de éste, por tanto, el médico que informa de las malas noticias debe darle el protagonismo adecuado; habrá

que entender también que la familia, al igual que el paciente, irá pasando por diferentes fases y tendrá sus propios miedos e inseguridades en cuanto a la evolución del enfermo. Si recogemos los miedos y los aliviarnos, si explicamos la evolución más probable y las posibilidades del tratamiento, así como el apoyo a la familia, estamos también apoyando al paciente y no habrá necesidad de la “conspiración del silencio”.

Informar las malas noticias de la muerte inminente y próxima a su paciente es el momento de mayor grandeza del acto médico; como la comunicación es una ciencia y no se debe improvisar, es innegable que el médico deba tener buenos conocimientos en este tema; es, además, un acto legal, ya que la Ley General de Salud nos obliga e indica el deber de informar oportuna y verazmente de su diagnóstico a los pacientes. Existen, sin embargo, dos motivos para no informar las malas noticias al paciente: el privilegio terapéutico, mismo que se da cuando el médico considera que la información puede ser perjudicial al enfermo, por ejemplo cuando se da a personas con tendencias suicidas o antecedentes psiquiátricos, o cuando el paciente rehúsa ser informado, es decir cuando renuncia a su derecho a la verdad y a la autonomía.

Elementos orientadores

Algunos elementos que es importante considerar al dar las malas noticias son:

Equilibrio psicológico del enfermo. Ya hemos mencionado que este aspecto es importante debido a que algunos enfermos, después de conocer su diagnóstico de cáncer o sida por ejemplo, pueden llegar al suicidio o a la depresión; aunque no dudamos que hay personas que puedan, desde el punto de vista psicológico, manejar mejor las malas noticias.

Gravedad de la enfermedad. No es lo mismo informar a un paciente acerca de que tiene un cáncer en etapa inicial, mismo que sólo requerirá de extirpación, que informarle que su cáncer está avanzado, con múltiples metástasis, y ni siquiera vale la pena dar tratamiento con radiaciones o quimioterapia.

Edad. Es muy difícil informar a pacientes en edad pediátrica.

Parte del cuerpo humano enferma. Es muy diferente informar sobre malas noticias según la parte del organismo o sistema involucrado; por ejemplo, será más fácil decirle al paciente que tiene un melanoma en la mano, que un cáncer de pene o de mama.

Tipo de tratamiento. Algunos pacientes quizá se decidan por un diferente tratamiento al propuesto por su médico, cuando tengan la opción de mayor calidad de vida, aunque por el que opten vaya en un mayor deterioro.

Estrategias de seis etapas

Robert Buckman, en 1984, presentó un esquema de seis etapas para informar las malas noticias, esquema que nos parece adecuado mencionar; dicha estrategia, planteada en seis etapas, comprende:

1. Prepare el entorno.
2. Averigüe cuánto sabe el paciente.
3. Indague cuánto quiere saber.
4. Comparta la información.
5. Identifique y respete sentimientos.
6. Planee seguimiento futuro.

En esta estrategia de seis etapas el informante deberá contestar las siguientes preguntas básicas y vitales:

- | | |
|------------|--|
| -¿Quién? | Puede ser el médico o un familiar. |
| -¿Qué? | Sólo la verdad. |
| -¿A quién? | Sólo al paciente y a quien él lo autorice. |
| -¿Cómo? | El punto crucial. |
| -¿Cuánta? | Qué tanta verdad se va a decir. |
| -¿Cuándo? | Buscar el momento oportuno. |
| -¿Dónde? | Buscar el sitio adecuado. |

Puntos fundamentales

Algunos puntos clave y fundamentales que el médico debe considerar al dar malas noticias, según mencionan los expertos, son:

Esté absolutamente seguro. Se refiere a que, por ejemplo, en el caso de un diagnóstico de cáncer, deberá estar seguro del mismo; el punto de vista histológico es primordial en estos casos, pues en ocasiones se le habría mencionado al enfermo de tal padecimiento con base sólo en estudios de imagenología, y finalmente podría resultar que se trató sólo de un quiste o un absceso; en el caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), es indispensable contar con prueba de ELISA y prueba confirmatoria; nunca se debe pasar por alto la certeza diagnóstica, además de que el pronóstico de incurabilidad y de muerte próxima se basa en ella.

Encuentre un lugar tranquilo y adecuado. El entorno o contexto deben ser adecuados; las malas noticias no se deben dar enfrente de los demás pacientes (en caso de tratarse de una sala de hospital), sino que es necesario buscar un lugar privado para hacerlo e incluso, si no es posible, bastará con aislar la cama del paciente con biombo para así dar la sensación de privacidad. Nunca se deberá dar la información por vía telefónica, ni en los pasillos.

El paciente tiene derecho a la verdad. Ya hemos dicho que la honestidad es parte de los principios de autonomía y no maleficencia, y siempre implica decir la verdad; no se debe favorecer la conspiración del silencio.

No existe una fórmula. La presente revisión sólo es una ayuda para el médico que da las malas noticias; hay tantos médicos como enfermos, y cada cual es único; el modo en que cada médico da la información es individual e irreplicable ante cada enfermo, que también es único e irreplicable. Un médico, por lo antes dicho, debe procurar no usar la misma fórmula para los distintos pacientes, pues por eso, a decir de muchos, informar las malas noticias es un arte.

Averigüe lo que sabe el enfermo. Muchas veces es sorprendente lo que el paciente sabe de su enfermedad, de su diagnóstico y de su pronóstico. Cuando está en una sala de hospital resulta interesante conocer que el paciente sabe más de lo que imaginamos como médico tratante. El paciente frecuentemente recibe información de otros enfermos o a través de los comentarios que realizan médicos no tratantes o interconsultantes, así como por los diálogos de otros miembros del equipo de salud; incluso hay pacientes que por medio de internet llegan a conocer tanto de su enfermedad como su propio médico. Asimismo, el entorno que rodea al enfermo y las actitudes de los demás le dicen mucho sobre su padecimiento; el lenguaje no escrito y el no verbal le informan de las malas noticias, de modo que el médico, al expresarlas, debe indagar sobre cuánto conoce el paciente de su propia enfermedad.

Averigüe lo que el paciente quiere saber. Habrá pacientes que acepten ser informados: “Doctor –le dirán–, me pongo en sus manos; haga lo que usted crea necesario”, mientras que habrá otros que quieran conocer hasta los últimos detalles. Por eso, una vez que decidió comunicar la verdad de las malas noticias, es importante saber qué dosis de verdad se va a administrar, pues si bien hemos comentado que la verdad es para todos, la dosis de ella variará de enfermo a enfermo; vale la pena decir, a estas alturas, que es mejor una verdad a medias que una mentira piadosa.

Averigüe lo que el enfermo está en condiciones de saber. Consideramos, por ejemplo, que sería inapropiado decir a un paciente que se encuentra en sala de recuperación de anestesia, que no se le pudo extirpar todo el tumor; o señalar algo semejante al paciente que tiene vómito o náusea, por efecto de quimioterapia; en tal circunstancia más valdrá esperar a que los efectos pasen. El estado depresivo del paciente se debe percibir ante evidencia de posibles intentos de suicidio.

Espere a que pregunte. Tal vez el paciente, al no preguntar, no desea conocer su diagnóstico, pero dé la oportunidad a que lo haga. No debemos suponer que el enfermo que no pregunta no desea saber; tal vez sea que el médico no le ha dado la oportunidad para preguntar sobre su diagnóstico ofreciéndole el sitio, entorno o la intimidad necesaria; cabe decir aquí que la ausencia de prisa y la disponibilidad física del médico no son suficientes. Debe establecerse una verdadera relación y comunicación médico-paciente para brindarle una verdadera oportunidad de preguntar.

Ofrecer algo a cambio. Una vez que se dio la información, ofrezca algo a cambio; no quite la esperanza por completo, y señale, por ejemplo, un plan de tratamiento y seguimiento. Considere que dar las noticias sin ofrecer algo a cambio es demasiado cruel, por ello es importante hacerle saber y sentir al paciente que el propio médico o algún miembro del equipo de salud estará atento durante el tratamiento.

No discutir con la negación. Después de dar las malas noticias es natural que el paciente entre en la fase de duelo de negación; el médico no debe enfrentarse a ella sino comprenderla y aceptarla; quien esto sabe comprenderá y sabrá esperar el momento oportuno para continuar la plática con el paciente. Como existen varios tipos de negación, el médico debe estar preparado para recibir ira, enojo y agresividad de parte del enfermo después de haberle informado las malas noticias; esta situación de agresividad puede disminuir en gran medida si fue adecuado el manejo de las etapas previas de “cómo” dar información y los puntos fundamentales que mencionamos.

Acepte ambivalencias. No es extraño que después de informar de la inminencia de una muerte próxima a un enfermo éste nos platique de sus planes para vacaciones en el próximo año; es probable que esta ambivalencia desaparezca al día siguiente cuando la conciencia del hecho se haya hecho plena.

Sencillez. No entre en detalles, pues frecuentemente es lo que menos le interesa al paciente; no use palabras malsonantes como “cáncer”, y si es posible cámbiela por otra; por ejemplo será mejor y menos agresivo decirle sobre la existencia de un “tumor maligno”.

No establecer límites. Es frecuente que al dar las malas noticias de muerte el paciente pregunte cuánto le queda de vida o para cuándo será el hecho; es inútil establecer límites o plazos, y eso habrá que explicárselo al paciente. Acontece en múltiples ocasiones, sobre todo en pacientes con largas agonías, que la familia desespera porque el médico les anunció que su paciente debía haber muerto ya hace dos días o más.

Gradualmente. Informar no es un acto único y definitivo sino un proceso, y a veces para ello no basta sólo una entrevista sino varias; es el paciente quien establece el ritmo de este proceso.

Bibliografía

1. Buckman R. “Breaking bad news - Why is still so difficult?” *Br Med J* 288:1597-1619. 1984.
2. But HR. “A method for better physician-patient communication.” *Ann Intern Med* 86:478-480. 1977.
3. Dunphy DT. “On caring for the patient with cancer.” *N Engl J Med* 295:313. 1976.
4. Ellis PM Y Tatersall MH. “How should doctors communicate the diagnosis of cancer to patients?” *Ann Med* 31:336-341. 1999.
5. Gómez SM. “Decir o no decir la verdad.” En Gómez SM *et al.* (eds.) *Medicina paliativa en la cultura latina*, pp. 845-858. Madrid. Aran. 1999.
6. Hoffman JC, Wenger NS, Davis RB *et al.* “Patient preferences for communication with physicians about end-life decisions.” *Ann Intern Med* 127:1-12. 1997.

7. Ptacek JT y Eberhardt TL. "Breaking bad news: a review of the literature." *JAMA* 276:496-502. 1996.
8. Stuart E y Byron J. "Telling the diagnosis of cancer." *J Clin Oncol* 7:583- 89.1989.
9. Tulsky JA, Fischer GS, Rose MR *et al.* "Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives?" *Ann Intern Med* 129:441-449. 1998.
10. Wenrich MD, Randall CJ, Shannon SE *et al.* "Communicating with dying patients within the spectrum of medical care from terminal diagnosis to death." *Arch Intern Med* 161:868-875. 2001.



Gitrasek®



El “señor doctor”

Una reflexión

Dr. Víctor Rosales Salyano

INICIO ESTE CAPÍTULO CON una anécdota de la vida real:

Doña Luisa, mujer rolliza de cuarenta y cuatro años de edad, era la curandera del pueblo. Sufría de hipertensión arterial de muy difícil control mediante fármacos, y en más de una ocasión movilizó al personal del centro de salud por urgencias hipertensivas. Sin embargo, cuando se encontraba a bordo de la ambulancia comunitaria tenía lugar un fenómeno que llamaba la atención del médico pasante que la atendía, pues una vez que abandonaba el pueblo, las cifras de tensión arterial se normalizaban espontáneamente.

Un día doña Luisa visitó el centro de salud para su control mensual como paciente hipertenso. El médico pasante llevaba ya tres meses en la comunidad y había sabido adaptarse a la manera de vivir, hablar, comportarse y, por qué no, de pensar de los habitantes. Esto permitió que la paciente hiciera una confesión por años guardada: “Doctor –le dijo–, me están haciendo brujería”.

La mirada del médico, incrédula al principio, se llenó de curiosidad.

“¿Por qué piensa eso doña Luisa?”, preguntó, tras lo cual se desencadenó la narración de una historia que iba años atrás y que tenía su origen en viejos rencores entre vecinos y familiares políticos.

La enferma insistía en que por esa razón su presión arterial nunca se controlaba y ya hasta había contemplado la idea de mudarse fuera pueblo. “¿Podría eso justificar el comportamiento de las cifras tensionales de la enferma?”, fue la pregunta que en silencio se formuló el médico.

Después de realizar el interrogatorio y exploración física adecuados para el momento y modificar por enésima vez el tratamiento farmacológico, el pasante se dio a la tarea de recopilar datos acerca de brujería y chamanismo en la biblioteca del pueblo, la cual fue insuficiente, y en un par de días le llevó a investigar en la biblioteca de la universidad del estado. “Debe existir una explicación científica y convincente del comportamiento de la hipertensión arterial de la enferma”, era su hipótesis a demostrar.

Pasó un par de meses más, con la acostumbrada salida de urgencia rumbo al hospital del estado que terminaba siempre en el entronque con la carretera, punto de salida del pueblo, cuando una noche el pasante fue despertado por un desesperado llamado a la puerta del centro de salud. Quienes le buscaban con tanta prisa eran los hijos menores de doña Luisa quien nuevamente se encontraba con cifras de urgencia hipertensiva; pero

ahora existía una particularidad: el cuadro clínico inició tras el hallazgo en el solar de la casa de una gallina negra decapitada. El médico tomó su equipo acostumbrado que consistía en un maletín que se deshacía de lo viejo y en cuyo interior se encontraban un estetoscopio, el esfigmobaumanómetro, tabletas de isosorbide y perlas de nitroglicerina, y esa noche incluyó además un equipo muy peculiar compuesto por cuatro velas blancas, agua bendita en un frasco, una pequeña bolsa de carnauba con sal de grano, una caja de cerillos y cuatro matas de sábila que había cultivado en los jardines del centro de salud.

Al llegar a la casa encontró a doña Luisa, que estaba acostada sobre el camastro, con disnea, agitación psicomotriz, diaforética y taquicárdica, haciendo aspavientos como queriendo ahuyentar a los mosquitos inexistentes en esa época del año y balbuceando que la estaban embrujando. La exploración física mostró cifras tensionales de 200/160 mmHg. En ese instante hubo un repentino apagón tras el cual se pudo observar en el rostro de la enferma una mancha de sangre que, por la marca dejada, parecía haber sido proyectada de un sitio localizado frente a ella pues no existía herida alguna; el médico de inmediato administró isosorbide sublingual y, tratando de no perder la calma, porque no podía negar que le invadía cierto temor, realizó un ritual que nunca creyó que en su vida practicaría. Rodeó la cama de la enferma con sal de grano y prendió una vela en cada esquina de la cama, tras lo cual pidió a los hijos de doña Luisa que se hincaran junto a ella y rezaran, pues nuestro médico nunca fue brillante en el catecismo. Después tomó la gallina decapitada, la llevó al centro del solar, la roció con alcohol y, tras invocar a todos los santos que recordaba, le prendió fuego. Mientras el olor a plumas quemadas llenaba el ambiente colocó una a una las sábilas en cada esquina de la casa y, por último, roció con agua bendita cuanto lugar le fue posible.

Al terminar, regresó al lado de la enferma y, con voz autoritaria y docta, exclamó: “¡Todos los malos espíritus y las malas influencias han sido alejadas de usted, ahora llevará una vida en paz!” Y ante los ojos curiosos, incrédulos y temerosos a la vez del pasante, la enferma se tranquilizó y después de treinta minutos las cifras tensionales disminuyeron a niveles que dejaban fuera de peligro a la paciente.

La sorpresa del médico pasante fue mayúscula cuando notó que la hipertensión arterial de la enferma se controló, y el resto del año que duró el servicio social no hubo necesidad de correr con la ambulancia rumbo al hospital del estado. “Es una maravilla el captopril”, pensó él, pero para doña Luisa lo que en verdad le alivió fue el exorcismo que se había practicado: “Usted no parece ‘guacho’ (chilango), doctor –le dijo alguna vez doña Luisa–; siempre que les mencionaba que estaba embrujada se burlaban de mí y nunca me atendieron como usted lo hizo aquella noche. Sin su magia blanca, guardada en su modesto maletín, no me hubiera compuesto.”

De la mano con el control antihipertensivo eficaz de doña Luisa, se registró un aumento en el número de consultas y en la captación de pacientes al programa de hipertensión (“talón de Aquiles” de la jurisdicción sanitaria), a la vez que el respeto y la autoridad del médico pasante crecieron al grado de ser padrino de cuanto niño nacía en el pueblo. El “doctorcito” tiene hasta hoy la duda sobre qué fue más benéfico para la enferma y su comunidad: el captopril o sus “dones” de aprendiz de brujo.

Experiencias como la anterior marcan a diario la vida de muchos médicos. No es que dudemos de nuestros conocimientos o entrenamiento clínico, mucho menos de las ventajas que ofrece la terapéutica moderna, pero tal vez debamos ampliar nuestro horizonte al analizar cada caso más allá de la historia clínica, el diagnóstico diferencial y el tratamiento final. Fácilmente juzgamos y rechazamos a quienes no comparten nuestra manera de ver el binomio salud-enfermedad, mas hay que recordar que no poseemos toda la verdad y que lo sobrenatural dejará de serlo en el momento en que tengamos el conocimiento necesario para explicarlo. Sin embargo, ¿cómo explicar un fenómeno de antemano rechazado por ir contra los cánones y la ortodoxia de siglos de medicina hipocrática? No se piense que planteamos el retorno a la explicación mágico-religiosa de la enfermedad, pero tal vez haya elementos culturales diferentes a los de las grandes ciudades y su cultura que permitiesen ofrecer una mejor opción de práctica médica.

Nadie duda ya de los avances que a pasos agigantados diariamente da la medicina moderna; somos capaces de prevenir y abatir enfermedades, hemos borrado de la faz del planeta flagelos como la viruela, y nos preparamos a prolongar la vida mediante el uso de la terapia genómica; los trasplantes son cosa de todos los días y estudiamos las reacciones del cuerpo humano en el espacio exterior. Tenemos a nuestro alcance diversos equipos con tecnología de punta, útiles como auxiliares para el diagnóstico y terapéutica de las enfermedades del hombre moderno, y los sistemas de salud alrededor del mundo pregonan calidad y cobertura total. Pero, pese a todo, ¿por qué nuestra práctica médica dista de llegar al nivel óptimo que los enfermos desean?

La corriente tecnócrata del pensamiento actual aleja a la medicina del contacto con el ser humano; y si agregamos la tan pregonada globalización, que ha traído como consecuencias la desaparición de pautas culturales propias bajo el principio de uniformidad, incluidas las recetas económicas acorde con los grandes capitales, entenderemos por qué la medicina, que tiene el privilegio de ser ciencia, arte y oficio a la vez, se aleja cada vez más de su base humanística.

La práctica médica actual ha privilegiado a la certeza diagnóstica y eficacia terapéutica por encima del entendimiento global del proceso salud-enfermedad, rigiéndose primordialmente bajo un punto de vista meramente biológico y económico, olvidando que el ser humano es un ente social y que su entorno y condiciones culturales y sociales influyen directamente en su modo de explicar, aceptar, vivir y soportar la enfermedad.

Si después de revisar los avances de la medicina en las dos últimas centurias pareciéramos tener al alcance una panacea, ¿por qué los enfermos siguen buscando alternativas? Surgen las siguientes preguntas: ¿nuestra medicina está en condiciones de brindar beneficios a toda la humanidad? ¿Satisface las necesidades de las diversas culturas y formas de pensamiento existentes en la tierra? ¿Acaso no hay otros recursos capaces de restablecer la salud, diferentes a los ofrecidos por la medicina occidental?

Entender la manera en que las diversas culturas que coinciden en nuestro país hacen frente a la enfermedad debe ser la más valiosa herramienta, junto con la clínica, que debe poseer el profesional de la salud, pues permitirán abordar al enfermo en cualquier condición y región del planeta, a la vez que nos ayudará a comprender como hombres,

antes que como médicos, la actitud de un pueblo hacia la pérdida de la salud. Sólo así seremos capaces de integrarnos a una cultura determinada, muchas veces diferente a la nuestra, sin generar con ello una confrontación ni obligar a la aceptación de pautas y normas que no son sentidas como propias por una comunidad. Si analizamos esto último entenderemos por qué en muchas regiones de nuestro país los programas de salud se encuentran condenados al fracaso.

Somos incapaces de comprender por qué en pleno siglo veintiuno aún existen chamanes, brujos, curanderos, hueseros, herbolarios, etcétera, y no podemos explicar este fenómeno porque nunca lo hemos estudiado con seriedad. Por cierto, llama la atención cómo éstos han sabido adaptarse a los cambios que se generan al convivir con médicos, mientras que nosotros no hemos podido aprender ni aprovechar los conocimientos que poseen y que serían de gran ayuda para ofrecer una medicina más completa; tal vez no desde el punto de vista biológico, pero sí social y cultural. El mérito de los recursos humanos “tradicionales” para la atención de la salud es que, a diferencia del médico, no han perdido de vista el trato directo y cordial con el paciente y saben entender las creencias, miedos y dudas de cada enfermo en particular; es decir, no se han alejado del entorno cultural para el que fueron concebidos. ¿Podemos decir lo mismo de nuestros médicos? ¿Qué actitud enseñamos a los estudiantes de medicina?

Ahora seremos capaces de comprender por qué para muchos pasantes el servicio social es una experiencia frustrante; los preparamos para llegar a un diagnóstico aplicando las más modernas tecnologías, los entrenamos para estar al día en conocimientos mediante el empleo de internet y los obligamos a memorizar toda una serie de normas oficiales, pero nunca los educamos para enfrentar un entorno donde sus conocimientos y las normas oficiales parecieran no tener aplicación. Nunca los preparamos para enfrentar a personas con una cosmovisión diferente ni les dijimos que tendrían que asumir primero nuevas formas culturales para lograr su aceptación y después modificar las conductas que pudieran parecer nocivas; jamás los entrenamos para cambiar actitudes y formas de pensamiento propias, para ingresar a una comunidad diferente a la suya y desde allí iniciar la construcción de nuevos esquemas para la atención de la salud.

Es común escuchar cómo algunos médicos reprochan al enfermo que acudan al chamán o al curandero antes que al médico, pero no es frecuente preguntarse por qué acudió a ellos en primera instancia; el médico pierde toda autoridad frente al enfermo al no buscar y compartir sus creencias pues, al contrario, las confronta y pone en tela de juicio.

Muchos crecimos como médicos con la premisa de “Salud para todos en el año 2000”; estamos en el 2009 y ni quién quiera recordar esta idea, planteada de manera utópica como muchas de las sugerencias que diariamente hace la Organización Mundial de la Salud, la cual, casualmente, no considera a los médicos tradicionales como aporte de conocimientos y formas novedosas de abordar al enfermo, y los recuerda sólo cuando se pretende hablar de su “capacitación” y “adecuación” al mundo moderno, tan globalizado y metalizado... tan deshumanizado.

Al analizar lo anterior fuera de toda demagogia, surge una pregunta: ¿quiero ser médico o un erudito en medicina? La imagen que la sociedad espera del médico no es la de

una enciclopedia andante, con una computadora portátil en la mano que lo mantenga en contacto con el último avance de la medicina; no pretende encontrarse con un ser de aspecto flemático, frío y calculador capaz de recitarle de memoria cada uno de los capítulos de un texto, en espera de las alabanzas de sus discípulos y colegas; no espera enfrentarse a un profesionista que presume de “humanista” y que no se conmueve con el sufrimiento del niño de la calle, con el martirio que en nuestra sociedad representa ser madre soltera, o adulto en “plenitud” (por cierto, peor sarcasmo no pudo encontrar la propaganda oficial para referirse a los ancianos).

Asimismo, no quiere confrontar a un ser que se siente casi un dios, dueño de la verdad y dador de la vida, que lo mira despectivamente sólo porque no habla el mismo castellano, porque no usa zapatos, ni come tres veces al día; el campesino y el indígena que llegan al médico lo hacen a sabiendas de que todo lo que pongan como justificación por no haberse atendido antes no será comprendido por el médico; cómo no recordar las palabras de Canek en la obra de Ermilo Abreu Gómez cuando apunta: “Los blancos no saben de la tierra, ni del mar, ni del viento. ¿Qué saben si noviembre es bueno para quebrar los maizales? ¿Qué saben si los peces desovan en octubre y las tortugas en marzo? ¿Qué saben si en febrero hay que librar a los hijos de los vientos malos? Ellos gozan, sin embargo, de todo lo que vive en la tierra, en el mar y en el viento...”; y es verdad, ¿qué sabemos los médicos si el campesino o el indígena no llegaron a tiempo a la consulta por cuidar la cosecha, única fuente de alimento de su familia, y muchas veces razón única de su existir? ¿Cuándo nos detenemos a pensar en que nuestro más novedoso tratamiento puede originar la quiebra económica de una familia, deteriorar la calidad de vida de un individuo y nunca restablecerle el gusto por la vida?

El médico que necesita y añora la sociedad es aquel individuo sencillo, humilde dentro de sus conocimientos, firmes y actualizados sobre cómo diagnosticar enfermedades y tratar enfermos; extrañan el enfermo y su familia a aquel personaje con maletín en una mano y el corazón en la otra, conocedor de todas las facetas del quehacer humano cotidiano; quieren al Doctor –así, con mayúscula– que lo mismo hablaba de arte que de ciencia, que dominaba algún oficio y, por si fuera poco, leía todo tipo de revistas y diarios; que practicaba algún deporte y que entendía las dolencias de sus pacientes porque en ocasiones las había padecido y podía encontrar una mejor salida al problema de salud planteado.

(“vivir para todos”), ninguna otra frase podría ser mejor para definir de manera concreta el apostolado que debe ser la medicina; porque la medicina, que tiene el privilegio de ser ciencia, arte y oficio a la vez, es la máxima expresión de humanidad que puede encontrarse en el espíritu de cualquier individuo. Sí, porque todos y cada uno de nosotros se convierte en médico al mostrarse receptivo al dolor de sus semejantes, al hacer nuestro dicho dolor y buscar de este modo la manera de aliviarle y servirle de consuelo.

Así el médico no sólo alivia las dolencias del cuerpo, también adquiere el papel de confesor y consejero que en ocasiones le otorgan sus semejantes, contribuyendo de este modo a aliviar los males del alma; y es la entrega, constancia y espíritu de servicio lo que permite distinguir al médico de cuerpos y almas, del charlatán mercantilista o del tecnócrata erudito. La medicina nos ofrece la oportunidad única de despojarnos de la

coraza de egoísmo innata en el ser humano, para vestir la sencilla túnica de la razón, del conocimiento y la comprensión. Nuestros pacientes buscan de nuevo al médico capaz de reencontrarse con el género humano; aquél que los hospitales modernos hacen parecer tan distante; nuestros pacientes buscan encontrarse de nuevo con el Señor Doctor.

Pregunto a mis colegas: ¿Estamos en posición de aceptar el reto de ser nuevamente el Señor Doctor que nuestros grandes maestros fueron?



Koptin®



La ética en la relación médico-paciente

Dra. Virginia Sánchez Hernández

ÉTICA ES LA FORMA y moralidad de la acción para referirla a un valor humano, y ejercemos esa acción con decisión libre para ejecutarla con responsabilidad en nuestras acciones y en nuestros juicios; así, nuestro comportamiento es ético. Aceptado lo anterior, el científico es también usuario de la ética en el manejo de la ciencia, y la pérdida de la identidad del médico y la del paciente es el primer drama de la medicina moderna.

“La primera ética” la definió Aristóteles: Todo lo que vaya en bien de la naturaleza es bueno. Todo lo que vaya en contra de la naturaleza es malo. La ley natural se refiere no sólo a los fenómenos internos que la regulan sino a todas nuestras acciones que la afectan.

Dios es el creador de la naturaleza, y aparece la “Ley Divina”, la cual hay que respetar.

Ética autónoma. No viene de fuera, sino que es establecida por el mismo hombre; él es la fuente de su propia moralidad, y por esto es más fácilmente acatada. Nace el principio ético de autonomía y, por ende, el consentimiento informado.

La autonomía de alguien puede tener su límite ante la autonomía de otra persona; la autonomía no debe ser considerada como el fundamento último de la ética; esa autonomía puede hacer creer al ser humano que no hay normas previas a él, y que él es el fundamento de toda norma; lo cual es muy discutible.

Beneficiencia. Siempre procuraré el bien de mis pacientes. Se cumple el principio ético de “beneficiencia”.

Maleficiencia. Sopesaré mis decisiones médicas en relación con el riesgo y beneficio de ellas, respetando las preferencias de mis pacientes; siempre procederé a buscar el menor perjuicio para la salud de ellos.

La ética médica es referencia por la vida (Schweitzer)

Debemos ser respetuosos de la vida y defensores absolutos de los derechos del paciente: trata al paciente como quisieras que te trataran a ti.

La relación médico-paciente debe ser una relación humanizada, compasiva y positiva. La sola ciencia no da satisfacción en el acto médico. Un médico científico pero frío en sus relaciones humanas, no tendrá éxito en su profesión. Es posible y muy probable que un

médico menos científico, pero más humano, sea más querido por sus pacientes. Se llama relación compasiva y positiva la que busca el bien del paciente, no importa que el tratamiento sea sólo paliativo; compadecerse del dolor y buscar su alivio, es una relación humanizada.

La relación médico-paciente empieza con el saludo de mano, como principio de una buena relación, identificando desde un comienzo el nombre propio, evitando palabras que sólo parezcan cariñosas, pues no mejoran las relaciones; es recomendable tratarlos de “usted” y no de “tú”, y aplicar el principio de la individualización, el cual señala que no hay enfermedades sino enfermos. La pregunta “¿qué piensa usted de su problema?”, es muy útil para orientarnos en cómo manejarlo y guiarlo.

Debemos enseñar a nuestros pacientes a convivir con sus enfermedades ya que algunas de éstas son sólo de control y el paciente debe aprender a manejarlas; en la entrevista debemos propiciar la retroalimentación, sin ofuscarnos porque el paciente y los familiares preguntan. Debemos comunicarle con frases sencillas lo que estamos pensando y cómo vamos a solucionar sus problemas; es recomendable darle en una pequeña tarjeta los diagnósticos establecidos que permitan la consulta con otros colegas y agilizar la atención. No se confíe de la alta tecnología ya que es fría, y aunque es de gran ayuda, el médico debe rodearse de actos humanos con explicaciones que sean comprensibles para paciente y familiares; se debe propiciar el derecho a la verdad. Cuando se tengan diagnósticos de gravedad es recomendable decir la verdad por etapas, permitiendo que sea asimilada; no se le debe decir al paciente: “No hay nada que hacer”, ya que siempre habrá un tratamiento paliativo.

Siempre hay que decir la verdad en forma compasiva y positiva, ofreciendo ayuda paliativa a los problemas que se vayan presentando; nunca se debe abandonar al paciente porque su enfermedad no tiene cura, recordando “curar algunas veces, pero consolar siempre”, de ahí que debemos saber escuchar, ya que muchas de las enfermedades que tratamos son psicósomáticas, para las cuales los pacientes sólo necesitan que alguien los escuche con paciencia; sólo saber escuchar aliviará muchos sufrimientos y será mejor que los medicamentos. No debemos jugar a ser Dios ante enfermedades incurables; la muerte es tan natural como el nacimiento y como la caída de las hojas de los árboles, por lo que sólo debemos mejorar el proceso de morir.

La ética y el humanismo, entendido éste como la concepción y comportamiento más humano posible, no son doctrinas ajenas al progreso; no combaten la gran tecnología sino que, por lo contrario, la estimulan y se puede considerar no ético y deshumanizado no utilizarla para el bien de la sociedad. Si entendemos por ética la forma y moralidad de la acción referida a un valor humano, y ejercemos esa facultad con decisión libre para ejecutarla con responsabilidad de nuestras acciones y juicios, entonces nuestro comportamiento es ético; y humano es –a la vez– lo que pertenece al hombre o a la humanidad, y no sólo lo éticamente bueno.

Se suele utilizar el concepto de “humano” para denotar el carácter benévolo, caritativo o solidario, pero en este caso tal vez sea más apropiado decir “humanitario”. Obsérvese que en el sentido moral lo humano es tanto éticamente bueno como la justificación de algunos actos no del todo virtuosos; los actos humanos son aquellos

que se ejecutan conscientemente, libremente, y en forma racional, mediante el uso de la inteligencia y la voluntad. Los actos del hombre, en cambio, son actos mecánicos y automáticos, que se realizan sin conciencia o libertad (o ambas); el calificativo humano se refiere a los actos ejecutados por el hombre que pueden ser calificados desde un punto de vista ético.

Humanidad es también el ideal del espíritu del hombre, la sustancia o esencia del hombre y la naturaleza racional del hombre; en este sentido se le ha equiparado con la dignidad cuando ésta se refiere al valor que tienen los seres humanos por el solo hecho de ser seres humanos y al margen de su valor relativo.

El humanismo es una corriente cultural y filosófica que floreció con el Renacimiento europeo, en el que prevalece el aprecio por el desarrollo del potencial humano por encima de cualquier otro tipo de anhelos. En todas las épocas los humanistas han tenido en común el aprecio por el hombre y su naturaleza, que determina como sus principios doctrinarios: los valores de la vida humana son superiores y se anteponen a cualquier otro valor.

- Todos los hombres son igualmente dignos, perfectibles y poseedores de las mismas potencialidades.
- La razón, el amor y la tolerancia son necesarios para el bienestar y el desarrollo.
- El hombre sólo es comprensible si se le estudia en su totalidad.

El humanismo se preocupa por los motivos del actuar del hombre, por la sociedad y su trascendencia e impacto en la cultura. De acuerdo con el doctor Ignacio Chávez: "...humanismo quiere decir cultura, comprensión del hombre en sus aspiraciones y miserias; valoración de lo que es bueno, lo que es bello y lo que es justo en la vida; fijación de las normas que rigen nuestro mundo interior; afán de superación que nos lleva, como en la frase del filósofo, a igualar la vida con el pensamiento".

La relación médico-paciente, la expresión más simple y nítida del humanismo, se da en el trato interpersonal, planteado acertadamente como la conjunción de una confianza frente a una conciencia; actuar de manera correcta, con espíritu humanista; dentro de la ética, depende de la contextura moral del profesionista, pero influida por lo que se puede llamar una moral institucional, todo ello en el marco de una moral social.

La esencia del "ser médico" radica en la identificación con sus congéneres, con sus ciudadanos, con los seres humanos; la ciencia y el arte médico le dan conocimientos y destrezas; su acentuado sentido ético consolida su personalidad y lo ubica como elemento primordial de la fuerza social.

Al referirnos al humanismo hacemos también nuestras las reflexiones del doctor Norberto Treviño García-Manzo: "El humanismo de hoy debe ser un afán de superación que nos lleve a igualar con la vida el pensamiento, debe ser un afán de cooperación del hombre con sus aspiraciones y miserias. En este sentido, humanismo, más que una doctrina específica, es una corriente del pensamiento, una aproximación al hombre en la cual se pone el acento en los valores que dimanen de su naturaleza: su igualdad fundamental, su individualidad, su dignidad y, el más grande, su libertad."

Refiriéndose a los médicos, Arnold y colaboradores hacen una distinción entre la actitud humanística, el conocimiento de temas humanísticos, y la conducta humanística. A la actitud humanística la definen como el compromiso con la dignidad y el valor de los seres humanos; el conocimiento de los valores humanísticos con el entendimiento de las disciplinas relacionadas con valores e interacciones; y a la conducta humanística como el comportarse con respeto, compasión e integridad.

La condición humana del médico lo ubica como un ser sensible, reactivo y afectivo, no exento –por supuesto– de ambiciones y pasiones. Su responsabilidad profesional no lo margina de la vida mundana y secular, con todos sus prodigios y todos sus horrores; en la medida en que su interioridad sufra la influencia de sus variadas experiencias, su oficio reflejará las modalidades correspondientes; cada médico es, pues, un ser humano individual, único, irrepetible y –ciertamente– frágil, precisamente por su condición humana. El carácter humanitario de su profesión se expresa en los sentimientos de compasión, caridad, amor y ternura pero, sobre todo, en la capacidad de respetar a los seres humanos con los que interactúa.

En virtud del componente humanista de su preparación, el médico tiene la responsabilidad ética de complementar su cultura mediante la formación extracurricular, a modo de desempeñar mejor su función social. El carácter humanístico de su orientación filosófica, partiendo de que el objeto de estudio y de atención por parte del médico es el hombre –con frecuencia el hombre enfermo–, es la orientación filosófica de la medicina, que se enfoca a propiciar la mayor actualización posible de las potencialidades humanas; podría hablarse de un “humanismo sanitario” en el que el desarrollo pleno de las potencialidades humanas depende de la salud de los individuos y las sociedades.

La dignidad se identifica con el decoro, con la grandeza en la manera de comportarse, y es, por tanto, una cualidad de los seres humanos, los que pueden o no tener una conducta digna. En términos generales, actuar dignamente supone hacerlo de manera que no tenga uno que avergonzarse de ello; por lo contrario, que pueda enorgullecerse. La dignidad de la persona humana considera a los hombres siempre como un fin y nunca sólo como un medio, y aunque iguala a todos los hombres en el sentido de su valía, concede valor a cada uno, de modo que no puede ser sustituido por otro.

Una cultura es un sistema de significados, en tanto que una civilización es un sistema de técnicas; “una ideología de la profesión médica” que representa el epítome de la deshumanización de la profesión, a la que se enfrenta el médico de hoy, es un servicio al hombre, en su vida y salud.

Para servir al hombre por amor la profesión médica requiere un hombre maduro, capaz de amar, abierto a las necesidades de los demás y presto al servicio, así como la transformación de la relación médico-paciente y la prescripción; la crisis de la profesión médica, podemos afirmar, es una crisis de valores humanos. La medicina que hoy se practica en México está llena de retos, fallas y ausencias, si se le quiere considerar como un “servicio al hombre”. Mucho se ha escrito acerca de la salud como valor humano; la disminución de la responsabilidad personal y comunitaria por la salud es, como cualquier otra disminución de autonomía, una disminución de humanidad.

Si la salud como valor, decíamos, es la capacidad de aceptar creativamente el desarrollo de la propia existencia, la enfermedad como valor es una misión personal que se recibe, una tarea que hay que cumplir. Inseparable de la enfermedad está el dolor, y es de la cercanía con el dolor humano y con las graves decisiones que plantea, de donde le ha venido a la profesión médica su tradicional dignidad. Cuando vemos a la muerte como valor humano decimos que se debe morir feliz, pues la deshumanización de la muerte es congruente con la de la salud, la enfermedad y el dolor.

La medicina se preocupa por los problemas biológicos y psicológicos que se derivan de la condición humana de los enfermos y, desde luego, le interesan las actividades y las acciones que no únicamente tienen que ver con la lucha contra las enfermedades, sino también con la lucha para la conservación de la salud, su mayor permanencia y, desde luego, con el mejoramiento de la calidad de vida de individuos y colectividades.

El humanismo de hoy debe implicar un retorno a la responsabilidad, retomando los valores como la fuente oculta de todas las leyes: justicia, honor, amistad, caridad (en el sentido que le da Antonio Caso), sacrificio, responsabilidad ante la persona, la familia, los enfermos y el trabajo; este humanismo es verdad absoluta. El humanismo de hoy debe ser un afán de superación que nos lleve a igualar la vida con el pensamiento; debe ser un afán de comprensión del hombre en sus aspiraciones y miserias; es una corriente del pensamiento; una aproximación al hombre, en la cual se pone el acento en los valores que demandan: su igualdad fundamental, su individualidad, su dignidad y el margen de su libertad; la idea esencial es que los valores de la vida y de la dignidad humana tienen prioridad sobre otros valores; que el valor más elevado es el hombre mismo, y que la razón, la tolerancia y el respeto a su individualidad son necesarios para su bienestar y desarrollo. Este humanismo es *verdad absoluta*, según Leopoldo Zea.

El humanismo científico considera las implicaciones éticas y sociales del conocimiento que se genera, la relación con aspectos de justicia, con la pertinencia y oportunidad de la investigación practicada en torno a las expectativas y necesidades de la sociedad en su conjunto, con la contribución del conocimiento generado para explicar mejor la “naturaleza humana”, y considera que el saber, en último término, contribuye a alcanzar la grandeza, el honor y la gloria de la especie humana.

El humanismo médico, por su parte, se refiere a la actitud médica en la que una persona debe ser considerada en función no sólo de sus características biológicas sino fundamentalmente por sus aspectos psicológicos, espirituales y sociales que lo conforman como individuo. La concepción mecanicista cartesiana equipara el funcionamiento de los sistemas vivos con el de una máquina y postula la existencia de una dualidad mente-cuerpo, mientras que el reduccionismo propone que la respuesta a las preguntas científicas en biología se encuentra en los niveles más elementales de la materia. El humanismo médico insiste en la urgencia por retomar los aspectos que caracterizan a un ser humano como tal y pretende incorporarlos de manera amplia y decidida en la práctica de la medicina; la relación entre médico y paciente, la satisfacción de los pacientes ante los cuidados médicos, así como la influencia de características psicológicas y sociales sobre la enfermedad, son un asunto corriente en la investigación médica actual.

El humanismo médico, como una entidad integradora, permitirá una práctica de la medicina suficiente y adecuada, en tanto que favorezca el reconocimiento de la variabilidad humana, “el respeto por la individualidad y el interés por comprender los aspectos éticos y de justicia” relacionados con el orden social en que se desenvuelve el paciente. En tanto que la medicina permanece con una “columna firmemente apoyada en la ciencia”, toda la ciencia médica es humanista y el humanismo médico es susceptible también de estudio científico, pero en su conjunto son mucho más que sólo ciencia.

La medicina científica se ha topado ya con obstáculos de orden moral, social, económico y hasta político (la iatrogenia, sin ir más lejos, y de la que no se hablaba antes de 1943), que obligan a conservar en el espíritu de la profesión el fondo humanista que le ha conferido en la historia un rango de nobleza; fondo humanista que sí se ha visto amenazado en los últimos cincuenta años en que vemos a algunos médicos jóvenes comportarse sin elegancia –casi con vulgaridad se diría– que le restan aún más prestigio a una profesión que, para el bien último de los pacientes, debe conservarse. No es cuestión de fabricarse una personalidad imponente, pero sí atenerse a cierta manera de protocolo, a una etiqueta de atención; la jerarquía no está reñida con la cortesía, ni con la jovialidad; ni siquiera con la camaradería. La relación médico-paciente es, sin duda, la principal arma que tienen los médicos para solucionar los problemas de salud de sus pacientes, pero desafortunadamente pocos han alcanzado a visualizar su utilidad, y mucho menos han aprendido a utilizarla.

Al correr del tiempo y con ayuda de los constantes adelantos tecnológicos el médico fue deshumanizando a sus pacientes, desligándolos de sus relaciones o sentimientos, cubriéndose él con el “manto mágico de la sabiduría”; obviamente el paciente empezó a ver a un médico distante y deshumanizado, sin sentimientos, quedando al final una relación medico-paciente fría, vacía y carente de sentido para ambos; es decir, una relación sin médico y sin paciente.

Al establecerse una relación de confianza mutua, ésta reposa sobre la sensación que experimenta el paciente de que lo han comprendido, de que su demanda se acogió con benevolencia, de que se le apoya y se le toma en cuenta; se trata de una relación de confianza y credibilidad avalada por una autoridad indiscutida; no se trata de una relación entre iguales, y menos aun de compasión, sino una donde el paciente reconoce y trata al médico como tal y éste reconoce al paciente como persona, no como objeto; este tipo de relación se denomina “de confirmación mutua”.

Existen cuatro diferentes posibilidades al entrevistarse con un paciente:

1. Médico y paciente están de acuerdo en cuanto a contenido y tienen una adecuada relación.
2. Médico y paciente están de acuerdo en cuanto al contenido, pero no en cuanto a la relación.
3. Médico y paciente están en desacuerdo en el nivel de contenido, pero a pesar de ello tienen una adecuada relación.
4. Médico y paciente están en desacuerdo con el contenido y no tienen una adecuada relación.

La historia clínica y una exploración física completa son de mucha utilidad para realizar el encuadre del tipo de relación que se pretende establecer. Otra herramienta útil para este encuentro es la explicación del tratamiento por etapas en los diferentes niveles de atención médica.

Algunas de las características del médico ideal son: conduce, no empuja; prescribe, no ordena; indica, no reprime; tranquilo, no molesto; educa, no impone; vigilante y actor de los buenos modales.

La relación médico-paciente, piedra fundamental del acto médico, ha experimentado modificaciones a los cambios sociales, económicos, educacionales y políticos aplicables en la medicina, generando una transformación permanente y dinámica. Es ésta una relación interpersonal, de carácter profesional, en la que un hombre dotado de conocimientos presta ayuda a otro hombre, hecho que imprime a su labor un carácter de servicio, de calurosa humanidad y que lo relaciona profundamente con la ética.

La relación “verticalista” médico-paciente, y con un sentido paternalista por parte del médico, actualmente es “horizontal” a partir de la incorporación de la autonomía del paciente; el consentimiento informado representa un exponente de la misma, autonomía que genera autorrespeto y autoestima en el paciente, y que en ocasiones frena la actuación del médico. El paciente debe ser escuchado y respetado, sin enojo, enfado o conflicto por parte del médico frente a mutuas desavenencias, conservando éste su compromiso ético-moral.

Aunque el temor al juicio de mala *praxis*, fomentado por abogados al acecho, tecnifica aún más la relación y la encarece; a veces con solicitudes exageradas, repetitivas, y otras con conductas irracionales o desmedidas, sin embargo, muchos de estos juicios no responden a un mal desempeño técnico profesional, sino a una relación médico-paciente no satisfecha.

La Junta Norteamericana de Medicina Interna establece que la *Integridad-respeto-compasión* son las cualidades humanitarias esenciales que el médico debe poseer. La práctica médica se decide en la conciencia ético-moral de cada uno de nosotros, y sin duda una actitud tranquila e introspectiva puede mejorar la relación médico-paciente. Esta relación, base fundamental de un buen acto médico, tiene connotaciones humanas, éticas, filosóficas, sociológicas y hasta implicaciones legales debido a las consecuencias que su alteración puede producir; la relación no se debe limitar al vínculo médico-enfermedad, ya que se incorporan sentimientos, principios y vivencias del paciente y del profesional; se establece, asimismo, un compromiso mayor y una relación de persona a persona, con todo lo que esto implica, No hay que perder de vista, sin embargo, que esta interrelación está en crisis, pero no como fenómeno aislado, sino implícito en la modificación de la estructura social; a ese respecto Pedro Lain Entralgo afirma que: “El ejercicio médico ha debido soportar efectos condicionados por la automatización de los conocimientos, socialización de los sistemas médicos, irrupción del tercer pagador (obras sociales y prepagos), globalización de la información”.

El médico ahora está obligado a prestar servicios, adecuándose a los lineamientos del sistema, del que cada vez es más dependiente, derivado de ello resta horas al descanso, la

familia y la capacitación, multiplicando tareas mal remuneradas; ahora se le exige por una sociedad donde interesan sus conocimientos o dedicación, pero no así su éxito económico. En la dinámica actual dispone de menor tiempo para establecer una buena relación médico-paciente, que se logra sólo a través de la confidencialidad y la profundización de una respetuosa anamnesis, de la intimidad del examen, de observar, palpar, auscultar, conocer su familia y su medio; conocer ese todo que representa integralmente al ser humano, que acude enfermo y necesitado a la consulta y que, a la vez, es indispensable para una adecuada interpretación diagnóstica y un correcto tratamiento.

La actitud del médico ha variado a través del tiempo:

- Primero fue paternalista, dispensaba favores a un enfermo que no tenía derecho a reclamos; el hospital era de caridad (modelo francés), al cual se iba a “servir” o a aprender.
- Luego fue el médico que prestaba atención por obligación; en ese hospital, estilo alemán, el médico debía demostrar aptitudes. Se reconoce en esta etapa alguna posibilidad a reclamos del paciente.
- Posteriormente se aceptan la autonomía y los derechos del paciente, así como el respeto por sus creencias y valores.
- Recientemente se instala de manera progresiva la prestación consumista; relación entre quien presta un servicio y el que lo contrata (intermediarios).
- Actualmente se observa una amplia gama de estas diferentes actitudes, y una confusión en cuanto al verdadero papel del médico y del paciente.

A pesar de todo lo mencionado, nuestra sociedad cree en la medicina, no ya con la aureola mágica de sus comienzos, sino con fe en la sapiencia, experiencia y honestidad de quien la ejerce, pero, en contrapartida, aumenta en forma geométrica los juicios por supuestas o reales faltas de responsabilidad médica, cuando la falla verdadera estriba, con frecuencia, en no haber establecido una buena relación humana; a esto se añaden los crecientes reclamos de humanidad y ética en la *praxis* médica.

Los cuestionamientos hacia la actitud del médico no son nuevos, pues existen desde sus albores; ya Platón los diferenciaba en:

- “Médicos de esclavos”: dogmáticos; sólo daban órdenes; no escuchaban; no dejaban hablar; decidían por el paciente. Aún existe este tipo de médicos.
- “Médicos de hombres libres”: respetaban al paciente, hablaban y hacían hablar; acompañaban, ayudaban, apoyaban. Permiten la autonomía del paciente, decimos hoy.

Otras clasificaciones los distinguen como médicos científicistas, distantes, profesoriales, paternalistas y médicos curadores, más cercanos al paciente, más humanos. Con base en todos los avances, el médico debe ser excelente científico y curador también; la ética y la humanidad deberían ser reestablecidas en todas las profesiones y oficios.

También es menester reasumir actitudes que no deben perderse, como son considerar “al otro”; respetar voluntades, creencias y la dignidad humana y autorrespetarnos, así

como saber transmitir estos valores, predicar con el ejemplo. Es un deber intensificar estas pautas en la educación de pre y posgrado.

Toda relación médico-paciente precisa de varios elementos:

- Una demanda de ayuda a un profesional calificado por la presencia de un trastorno, un malestar o una enfermedad que altera la situación vital del paciente.
- Un profesional calificado, con conocimientos técnicos y experiencia como profesional.
- Una relación profesional entre las partes, aceptada por ambos, con una expectativa por parte del médico y del paciente, y que tiene –además de otros aspectos– una parte emocional-afectiva.

Esta relación está sometida a normas éticas, legales y culturales; la relación médico-paciente ha estado caracterizada por la asimetría informativa, en favor del médico, origen de la denominada relación de agencia. Internet puede cambiar esto, pues con ciudadanos mejor informados que acceden a esta información puede mejorar su salud y calidad de vida. Algunas experiencias llevadas a cabo en Estados Unidos muestran que una buena información a los pacientes acerca de los riesgos, así como la participación en la toma de decisiones sobre su tratamiento, mejora la calidad y los costos de la asistencia, aunque no todo el mundo comparte el mismo optimismo y puede no ser fácil alcanzar un modelo de decisiones compartidas.

El paciente espera que su médico le ofrezca:

1. Una relación de calidad y apoyo (se manifestaría con muestras de interés, calidez, empatía, autenticidad, consideración positiva), de forma verbal (digital, el contenido de la comunicación) y no verbal (analógico) que le inspire confianza como persona y le proporcione bienestar psíquico. En la actualidad, la relación paternalista, llena de confianza, está siendo sustituida por una relación de iguales donde predominan los derechos de los enfermos y la medicina defensiva del médico.

2. Tiempo de dedicación. Un procedimiento diagnóstico (la entrevista clínica, la exploración, las pruebas radiológicas, de laboratorio, etc.), y una explicación del mismo (cognición); el paciente espera un médico bien formado, actualizado e informado de todos los aspectos de su enfermedad.

3. Espera un profesional capacitado, con experiencia y habilidad; efectivo y eficiente, con información de calidad y actualizada, que le proporcione bienestar físico. Como vemos, varias de las acciones pueden mejorarse con la utilización de Internet, ya que los avances de la ciencia y tecnología en medicina hacen indispensable el momento del equilibrio entre la ciencia y el arte de nuestra profesión. Francis Peabody, en su obra *El cuidado de los pacientes*, cita: “La práctica de la medicina, en su sentido más amplio implica la relación total del médico y su paciente; esta relación es un arte basado en el gran desarrollo de la ciencia, pero destacando que gran parte del actuar médico queda fuera de los preceptos científicos; el arte y la ciencia en medicina no son antagónicos, y deben complementarse mutuamente.

Schwartz y Wiggins, en su artículo “Ciencia, humanismo y la naturaleza de la práctica médica”, dice: “Los pacientes tienden a ver a sus médicos como técnicos especializados, más que como doctores; asimismo, la tecnología se percibe como algo invasivo y deshumanizante. Dos tercios de los pacientes norteamericanos piensan que los médicos están primordialmente interesados en ganar dinero”. El arte de la medicina, visto como humanismo, se concibe como el modo de pensar o actuar en el interés del ser humano, sus valores y su dignidad tienen primordial importancia, por ello, las cualidades humanísticas de compromiso y comprensión deben ir unidas al aprendizaje de la ciencia y la tecnología.

En Medicina Interna se ha pedido que los programas tomen en cuenta la empatía, el respeto por los pacientes e integridad de los candidatos a ser certificados, además del humanismo; otros aspectos del arte de la medicina son la dedicación, el compromiso, el altruismo, la conducta ética, y lo que podríamos llamar “sentido especial” para comprender y manejar los problemas humanos.

Los principios éticos han sido desarrollados primariamente para beneficio de los pacientes, no de los médicos. Estos principios no sólo son diferentes de las leyes sino que están situados más alto que ellas. Pellegrino señala: “La ética nos hace más críticos de lo que estamos haciendo y diariamente debe llevarnos a meditar qué es lo que en realidad significa ser un buen doctor”.

El instinto especial que tienen algunos doctores es un sentido que crece con la experiencia, aunque muchos médicos con grandes conocimientos nunca lo obtienen; es el don que trae súbitamente la respuesta, frente a síntomas sutiles, permitiendo integrar nuestro conocimiento abstracto e individualizarlo en cada paciente. Significa también la buena comunicación, las palabras adecuadas frente a cada situación, el apoyo y la esperanza, elementos insustituibles en la buena relación médico-paciente. El humanismo médico y sus componentes analizados hacen de la medicina un arte, amenazado muchas veces por nuestras propias conductas y por la maraña burocrático-financiera en la cual debemos ejercer nuestra profesión.

La historia de las relaciones médico-paciente puede dividirse en tres periodos:

1. *Periodo de paternalismo.* Caracterizado por la dependencia del paciente y el poder total del médico; este sistema era relativamente barato, pero ineficaz, ya que es una medicina sintomática y rara vez curativa; es raro que hable de alternativas de tratamiento y menos del pronóstico; empero, realizada con humanismo, ayudó y llenó las necesidades de multitudes de pacientes. Aunque parece que ha desaparecido del todo, podemos decir que aún persiste de alguna manera en nuestro medio hospitalario.

2. *Periodo de autonomía del paciente.* Perteneció a la época en que se produce una explosión en el conocimiento médico y en la acción médica contra la enfermedad. El costo no es visto como un factor relevante si entra en conflicto con la autonomía del paciente, con sus necesidades y expectativas; es totalmente la época de autonomía de los pacientes. El equilibrio de poder entre médico y paciente desplaza sutilmente la primacía del primero; el consentimiento informado, que destaca la educación de los enfermos y el ejercicio de sus derechos, no debiera necesariamente alterar la relación médico-paciente,

sin embargo el fantasma de la *malpractice* está presente y los abogados están alertas para encontrar elementos y demostrarla. El médico se convierte en un verdadero “instrumento” del paciente, poniendo los conocimientos a su disposición y, de alguna manera, compartiendo las decisiones con él. El médico que sigue y actúa según los preceptos humanísticos analizados, con mucha probabilidad tendrá una buena comunicación y una buena empatía con sus pacientes; éstos procedimientos son los mejores antídotos para combatir la *malpractice*.

3. *Periodo de la burocracia.* La época de la burocracia y de la salud administrada está basada sobre todo en el análisis de costos; la calidad de la atención médica, siempre difícil de definir, no es más un fin en sí misma y será balanceada con los costos. El médico se enfrenta a los múltiples intereses de los grandes empleadores, de las corporaciones de la salud administrada, de las compañías de seguros, de las políticas hospitalarias, etcétera. En este contexto, la relación médico-paciente se ve afectada por corrientes importantes y decisivas que escapan a su control.

Para poder desarrollar en ese ámbito la relación medico-paciente, piedra angular del ejercicio médico, debemos seguir los preceptos que se sugieren a continuación:

La elección (libre elección) es un elemento crítico. Las cuatro dimensiones son: elección del médico en atención primaria; elección de especialistas y facilidades en una urgencia y en condiciones excepcionales; la elección en el seguro catastrófico es un ejemplo claro y, finalmente, la elección frente a alternativas diferentes de tratamiento.

Los pacientes desean ser tratados por médicos de su elección aunque estén fuera de su aseguradora de salud, de donde se comprende que la libre elección es un elemento que no puede ser soslayado. Este es el principio fundamental de la bioética, definido como el derecho de toda persona a decidir por sí misma en todas las materias que la afectan, de una u otra manera, con conocimiento de causa y sin coacción de ningún tipo.

Capacidad. Los pacientes esperan ser tratados por médicos competentes, es decir, por un médico con conocimiento y al tanto de los nuevos adelantos y técnicas; un buen manejo para plantear el diagnóstico y los procedimientos terapéuticos; un buen juicio clínico para realizar el estudio, y los exámenes necesarios para llegar al diagnóstico y selección de la terapia más adecuada. Asimismo deberá contar con el conocimiento de sus limitaciones, para recurrir a un sub-especialista en caso necesario.

Comunicación. Una relación ideal médico-paciente requiere de una buena comunicación; el médico debe escuchar al paciente (lo que requiere de tiempo), debe entender sus preocupaciones, sus valores, los efectos de la enfermedad en su familia, trabajo, así como otros aspectos importantes para el paciente. La buena comunicación mitiga los eventuales efectos negativos de la relación médico-paciente y es el mejor seguro contra problemas judiciales.

Empatía. El paciente necesita médicos capacitados, caritativos y empáticos; la comunicación con este tipo de médicos ayuda al paciente a soportar sus problemas durante

periodos de gran tensión. A veces el médico debe ayudar al paciente a replantear sus valores, incluso a expensas de sus sentimientos, colocando sus exigencias y expectativas de tiempo. En este proceso el médico debe demostrar su compromiso y cariño.

Continuidad. Es fundamental la continuidad de la atención, ya que si el paciente, por las leyes del mercado, está obligado a cambiar de previsión y de médicos, se pierde el efecto de la continuidad y la confianza para aceptar sugerencias sobre el estudio y tratamiento. Las empresas de salud administrada pueden ahorrar considerablemente si aseguran la continuidad en la atención de los pacientes.

Conflicto de intereses. Se espera que el principal interés del médico sea el bienestar de su paciente, evitando toda situación que tenga como fin último su enriquecimiento personal, aunque, por otra parte, la presión económica de las empresas de salud puede llevar a abaratar costos en desmedro del bienestar del enfermo. Una conducta ética, la buena comunicación y la continuidad en la atención, pueden alejar estos problemas, manteniendo un adecuado equilibrio entre las necesidades del paciente y los complejos intereses económicos que rigen el ejercicio actual de la profesión médica.

La relación médico-paciente está sujeta a evaluación constante en términos de derechos y deberes, y ha sido históricamente reconocida y formulada en el juramento hipocrático. Actualmente ha sido sustituida por leyes y principios que velan por una moralidad adecuada. La ética del profesional de la sanidad tiene que orientarse hacia el beneficio del paciente, anteponiendo estos objetivos a los intereses personales. Aunque las obligaciones morales se clasifican en permitidas, obligatorias y prohibidas, el médico puede brindar una actuación moral añadida denominada “supererogatoria”, concepto que, derivado del latín, significa “pagar más de lo requerido”; en otras palabras, es “ir más allá del deber”. La parábola del Buen Samaritano es un ejemplo de comportamiento supererogatorio.

En el contenido de la ética médica surgen dos posturas irreconciliables o antagónicas: una es la cimentada en la defensa de los intereses de la persona enferma, y otra la que está basada en la protección del propio interés; entre el altruismo y los intereses propios o de terceros, se manifiesta una tensión que el médico debe enfrentar y resolver; los médicos tienen que escoger entre dos mundos: uno gobernado por las virtudes, normas éticas y compromiso con el paciente, y otro regido por las reglas dictadas por políticos, economistas y el mantenimiento del propio interés.

La institucionalización de la práctica clínica ha deshumanizado las relaciones interpersonales; el reconocimiento de los derechos del enfermo, el respeto al principio de autonomía, la libertad de conciencia y el pluralismo moral, imposibilita tomar decisiones aceptadas por todos. El código del juramento hipocrático, que refleja una relación paternalista entre el médico y el paciente, no se puede aplicar en la ética actual.

Hay otros factores importantes que contribuyen al desmantelamiento del concepto ético tradicional de la medicina; uno de ellos es la política de libre mercado y la legitimación que tiene todo profesional de obtener beneficios propios como resultado de su actividad; el otro es la denominada “medicina defensiva”; todo ello englobado en la amplitud de las funciones del médico, mismas que se desarrollan en múltiples facetas: como científico,

hombre de negocios, ejecutivo, burócrata, conecedor del derecho y del ordenamiento jurídico que regula su actividad, tomador de seguros de responsabilidad civil y penal, gestor y regulador económico de recursos sociales, y, además de todo lo anterior, velar por los intereses del enfermo y sus allegados.

La palabra profesión (*pro-fesio*) significa promesa de servicio desinteresado, compromiso moral *a priori*, autoridad moral, ética de máximos (excelencia), vocación y aceptación de normas específicas. En la antigüedad existía otra característica diferencial, que era el compromiso personal a través del juramento hipocrático, con su matiz religioso, en donde el médico se autoimpone el nivel de excelencia, el altruismo y la no defensa de sus intereses personales, anteponiendo el nivel de beneficio del enfermo, pues el objeto con el que trata, la vida del ser humano, tiene una apreciación mucho mayor que cualquier otro. Si se producen errores (que se llegan a traducir en muerte), no se pueden reparar, como ocurre en otros oficios. En el acto médico se exigen cualidades morales que eviten la negligencia, por ejemplo una ética de máximos.

A todo profesional de la medicina se le exige una ética disciplinaria o de nivel 1 (no maleficiencia y justicia), de ámbito público y de deberes perfectos; al sanitario, asimismo, se le impone una ética no disciplinaria o de nivel 2 (beneficiencia y excelencia), de ámbito privado y de deberes imperfectos.

La relación humana de la práctica médica se da en cinco puntos:

1. Asimetría de la relación.
2. Relación basada en la confianza.
3. Naturaleza moral de la decisión médica.
4. Naturaleza del conocimiento médico.
5. La complicidad del médico en lo que le suceda al enfermo.

El concepto de prudencia (*phronesis*) ocupa un lugar especial entre las virtudes, sirviendo de puente entre las intelectuales (conocimiento de la verdad) y las morales (justicia, fortaleza, templanza y generosidad); es el mismo concepto que, a la vez, nos permite discernir los medios más apropiados para alcanzar el bien en circunstancias particulares, y tomar decisiones en condiciones de incertidumbre, utilizando la razón para ponderar en circunstancias reales y decidir.

Los Principios de Ética Médica Europea indican que “el médico, en el ejercicio de su profesión, se abstendrá de imponer a su paciente sus opiniones personales, filosóficas, morales o políticas”; el respeto ético hacia las convicciones de los demás se ha de manifestar de modo diferente en distintas situaciones. El médico debe reconocer que la gente desea ser fiel a sus propias creencias y tradiciones, y que le gusta que se las tenga en cuenta; en consecuencia, el médico se abstendrá, en la medida de lo humanamente posible, de aplicar o aconsejar tratamientos que contradigan esas convicciones, y cumplir así su deber moral de no violentar la conciencia de su paciente, respetando las limitaciones que le impone su credo religioso o sus tradiciones culturales.

El médico no puede ignorar el importante papel que la religión y la tradición cultural desempeñan en la adaptación del paciente a la enfermedad y en la aceptación del

sufrimiento y la muerte; por humanidad y tolerancia el médico debe acceder a todo lo razonable que, en respeto de sus creencias, le pida el paciente; entre otras razones porque ese respeto es un derecho del paciente. La Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial (1981), indica en una de sus cláusulas: “El paciente tiene derecho a recibir o rechazar la asistencia espiritual y moral, incluida la ayuda de un ministro de su propia religión”.

La abstención del médico de imponer las propias convicciones implica excluir la manipulación ideológica, el engaño y el abuso mental, pues, igual que en el resto de la sociedad, hay entre los médicos algunos individuos fanatizados. El médico renunciará a cualquier procedimiento, por sutil que sea, con el que dé a entender a su paciente que la atención que va a recibir dependerá de su sometimiento a determinadas directrices ideológicas o de conducta impuestas por él; no se debe olvidar que también puede ocurrir lo contrario, es decir, que algunos enfermos poderosos y manipuladores pretendan dominar ideológicamente al médico, así que en el ejercicio de su profesión, el médico respetará las convicciones del enfermo o sus allegados y se abstendrá de imponer las propias.

Ante enfermedades incurables y terminales no debemos adoptar medidas que linden con la futilidad, y a costa de sufrimientos y costos del paciente y sus familiares, evitando el encarnizamiento tecnológico; debemos favorecer la ortotanasia, es decir, dejar que la enfermedad progrese al máximo bajo un tratamiento paliativo.

Actualmente ha habido importantes cambios en la sanidad a nivel nacional y mundial, desarrollándose de forma importante los aspectos bioéticos de la asistencia, lo que ha llevado a que los enfermos estén, en general, mejor informados.

El sistema sanitario es de cobertura prácticamente universal en nuestro país, con un gran desarrollo tecnológico y de conocimientos médicos que casi no nos da tiempo de integrar; el diagnóstico por imagen y las técnicas de laboratorio, como fundamento del diagnóstico, cada vez ganan más terreno a la historia clínica y a la exploración física.

Asimismo, podemos apreciar en el panorama los siguientes elementos:

- Un incremento del papeleo y una burocracia que imponen una barrera para el acceso a los servicios de salud, así como las limitaciones económicas para la asistencia, restricciones que se imponen a las decisiones médicas, entre otras consideraciones además de las clínicas.
- El “centro de salud” sustituye al médico de cabecera en la “responsabilidad” del cuidado de la salud de cada paciente.
- La incorporación de redes de telecomunicaciones a nivel local, regional, nacional e internacional permite un sistema sanitario integrado y virtual, donde lo administrativo perderá importancia y la información ganará.

La relación medico-paciente, esencia del ejercicio de la medicina, se produce cada vez que un profesional a quien la estructura social y jurídica de un país ha catalogado como idóneo para ejercer la medicina; esta relación es el elemento primordial de la práctica médica, y para que tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico. La relación médico-paciente se da por:

- Decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.
- Acción unilateral del médico, en caso de urgencia.
- Por solicitud de terceras personas.
- Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

El médico, como profesionalista, se compromete a poner todos los conocimientos a su alcance para efectuar un procedimiento, médico o quirúrgico, actuando con el apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico, su diligencia y cuidado personal, para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.

Cuatro son las características principales que distinguen al acto médico:

1. El profesionalismo en el acto médico.
2. La ejecución típica, *Les artis ad hoc*: tener como objetivo la curación o rehabilitación del enfermo, y la licitud, o sea su concordancia con las normas legales.
3. Los actos médicos directos son mediante la intervención médica, por la cual se pretende la curación o alivio del enfermo, actos que pueden ser preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación.
4. Las obligaciones del médico son: secreto profesional, información adecuada y consentimiento, obligación de conocimiento, obligación de diligencia y técnica, continuidad en el tratamiento, asistencia y consejo, y certificación de la enfermedad y del tratamiento efectuado.

Bibliografía

1. Arancibia Ortúzar, Hernán. "La relación médico-paciente en la era de la salud administrada." *Rev Chilena de Cirugía* 53 (6):527-530. 2001.
2. Bisteni, A. "El médico, la ética y la universidad." *Gac Méd Méx* 131: 120-121. 1995.
3. Braceras, Diana. "Relación médico-paciente" y "El arte de curar" Salud Mental y Psicoanálisis en Cátedra de Salud Mental, Facultad de Medicina de la UBA. Eudeba. 1999.
4. Burbinski, Beatriz, y Naser, Miguel A. "Reflexiones acerca de la relación médico-paciente." *Arch Argent Pediatr* 97:43-46. 1999.
5. Cifuentes Ramírez, A. "Tribunales de ética médica." *Cardiolili*. 2002. [<http://cardiolili.org>]
6. Díaz del Castillo, E. "Reflexiones sobre humanismo, pediatría y perinatología." *Rev Méd IMSS* 33:213-216. 1995.
7. Do Pico, Juan Carlos. "Reflexiones sobre ética en Medicina (Perspectiva de un abogado)." *Rev Asoc Med Argentina* 111 :55-56. 1998.
8. Gutiérrez Jaramillo, Javier (Presidente Comité Ética Médica). "Ética médica y la relación medico-paciente." Clínica Fundación Valle del Lili.
9. Iris Falasco, Silvia. "Relación médico paciente." *Rev Soc Med Int Buenos Aires* 2:3-5. 2001.
10. J. Roncoroni, Aquiles "Disertación sobre el papel de las empresas de la salud y su incidencia en la relación medico-paciente." Clínica Modelo de Paraná. 2001.
11. Kirchner, GR. "La modernización de la atención a la salud." *Rev Méd IMSS* 31 :253. 1993.
12. Lain Entralgo, Pedro. *La relación médico-enfermo*. Madrid. Alianza Editorial. 1983.

13. Latapí, P. "Medicina: ¿Crisis profesional o crisis humana?" *Gac Méd Mex* 115(4). 1979. En: *Orientaciones en la formación Médica*, pp. 78-82. 1998.
14. Lifshitz, A "Lo humano, humanístico, humanista y humanitario en medicina", *Gac Méd Mex* 133:238-43. 1997.
15. Lifshitz, A. "Morir con dignidad." *Rev Méd IMSS* 33:10-14. 1995.
16. Moreno Gea, Pedro, y Blanco Sánchez, Ma. del Carmen. "La relación médico-paciente ante las nuevas tecnologías." *Revista electrónica de psicología* [<http://www.psiquiatria.com>]
17. Muñoz, HO, Garduño JE y Treviño GN. "Humanismo y ciencia médica. Una falsa dicotomía." *Rev Med IMSS* 33:1-5. 1995.
18. Nizama-Valladolid, Martín. "Humanismo médico." *Rev Soc Peruana Med Int* 15:1-11. 2002.
19. Pellegrino, Edmund. "La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica." *Bol. OPS* 108:379-89. 1990.
20. Quijano N., Manuel. "Reflexiones sobre la medicina mexicana." *Gac Méd Mex* 131 :91- 95. 1995.
21. Sanz Ortiz, Jaime. "Clima moral de la práctica médica." [<http://www.atheneum.doyma.es/Socios/sala1/lec03eti.htm>]
22. Terrés Speziale, A. "Humanismo en el tercer milenio." *Rev Méd IMSS* 38:405-415. 2000.
23. Treviño, GN. "Humanismo y Medicina." *Rev Méd IMSS* 31 :33-36. 1993.



Mydocalm-A®



La desprofesionalización de la medicina

Dr. Ángel Ignacio León Paoletti, Dr. José Francisco González Martínez

Resumen

SEVEROS CAMBIOS AFECTAN HOY a la relación médico-paciente y, en consecuencia, a la profesión médica. Para mantener y fortalecer la concepción de la atención de la salud como una empresa social, se reclama salvaguardar los principios de la medicina como profesión y, muy en particular, acrecentar su capital intelectual para detener el grave problema de la desprofesionalización. Es responsabilidad no sólo del sector médico, sino de toda la sociedad, adoptar medidas que aseguren que la profesión médica no siga deteriorándose y que la medicina se mantenga como el ejercicio de una noble profesión, y no se convierta en el simple desempeño de un oficio. Los médicos no deben abdicar de su papel tradicional como líderes en la atención de la salud y, más bien, capacitarse en disciplinas como economía de la salud, la administración y la gerencia, integrándose con decisión a los sistemas de aseguramiento como agentes de los pacientes y como defensores de los principios básicos que constituyen el profesionalismo médico al servicio de la humanidad. Los médicos deben ser los líderes en la atención de la salud en el siglo XXI, y su responsabilidad primaria debe ser la preservación del profesionalismo de la medicina en el contexto de un nuevo contrato social, luchando por la moralidad de la salud. Son muchos y diversos los cambios que se están produciendo en los sistemas sanitarios modernos, influenciados por las diversas transiciones sanitarias; describimos algunas de las nuevas funciones que debe desempeñar la profesión médica para adaptar el ejercicio profesional a la dinámica de cambio social, promovida por las transiciones sanitarias. Por último, resumimos las tendencias y reflexiones acerca de la actuación del futuro médico y su contrato con la sociedad.

Introducción

El concepto de profesión se define por la pertenencia de sus miembros a un cuerpo especializado de conocimiento, por su vocación de servicio y por su capacidad para autorregularse; por tanto, organizar el modo en que ofrecen sus servicios. La palabra profesión proviene del latín *professionem* que significa acción y efecto de profesar; hacer una declaración pública que implica promesa y compromiso, razón por la

que las profesiones están integradas por grupos que han declarado de manera pública que sus miembros actúan de determinada manera y que tanto el grupo como la sociedad podrán disciplinar a los que así no lo hicieren en beneficio de la sociedad a la que servimos; es en ese sentido que los profesionales de la medicina tenemos la obligación de actuar como nuestros propios vigilantes.

El centro del profesionalismo médico debe considerar todas las actitudes y comportamientos que permitan mantener el interés del paciente por encima del interés personal del médico; profesionalismo significa “compromiso de servicio” en términos de responsabilidad social; de servicio idóneo y de calidad, anteponiendo la seguridad y el bien del paciente a cualquier otra consideración. Profesionalismo también significa autonomía profesional e intelectual con independencia en la toma de decisiones.

Hoy la profesión médica se encuentra en crisis, lo que refleja de alguna manera la existencia de un conflicto subyacente de valores; esta crisis afecta a la competencia profesional, la capacidad de la autorregulación, la definición de los estándares de calidad de atención sanitaria, la vocación de servicio altruista y la transparencia de las decisiones profesionales. El más preocupante indicador de desprofesionalización de la medicina es la pérdida de la autonomía en la toma de decisiones en beneficio del paciente y la sociedad, a causa de las imposiciones de la estructura administrativa de la atención gerenciada de la salud, cuyo objetivo casi único es la contención de costos para lograr mejor rendimiento económico. Dicha situación crea una verdadera contradicción ética y es un factor importante de la desprofesionalización del médico; el deber insustituible del mismo es ser agente de los pacientes, constituyendo la esencia de su actividad diaria. El médico es el promotor de los valores de la salud por encima de los valores del gobierno o de los planes corporativos de atención de la salud; se reconoce que, al defender el interés del paciente, esto pueda significar la animadversión de las corporaciones que administran los programas de salud, pero precisamente la falla del médico en su deber así concebido es lo que causa la erosión de los valores de la medicina; esta responsabilidad es la que diferencia al verdadero profesional médico del doctor mercenario de una compañía.

Los sistemas de salud, supuestamente estructurados para mayor cobertura y equidad, han dejado de ser un servicio social para transformarse en oportunidad de negocio, ya que al convertir al paciente en cliente se pierde la dimensión social y humanitaria, y el cliente preferido viene a ser el que menos recursos consume; y en ese mismo sentido el mejor médico es el que menos exámenes, medicamentos o interconsultas ordene al cliente. En los nuevos sistemas las enfermedades catastróficas se convierten en un indeseable riesgo económico, cuyo resultado ha sido la más grave crisis en la historia de la salud, que ha creado una situación de acoso y limitaciones en la cual el profesional médico intenta cumplir su obligación social, además de formar los nuevos médicos y demás profesionales del equipo de salud.

La autonomía intelectual en la profesión médica desaparece al trasladarse la toma de decisiones de la jerarquía profesional a la burocracia administrativa de las empresas intermediarias. El médico es entonces llevado a cambiar su misión de defensa del interés

del paciente en pro de los intereses de la entidad intermediaria y se le convierte en una pieza más de la estructura de la empresa; el imperativo hipocrático pasa entonces a ser sustituido por un mandato burocrático, cuyo resultado es el debilitamiento o desaparición del imperativo ético y moral que significan los conceptos básicos de devoción, entrega y dedicación de hacer lo óptimo por el paciente.

El ejercicio médico se fundamenta en la toma de decisiones en un contexto intelectual basado en evidencia científica; el acto médico es un ejercicio médico en humanismo, y se basa en una insustituible relación de confianza mutua entre dos personas –el médico y el paciente–, cuyas dimensiones humanas y de espiritualidad deben ser individualmente consideradas y atendidas; la calidad de la atención depende ante todo de la intensidad del cumplimiento del imperativo hipocrático, o sea del profesionalismo médico. La medicina y su práctica es algo más que un arsenal enciclopédico y estático de conocimiento.

Otro componente perdido del profesionalismo médico –además de la autonomía– es el de la autorregulación. Históricamente la medicina ha ejercido con responsabilidad y compromiso social; las organizaciones profesionales y las sociedades científicas han promovido la excelencia, han sentado los requisitos mínimos para el ejercicio; han definido credenciales para la práctica médica; han organizado comités, consejos y tribunales de ética y de conducta profesional. La medicina –como pocas profesiones– tiene mecanismos institucionales propios de control, de auditoría y de garantía de calidad, y se han establecido procesos académicos de acreditación y certificación. Infortunadamente la capacidad de autorregulación de la medicina también se ha debilitado ante la dominación burocrática de las entidades intermediarias que hoy administran los dineros públicos destinados a la atención de la salud; la manera como funciona el sistema de atención gerenciada de la salud atenta contra los fundamentos y la estructura misma de la medicina, considerada como ciencia y profesión, al transformar la atención de la salud en un negocio y al reconocerle sólo dos dimensiones: una social o económica y otra estructural o administrativa, dejando a un lado la tercera dimensión, que es la humanitaria y científica, las cuales constituyen la esencia de la profesión médica.

Otro factor de desprofesionalización es el que está asociado a un déficit de competencia profesional, y sus posibles consecuencias, el cual consiste en una calidad asistencial disminuida o resultados clínicos inapropiados; los errores médicos, las variaciones no justificables de la práctica clínica y los estilos de práctica profesional inadecuados constituirían ejemplos de una competencia profesional deficiente. Asimismo, lo es la tendencia a la ocultación del error médico y, sobre todo, la indiferencia y la tolerancia ante situaciones de práctica profesional que pueden ser mejoradas.

El profesionalismo requiere que el médico aspire a la excelencia en altruismo, rendición de cuentas, representación de los intereses del paciente, deber hacia el paciente, honor, respeto e integridad. Todos estos puntos deben ser parte integral de la actitud del médico, así como el comportamiento y destreza en la atención a los pacientes. La excelencia técnica y las pericias clínicas son aspectos clave del profesionalismo médico, pero no son más importantes que las cualidades cruciales mencionadas como respeto, honestidad, altruismo, etcétera. Junto con las actividades del sector privado, público o

gobierno, el profesionalismo debe ser la piedra angular de cualquier sociedad estable, y es por ello que el profesionalismo debe considerarse como una fuerza estabilizadora y de protección moral en las sociedades; de una manera u otra, el compromiso implica que el médico se haga presente en las tareas políticas de la atención de la salud. No parece haber alternativa: si los miembros de la profesión médica no nos comportamos con profesionalismo estaremos poniendo en peligro el tradicional contrato social con el público; sólo por medio de esta conducta podrá nuestra actividad merecer el respeto y la autonomía que la sociedad nos otorga.

El complejo médico-industrial y comercial de la salud

Los profesionales médicos –desde la fundación de nuestra profesión– hemos dado por hecho que la relación entre los pacientes y nosotros es como un acto de autonomía mutua, fortalecido por la confianza, resguardado por la ética profesional y cobijado por la calidez del trato humano. El modelo tradicional de práctica médica que prevaleció por veinticinco siglos era el de un paciente que acudía al médico para que éste actuara como su agente y tomara decisiones en su favor, utilizando para ello un conocimiento avanzado, pero con total autonomía, y entre ellos dos mediaba el honorario, como una forma de honrar a quien ponía su conocimiento al servicio de su paciente. Entre tanto, hemos descuidado otros aspectos permitiendo que a nuestras espaldas se desarrollara un monstruo corporativo: el complejo industrial y comercial de la salud (tabla 1), cuyos intereses se cifran sobre todo en el producto económico de la atención de la salud.

Durante la segunda mitad del siglo xx la carrera tecnológica, junto con su espiral alcista de costos, desbordó la capacidad de los hogares de enfrentar por sus propios medios los costos de un evento, enfermedad o accidente; así, aparecieron los seguros médicos como un mecanismo de protección frente a la probabilidad de la ruina financiera, sin embargo los seguros médicos sólo aceleraron el proceso de encarecimiento de los servicios de salud, pues al no haber la limitante de la capacidad de pago del cliente, se generó el riesgo moral, facilitando la inducción de la demanda y el desarrollo de la medicina defensiva.

Tabla 1. *El complejo industrial y comercial de la salud*

-
- La industria farmacéutica.
 - La industria de equipos médicos.
 - La industria de la construcción.
 - Las compañías aseguradoras.
 - Las agencias de publicidad.
 - Los bufetes jurídicos.
 - Los bufetes de contadores.
 - Las asesorías administrativas.
 - Las clínicas y hospitales.
 - Los laboratorios clínicos.
 - Los consultorios de diagnóstico.
-

Luego aparecieron planes de salud integrales con un control más estricto del gasto médico, control que sólo logran por medio del asegurador, al dar incentivos financieros y no financieros al médico para que racionalice el uso de los recursos de que dispone. En los sistemas de salud se usan mecanismos diferentes para contener costos y distribuir recursos; y cualquiera de ellos genera el problema de la doble lealtad; la única posibilidad de recuperar en exclusiva la lealtad con el paciente es regresando a la responsabilidad del paciente con la totalidad del costo de la atención, aunque es obvio que eso no va a ocurrir por ahora. La doble lealtad no es, pues, un problema generado sólo por el asegurador, sino por cualquier mecanismo de contención y dispersión de riesgos y costos financieros; no es un problema moralmente cuestionable, sino una consecuencia obligada de la evolución de los servicios de salud.

Lo que se debe criticar es lo que se oculta, ya que tras ella se encuentra el lucro. Los recursos que el médico utiliza para tratar a su paciente no le pertenecen a éste ni a aquél, sino al grupo de personas que han optado por un esquema cooperativo de protección financiera; el hecho de que la capacidad de pago del paciente desaparezca del acto médico y pase a un tercero no implica ignorar el costo de oportunidad de las decisiones clínicas; por lo contrario, implica una responsabilidad mayor frente a la colectividad, lo cual crea la doble lealtad en el médico, o sea la lealtad frente a su paciente y frente a los demás beneficiarios de los recursos disponibles.

Es indispensable que el “complejo médico-industrial” ponga los intereses del público por delante de los de los accionistas; este complejo puede destruir al médico tradicional, para convertirlo en “empleado” de las corporaciones con fines de lucro y hacerlo más responsable ante dichas instituciones que ante sus pacientes. Bajo dicho esquema se argumenta acerca de los límites de los recursos económicos de quienes pagan por la atención de la salud, es decir de los patrones, los gobiernos y las compañías aseguradoras, y buscan estrategias para administrar los gastos, exaltando temas como la eficiencia y su relación con el costo. En ese entorno, el papel del paciente y su doctor, tradicionalmente los protagonistas del acto médico, ha sido relegado a un plano no prioritario, donde las grandes decisiones los rebasan, pues éstas las están tomando los administradores y los empresarios. Ciertamente la profesión médica no debe oponerse a la participación del capital privado en las tareas de la atención de la salud de la sociedad, siempre y cuando éstas se realicen como un compromiso de solidaridad social, apegado a los principios del profesionalismo médico y con respeto irrestricto a los derechos de los pacientes. El llamado complejo industrial y comercial requiere de una regulación para que su objetivo principal sea el de rehabilitar; que su finalidad no sea la de distribuir los beneficios a sus inversionistas, sino la de innovar, crear riquezas y ofrecer los productos y servicios que la sociedad necesite.

El “Managed Care” es un modelo de atención conocido en los Estados Unidos –su país de origen–, siendo una “medicina administrativa” o “medicina gerenciada”; es una medicina corporativa por su propia naturaleza, terminología y orientación, pues los valores corporativos se basan en ganancias, competencia y responsabilidad hacia los accionistas. Todos ellos son respetables en el mundo de los negocios, pero no constituyen los valores

de un médico, cuya conducta debe centrarse en las necesidades de los pacientes y no en el acuerdo de negocios.

Con el “Managed Care” se ha producido un fenómeno sorprendente: el desvío de los recursos de aplicación directa para la atención a la salud hacia costos administrativos y utilidades corporativas. Esta modalidad de servicio es, sobre todo, un sistema prepago de seguro de salud, en el cual el costo del riesgo es transferido del ente que tradicionalmente lo ha asumido, el asegurador, al ente que provee el servicio, e incluye una amplia gama de modelos de financiamiento y administración del aseguramiento. Sus organizaciones seleccionan a la población afiliada, intentando enrolar gente joven, con baja probabilidad de enfermar y de incurrir en costos; la atención a la salud, así convenida, se presta bajo la administración y control de grandes corporaciones privadas mediante sistemas de capitalización, transfiriendo el riesgo financiero a los hospitales, clínicas y médicos.

Vemos con profunda preocupación la reducción del capital intelectual de la profesión médica y la erosión de los valores éticos y morales de la atención de la salud, apabullados por una rígida teoría económica y, lo más grave, la desprofesionalización de la medicina que causa el inexorable proceso de burocratización, proletarización y pérdida de su autonomía intelectual. La medicina gerenciada es el resultado del sueño de un negociante; una industria de rápido flujo de recursos, el pago anticipado y garantizado de servicios que se contratan al gusto del intermediario que recibe y administra los fondos, con capacidad de transferir el riesgo económico a los hospitales, la libertad para fijar las tarifas unilateralmente, y la peculiar estructura que permite demorar los pagos. Es la creación de una nueva industria, la de la salud, con una visión estrecha de contención de costos para obtener un mayor lucro, con desatención total a los valores de la medicina y de la salud pública, además de una gran indiferencia a los derechos del paciente; todo ello con carencia absoluta de una infraestructura de información y prácticamente sin mecanismos de control. El diálogo en el sector de la salud que antaño versaba acerca de la calidad de atención, investigación y progreso tecnológico, ahora se refiere a capitalización, facturación, ingresos, mercadeo, contratos comerciales y auditoría de costos.

El nivel de insatisfacción y frustración es máximo en los profesionales de la salud, y los médicos jóvenes se forman con una visión defensiva, cínica y mercantilista de su profesión. La industrialización de la salud bajo las fuerzas del mercado no es un fenómeno universal, pues en algunos países no existe; estamos ante un problema de filosofía social, de actitud. Los intentos por transformar el binomio paciente-médico en una relación de negocios amenazan no sólo al médico como profesional, sino también al individuo como paciente. Con la exaltación del profesionalismo se pretende preservar la relación médico-paciente y se intenta eliminar conflictos de interés financiero, que son los más amenazantes para el vínculo entre ellos.

El profesionalismo médico y la calidad de la atención médica

Existe una amplia asimetría en la información respecto a la relación médico paciente, discordancia que surge del conocimiento altamente especializado del profesional de la

medicina y lo conduce a ser el agente del paciente; el mismo asume la responsabilidad y se compromete a actuar siempre en beneficio de su paciente, garantizándole, además, que el comportamiento del médico será para el bien suyo y estará controlado y regido por los cánones autoimpuestos de la profesión. Aquí aparece el autocontrol de la profesión como un factor primordial del profesionalismo y el control por pares como garantía de que alguien con el mismo nivel de información vigilará las actuaciones indebidas del agente. Adicionalmente, para que el profesional actúe como tal, es indispensable que tenga autonomía pues, dado el conocimiento especializado y la característica aplicación del mismo en casos individuales con amplia incertidumbre, el profesional juega permanentemente con resultados esperados y con árboles de probabilidades que están lejos de ser estandarizados, o bien convertirse en un conjunto de algoritmos aplicables por un técnico, lo que convertiría a la profesión en un oficio.

El juicio clínico es un ejercicio profesional por excelencia, que requiere para su completa materialización de la autonomía del médico; este –el médico– es uno de los pilares fundamentales del profesionalismo, y pilar fundamental de la calidad en el servicio de salud. La calidad de la atención a la salud depende fundamentalmente de la idoneidad del médico, calidad, dada por el profesionalismo, junto con equidad y eficiencia, trípode que soporta cualquier política de un sistema nacional de salud. La equidad significa que el paciente merece todo sin importar su capacidad de pago, es decir que debe recibir servicios según su necesidad; el médico, así, entiende su profesionalismo en términos de ser fiel a estos dos pilares de la política de salud: la calidad y la equidad.

Sin embargo, hay un tercer pilar, que es la eficiencia; para el economista es justicia en la distribución de los recursos. Los recursos son siempre escasos frente a las necesidades ilimitadas en materia de salud, y por ello su distribución debe ser vigilada. Cuando el médico se aferra al pilar de la calidad y equidad en defensa del profesionalismo e ignora el efecto que su comportamiento en la práctica de la profesión genera en términos de eficiencia en el gasto de recursos de salud, está generando un problema que tarde o temprano termina golpeándole la espalda. Y aunque aún es muy controvertido este otro pilar de la eficiencia, debe ser considerado por el médico.

Aunque el médico regido por su ética hipocrática no debe sino buscar el beneficio del paciente, esto no lo puede llevar a ignorar el efecto que sus decisiones clínicas tienen en los recursos disponibles. El concepto económico sobre el costo de oportunidad tiene, en el caso de los servicios de salud, una demostración que se cuenta en vidas humanas y sufrimiento: los recursos que un médico gasta en un paciente ya no podrá gastarlos en otro, y ya no estarán disponibles para otros colegas y sus pacientes. Esta enorme responsabilidad ha sido tradicionalmente ignorada por el clínico, y parece como si el principio de justicia se aplicara sólo en el ámbito de la obligación para el paciente y desconectado de los demás enfermos. La realidad es que el médico es tan responsable frente a su paciente como ante los otros pacientes, y esta responsabilidad se manifiesta en el uso racional que haga de los recursos. Es necesario que el médico asuma su responsabilidad en la distribución de los recursos, como estrategia para conservar su autonomía, pero a la vez se requiere renegociar el contrato entre la profesión y la sociedad. Si el médico es quien

finalmente determina cómo se utilizan las cuatro quintas partes de los presupuestos para la salud, y si los individuos ya no llegan al médico por su propia cuenta sino amparados por un tercer pagador, es el médico quien tiene hoy en día la obligación de hacer un uso racional de los recursos; si no lo hace, los terceros pagadores lo harán por él; lo presionarán a seguir protocolos, lo someterán a revisión por pares o a segundas opiniones, o finalmente lo obligarán a asumir riesgo financiero bajo contratos de capitalización u otros incentivos monetarios.

No se trata de que el médico se obstine en defender una posición que en el contexto actual no es sostenible; el modelo tradicional de la práctica médica basado en la ética hipocrática no es posible sostenerlo ya. En sana lógica, si el médico extiende su principio de justicia a su responsabilidad como distribuidor de recursos, cumple con una obligación que hoy en día ya no puede eludir, y ejerce en el micronivel, operativo, lo que el formulador de políticas cuando toma decisiones en el macronivel. Sin embargo, esto implica tomar decisiones drásticas, y a veces trágicas, como es restringir el acceso de unos para permitir un mejor acceso a otros y, de este modo, contribuir a que los recursos sean usados de manera eficiente sin necesidad de tener un supervisor que coarte su autonomía basándose en desautorizaciones y glosas; reaparece el concepto de autonomía como el eje del profesionalismo.

Los médicos deberían deliberar, intervenir responsablemente y no excluirse de participar en el diseño del futuro de la atención médica; y el Sistema Nacional de Salud

TABLA 2. *Cambios que afectan a la profesión médica.*

-
- Aumento de la longevidad.
 - Disminución de la natalidad.
 - Inmigración.
 - Incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas.
 - Pauta de comorbilidad de la enfermedad.
 - Rapidez del desarrollo científico.
 - Intensidad del cambio tecnológico.
 - Globalización de la economía.
 - Legislación de la práctica médica.
 - Presencia de los medios de comunicación.
 - Usuarios informados.
 - Acceso inmediato y universal a la información.
-

TABLA 3. *Consecuencias de los cambios sanitarios.*

-
- Aumento de la complejidad asistencial.
 - Incertidumbre en la práctica clínica.
 - Tendencia a la subespecialización.
 - Diversificación profesional.
 - Aparición de asociaciones de usuarios.
 - Incremento de conflictos de intereses.
 - Mayor oferta de posibilidades de prestaciones sanitarias.
 - Relativismo moral frente a los cambios.
-

debería modificarse para otorgar realmente servicios de salud equitativos a toda la población. La atención médica –como la conocimos hasta hace poco–, parece encontrarse en extinción; el financiamiento de los servicios, las crecientes expectativas y demandas de la sociedad, el crecimiento de la población, la transición epidemiológica y los nuevos desarrollos tecnológicos, entre otros factores, contribuyen a los cambios que se están generando en los sistemas de salud de todo el mundo. Es menester la participación y esfuerzo colectivo de todos los miembros de nuestra cada vez más asediada y menos reconocida profesión; la atención a la salud es demasiado preciosa, e íntima, para confiarla al mercado. La medicina comercial incorpora un nuevo sistema de valores que vulnera la raíz y la tradición del profesionalismo en medicina, haciendo de los médicos el instrumento de los inversionistas, considerando a los pacientes como una mercancía. La imagen como médicos se ha deteriorado y devaluado y estamos a merced de las “fuerzas del mercado”, las de “la oferta y la demanda”, y del pragmatismo lucrativo de los intermediarios y terceros pagadores.

El nuevo contrato social

Existen muchos fenómenos sociales que caracterizan el cambio social y que afectan de una u otra manera a la profesión médica y, en consecuencia, a la calidad de la atención médica; algunos de ellos se enlistan en la tabla 2. Las transiciones en el campo de la sanidad son variadas: demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, económicas, laborales, mediáticas, judiciales, políticas y éticas; algunas de las consecuencias de estas transiciones en el sector salud se incluyen en la tabla 3.

El futuro de la profesión médica pasa por la definición de las nuevas funciones y responsabilidades de los médicos ante los nuevos entornos y escenarios sanitarios; estos nuevos entornos están definidos por los cambios en las expectativas que tiene la sociedad respecto a las posibilidades de la atención sanitaria y de los sistemas de salud. Las expectativas, a la vez, están condicionadas por los procesos de cambio social o transiciones sanitarias; los cambios asociados a estas transiciones determinan la adopción de un conjunto de funciones por parte de la profesión médica en nuestra sociedad y obligan a definir un nuevo modelo de contrato social, lo que supone la renegociación del modelo tradicional de contrato social basado en el juramento hipocrático.

El modelo tradicional no responde ya a las nuevas expectativas sociales; las transformaciones sin precedentes en el entorno de la formación y el ejercicio de la práctica de la medicina han desencadenado, a escala mundial, un intenso proceso de revisión de la autonomía y regulación de la profesión médica y sus relaciones con la sociedad y el Estado. El análisis de los factores explicativos de ese cambio y el examen de la recomposición del equilibrio de poderes entre ciudadanos, políticos y médicos, así como la nueva naturaleza del contrato social de la profesión con la sociedad, forman parte de la vanguardia de la aportación crítica de grupos de pacientes, profesionales, expertos y académicos.

El surgimiento de una “tercera cultura”, entendida como la adquisición de conocimientos médicos por la población general, es, en gran parte, el resultado de

la revolución y el avance de la tecnología de la comunicación y la educación; los secretos médicos milenariamente conservados por los médicos hoy no son más nuestros; ahora pertenecen a la población. A estas transformaciones se debe agregar también el despertar de la población y el uso de sus derechos con más intensidad, es decir, la autonomía y la información, donde encontramos el derecho de tener acceso a una segunda opinión, pues los pacientes ya no son hoy pasivos y receptores de ayuda médica, sino que intervienen directa y responsablemente en el mantenimiento de su salud. Es la reivindicación del ciudadano contribuyente por recibir servicios públicos de alta calidad a cambio de una presión fiscal creciente; es la consolidación del ciudadano activo, informado y corresponsable, como “contrapoder”, de la discrecionalidad y el paternalismo médico; con la revolución informática el conocimiento médico ya no es de carácter monopólico; ahora es ampliamente asequible. La tercera cultura es una filosofía natural que adopta la sociedad moderna al convertir el conocimiento científico en patrimonio universal, lo que significa una mayor responsabilidad de interpretación, aplicación y orientación por parte del profesional médico, quien debe ser una persona dueña de sólidos conocimientos y de gran inquietud intelectual; mantener actualizado el conocimiento médico es una inversión obligatoria.

La sociedad espera de la medicina resultados a los que ésta no puede dar cumplimiento, por más que ella misma haya dado lugar a esas expectativas; por ejemplo, hay impotencia e incapacidad para desaparecer todas las plagas, a pesar del supuesto progreso, y allí donde esa esperanza es defraudada surge la crítica y el descontento; asimismo, los médicos tenemos conciencia de que la medicina está bajo ataque y que nos culpan por problemas que nosotros no hemos creado. Se debe reconocer que muchos de los supuestos errores médicos son más bien resultados inesperados de reacciones biológicas impredecibles, pues la medicina es una disciplina intelectual que se ejerce como profesión y encaja plenamente en el concepto del profesionalismo; si ella llegara a desaparecer como profesión, habría muchos efectos negativos para la sociedad, el paciente y el médico, pues la sociedad perdería la garantía que debe proporcionar la profesión de que todo aquel que pertenezca a ella es un individuo idóneo, bien capacitado con conocimiento especializado y con reglas de conducta que garantizan la calidad de sus servicios.

TABLA 4. *El nuevo contrato social*

Ambos (médico y paciente) saben que:
– La muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida.
– La medicina tiene poderes limitados, sobre todo para resolver problemas sociales, y tiene sus riesgos.
– Los médicos no lo saben todo y necesitan tomar decisiones.
– En esto, estamos juntos.
– Los pacientes no pueden dejar sus problemas a sus médicos.
– Los médicos deben ser abiertos sobre sus limitaciones.
– El punto de equilibrio entre hacer el bien y causar daño es muy fino.
– Los recursos no son ilimitados.

El contrato social entre la medicina y la sociedad se basa en el profesionalismo, y el cambio de paradigma supone una renegociación del contrato social representado por el juramento hipocrático; el rediseño de las obligaciones del médico frente a la sociedad requiere un proceso en el que participen los beneficiarios de las decisiones, es decir, los pacientes actuales y futuros. La sociedad debe entender que si espera que sus médicos siempre busquen el beneficio del paciente sin importar el costo, estarán generando un resultado subóptimo en el uso de los recursos para la salud; por esto la renegociación del pacto social debe comprometer tanto a los profesionales como a la sociedad en general, mediante un proceso deliberativo democrático y abierto, que considere las restricciones presupuestales, la disponibilidad a pagar a los asociados y la nueva responsabilidad del profesional en el racionamiento. La renegociación del contrato social no es una claudicación de la ética hipocrática ante la ética distributiva; la versión que se presenta en la tabla 4 es más bien una versión ampliada del compromiso del médico con su paciente, y que además reconoce la responsabilidad del profesional en la adecuada utilización de los recursos de la sociedad.

Por nuestros pacientes, no al lucro

En la práctica médica, en razón de lo impredecible del organismo humano –que es un sistema complejo adaptativo, y de estructura y funcionamiento disipativo–, el médico todavía tiene que basar sus decisiones en un razonamiento lógico y una alta dosis de intuición; sin embargo, a pesar de las limitaciones en su continua búsqueda de la evidencia, la medicina se perfila como uno de los grandes triunfos del espíritu humano, ya que es, en esencia, una empresa moral fundamentada en un compromiso de confianza y honestidad. El compromiso obliga al médico a mantener elevada competencia profesional para utilizarla en beneficio del paciente y, por tanto, están obligados intelectual y moralmente a ser agentes del paciente en todo momento, y en toda ocasión.

Porque hoy ese compromiso se ve amenazado, es recomendable que la profesión médica reafirme la primacía de su obligación con el paciente, pues sólo mediante la adecuada atención y representación como agente del paciente es que se logrará reafirmar la profesión. De entre todas *las* profesiones, *la* medicina es *la* que ha recibido la mayor parte de las críticas; sin embargo, éstas se centran en la experiencia de Estados Unidos y sería justo delimitar ese estatus y no generalizarlo a la situación que guarda la profesión médica en otros países. Existe un mito acerca del lugar privilegiado que ocupa la profesión médica en el mundo moderno; empero la mayor contrariedad se da en ese país, en donde existe un importante volumen de literatura que analiza y critica a la profesión por su profunda injerencia en la vida de la sociedad; es en ese contexto que se define a los médicos y la profesión como los enemigos a vencer y buscan formas alternativas de control que permitan a la sociedad y grupos liberarse del yugo y control médico.

“Por nuestros pacientes, no al lucro. Un llamado a la acción”. Con ese título publica un editorial la revista *JAMA* en 1997, señalando que: “Crecientes nubarrones oscurecen nuestra obligación y amenazan con transformar la atención de la salud, cambiándola de un

compromiso de confianza a un contrato de negocio.” Los cánones comerciales desplazan a los de la medicina pisoteando los valores más sagrados de nuestra profesión; la medicina mercantilizada trata al paciente como centro de lucro, y los médicos y las enfermeras son llevados mediante amenazas y sobornos a abdicar de su compromiso con el paciente. Por esto, la práctica médica, basada en el profesionalismo e idoneidad, es un baluarte estabilizador de la sociedad; es ahí donde la medicina protege los valores sociales más vulnerables; y cuando el profesionalismo médico se debilita, se resquebrajan los cimientos mismos de la sociedad. La profesión médica se encuentra en vía de extinción; somos una minoría perseguida, pues un feroz individualismo nos convierte en una manada dispersa y expuestos a la explotación y humillaciones de cualquiera, incluso del propio médico.

Hoy la práctica de la profesión médica está sometida a una profunda transformación en donde los servicios de salud públicos y privados transitan entre retos e innovaciones; se ha despertado ya la codicia y alentado el interés lucrativo de grupos de inversionistas y de médicos que pretenden ser empresarios de organizaciones comerciales, anticipando la posibilidad de obtener cuantiosas ganancias apoyados por la experiencia del modelo de salud de la medicina administrada. Para quienes estamos convencidos de que el paciente y su médico son los protagonistas de un contrato social y no de uno de negocios; para quienes tenemos claro que no somos vendedores ni agentes económicos en un mercado libre; para quienes disfrutamos de independencia, autoridad y capacidad para autorregularnos; pero sobre todo para quienes tenemos el invaluable privilegio de gozar de la confianza de nuestros pacientes, la que recibimos a cambio del compromiso de servir primero que nada y sobre todo a sus intereses, de manera responsable y al menor costo posible; para nosotros es fundamental establecer una clara diferencia entre la práctica de nuestra profesión y cualquier otro acto que contribuya a vulnerar la relación entre el paciente y el médico.

La nueva educación médica

El ejercicio de la medicina es una actividad intelectual que mediante el método científico crea y acumula conocimiento acerca de la vida y de la organización de los seres humanos en sus diferentes ambientes; porque su acción es eminentemente humanitaria y altruista, la medicina es la más genuina y pura expresión de humanismo. Diferente de otras profesiones, la medicina está en contacto permanente con el sufrimiento y la enfermedad, y la suprema obligación del médico no es otra que practicar el precepto hipocrático de servir al paciente y a la sociedad. Hay cambios profundos en las pautas de la práctica profesional, y la carencia por parte de los médicos de conocimientos en economía de la salud, administración y gerencia ha dado como resultado que dichos cambios se impongan desde fuera del sector médico, por planificadores y administradores que están muy distantes de la dimensión social y científica de la medicina y, aún más, de su compromiso humanitario.

Se perfilan grandes dilemas al comenzar el presente milenio, y corresponde a la profesión salvaguardar los principios de la medicina y de la educación médica; tal vez sea urgente introducir en los planes de estudio de las facultades la ampliación del conoci-

miento del médico con un nuevo y gran componente de economía, administración y gerencia. Infortunadamente, hasta hoy, la educación médica de postgrado ha sido utilizada en beneficio del sistema político como una mano de obra barata, desdeñando que la medicina es una profesión, una actividad intelectual y no un oficio. Se propone una mayor universalización de la educación médica mediante la ampliación del conocimiento, con una base más extensa y profunda en humanidades, bioética y de las ciencias sociales relativas a economía, administración y gerencia a través de un nuevo currículo que represente una reforma –como la que hizo Flexner en 1910– de la educación, en este caso médica, que le permita al estudiante realizar la carrera en forma más acorde con los intereses actuales y sus capacidades.

Falta muy grave es la preocupación casi exclusiva por la contención de costos y las máximas ganancias, pues la calidad en medicina y atención de la salud es una condición que sólo se garantiza con profesionalismo e idoneidad; éstas, a su vez, dependen del capital intelectual de la medicina, de la solidez del conocimiento médico, que es producto de una educación médica de excelencia. El academismo es uno de los antidotos para evitar la devaluación e inevitable muerte de la medicina como profesión, pues el razonamiento médico y los argumentos académicos siempre deben prevalecer sobre los demás intereses; conservar la vigencia académica siempre hace que el médico permanezca con la mente viva y el espíritu libre, y dará argumentos de por vida para justificar nuestros actos médicos y un sentido a nuestra profesión.

Es penoso ver el gran despilfarro de cuantiosos recursos en gastos y utilidades corporativas por parte de los intermediarios, públicos y privados, sin que ello cause mayor alarma, y al mismo tiempo comprobar que los hospitales carecen de bibliotecas y de los mínimos recursos de documentación científica, que en su interior no se realiza investigación y que no hay recursos para la capacitación o educación continuada. En esta época de profundos cambios estructurales de la medicina, ocasionados principalmente por el poder de los grandes compradores de servicios, por el continuo avance de la tecnología, corresponde a las universidades y facultades de medicina, así como a los colegios y Academia de Medicina, defender los valores fundamentales y el capital intelectual de la medicina, no con un criterio gremial sino como una obligación moral, porque estos son los factores determinantes de la calidad de la atención. Se reconoce la necesidad de acelerar cambios que hagan más eficiente y adecuada la estructura de los servicios de salud frente a las realidades sociales y económicas, pero no se puede aceptar el reemplazo de los valores profesionales por los del mercado, ni la conversión de la atención de la salud en un negocio. Los terceros no deben considerarnos tecnólogos de la salud, ya que la ciencia y el profesionalismo implican la posesión de un arsenal de conocimiento especializado, el cual debe ser constantemente actualizado y enriquecido; la inversión en medicina implica invertir en capital intelectual ya que la medicina como profesión es una actividad intelectual. Desposeída de su capital intelectual la medicina deja de ser profesión para convertirse en un oficio; sin bibliotecas ni centros de documentación, y sin mejorar el conocimiento y las habilidades del médico, sin investigación científica, la medicina avanza rápidamente hacia la desprofesionalización.

Con todas sus ventajas y su creciente inserción social, en el extremo opuesto se encuentran la teleeducación y la universidad virtual, que sin embargo no sustituyen a los grandes centros de educación, ni a las universidades como instituciones creadoras de conocimiento y formadoras de personas cultas; mucho menos a los docentes íntegros en su ejemplo de vida. La universidad virtual no es una universidad en sí, sino sólo un instrumento donde el estudiante virtual no tiene presencia física en el campus y nunca recibirá el beneficio de la vivencia física y espiritual en ese medio académico, tampoco de investigación científica.

Los procesos de evaluación y acreditación de facultades de medicina y de sus carreras representan un instrumento valioso para mejorar y elevar los niveles de calidad de la educación brindada a los futuros médicos. Las facultades de medicina deben tener la infraestructura y medios adecuados necesarios para brindar una formación científica sólida, ambientes de práctica suficientes y diversificados para asegurar una capacitación suficiente y modelos curriculares y asistenciales para cultivar el humanismo, el profesionalismo y las actitudes éticas que un médico debe poseer, por ello las facultades sólo deben admitir la cantidad de aspirantes a los que pueden brindar una formación de alta calidad en relación con sus recursos, pues la educación médica tiene un valor estratégico fundamental para la economía, la eficacia del sistema de salud y la calidad de vida de la población.

El juramento hipocrático

“La vida es corta, el arte es largo, el experimento es impredecible y el juicio difícil.” Es el primer aforismo de Hipócrates, de quien se sabe, el interés principal es el paciente y su cuidado, ya que el deber del médico es insustituible, como agente de los pacientes, esencia de su actividad diaria. Es extraordinario que en el transcurso del tiempo, desde la época de Hipócrates, la historia no registre otro pronunciamiento que defina de manera tan completa el código moral médico, pero también se han hecho afirmaciones de que hace falta un nuevo juramento hipocrático, pues el código de Hipócrates data de 460 a.C., puesto frente a los retos actuales.

El Hipócrates moderno ahora realiza su compromiso social en un extraño contexto donde la atención gerenciada de la salud lo hace ejercer como prestador de un servicio, y tiene que rendir cuenta de sus acciones a un mandato corporativo, mismo que es quien administra y dispone de los recursos, ignorando el imperativo hipocrático, pues no tiene a quien rendir cuentas en ese sentido; para ellos la atención de la salud es una industria y el acto médico es un bien de mercado. En dicho contexto son aplastados los valores profesionales y la medicina queda desprovista de autonomía intelectual bajo una fría administración burocrática, cuyo objetivo principal es la contención de costos, rehusando los servicios para un mayor lucro corporativo. En ese entorno el médico se encuentra en una encrucijada, entre la espada y la pared: por un lado está su compromiso hipocrático de ejercer una buena medicina, honesta, transparente, velando por el beneficio del paciente, y por el otro están los entes contratados, quienes con su oferta de tarifas tienen el poder de decidir.

La autonomía y elección del paciente, el trabajo en equipo y el respeto a otros profesionistas son factores relevantes para los médicos actuales, elementos que no lo eran en tiempo de Hipócrates, aunque el código de ética atribuido al médico griego se ha utilizado durante años como guía de conducta para la profesión médica. Ahora hay cambio en los pacientes actuales, los cuales tienen un mayor conocimiento acerca de sus problemas de salud, y ya no son, como antes, los receptores pasivos de la atención médica. Los médicos de hoy se enfrentan a problemas en los sistemas de prestación de servicios de salud y a la aparición de nuevos dilemas éticos y tecnológicos; parece que puede haber lugar para algunas modificaciones y actualizaciones del juramento para poder asimilar el mundo de hoy; un mundo mucho más abierto, responsable y esperanzador; el profesionalismo está llamado a remplazar al modelo más tradicional de contrato social basado en el juramento hipocrático.

¿Podrá el nuevo esquema industrial y comercial destruir al médico de vocación hipocrática, al convertirlo en empleado de una corporación con ánimo de lucro y hacerlo abandonar su misión primaria que es la defensa de los intereses del paciente? ¿Podrá convertir al médico en un hombre de negocios consciente de los costos y que trate de encontrar equilibrio entre la calidad del producto y el lucro de la corporación? ¿Acaso ya no es posible mantener un grupo selecto de profesionales con esa combinación especial de talento y compromiso social? ¿Vale la pena explorar y definir las características de la vocación médica en el nuevo contexto socioeconómico? ¿Es inconciliable la ética corporativa con la hipocrática?

El profesionalismo del médico en el nuevo milenio

El profesionalismo es la base del contrato médico con la sociedad, contrato que demanda que los intereses del paciente estén por encima de los del médico, colocando y manteniendo un estándar de competencia e integridad, otorgando información experta a la sociedad en relación con la salud. Reconociendo que el papel del médico en la sociedad moderna ha tenido cambios profundos, es evidente que ante la creciente divergencia entre las expectativas de la sociedad y la medicina, el profesionalismo es el factor que salva la brecha entre el paciente y el médico; se acepta que en el profesionalismo hay una moralidad y virtudes inherentes, que representa un ideal que debe ser sostenido y anhelado, y ante la dificultad de mantener valores en los sistemas burocráticos y orientados por el mercado, las sociedades tienden a regresar a él como la mejor opción. El profesionalismo es una fuerza estructuralmente estabilizadora y moralmente protectora de la sociedad, pues las profesiones protegen no sólo a las personas vulnerables sino también a los valores vulnerables. Profesionalismo es también compromiso de servicio, en términos de responsabilidad social de servicio idóneo y de calidad, anteponiendo la seguridad y el bien del paciente a cualquier otra consideración. Es la reafirmación del reconocimiento de un ser humano que requiere atención (que se denomina paciente) por encima del individuo cuya afiliación al sistema significa un mayor ingreso siempre y cuando no lo use y no se gaste mucho en la atención de su salud (este es el cliente); ante todo el profesionalismo

significa autonomía intelectual e independencia en la toma de decisiones: tal es la esencia del acto médico en el marco moral y deontológico que define la ética hipocrática. La pérdida de la autonomía en la toma de decisiones en beneficio del paciente y la sociedad es el más preocupante indicador de desprofesionalización de la medicina, esto causado por las imposiciones de la estructura administrativa de la atención gerenciada de la salud.

El profesionalismo es poner las necesidades de los pacientes en primer lugar, y debería alentar a los médicos a resistir las presiones financieras en el sentido de no utilizar la tecnología necesaria para la atención a un paciente; es frecuente en medicina la subutilización de la tecnología médica, en gran parte es porque los acuerdos financieros se focalizan en la contención de costos; es necesario vigilar tal hecho para no perder oportunidades sustanciales de mejorar el cuidado de la salud.

Otros aspectos que indican también que la medicina se está desprofesionalizando es lo referente a la autorregulación y autogobierno. Los colegios, asociaciones y consejos deberían requerir al médico, más que recomendar, el servicio gratuito de los grupos más vulnerables de la población como uno de los requisitos para mantener su acreditación. Las asociaciones de profesionales, por medio de alianzas, pueden alcanzar metas que ninguno lograría actuando individualmente; deberían adoptar políticas que, en este terreno, tiendan a sobreponerse a la influencia de la industria farmacéutica y sus representantes.

Algunos elementos clave del profesionalismo son:

1. Monopolio del conocimiento especializado, entendido como aquel al que no puede acceder con facilidad el ciudadano promedio.
2. Responsabilidad en la transmisión-enseñanza de dicho conocimiento.
3. Aplicación del conocimiento al servicio de los individuos y de la sociedad de manera altruista.
4. Elaboración de forma autónoma de estándares propios de práctica profesional y de criterios de autorregulación como garantía de calidad asistencial, fundamentados en el monopolio y correcta utilización del conocimiento especializado.
5. Responsabilidad profesional de promover la integridad y mejora del conocimiento a través de la investigación, así como determinar los estándares que configuran una práctica profesional de calidad.

El 5 de febrero de 2002, médicos europeos y estadounidenses presentaron un nuevo código profesional y de conducta que actualiza el juramento hipocrático, de casi 2,500 años de antigüedad, para ayudar a los médicos a satisfacer las necesidades de los pacientes en el siglo XXI. El texto se publicó simultáneamente en *Annals of Internal Medicine* y en *Lancet*, y los autores pretenden que el documento sea adoptado por los médicos de muchos países, así como que los editores abran las páginas de las revistas citadas para debatir respecto al tema. El nuevo código profesional pretende reestablecer la confianza del público en la profesión médica tan deteriorada por casos de mala conducta, ayudar a los médicos a enfrentar los problemas éticos que presenta el mundo moderno y reafirmar el compromiso de anteponer las necesidades del paciente, significándose en una guía para la práctica médica moderna.

Los autores parten de la premisa de que el médico contemporáneo, por una variedad de razones, está o podría estar tentado a abandonar el sagrado compromiso que tiene con el bien del paciente, que debe primar sobre toda consideración. La opinión pública, el gobierno y los medios de comunicación se cuestionan cada vez más el papel del profesional de la salud, y el nuevo código sirve para reivindicar lo que significa ser un profesional en ese ámbito; el nuevo profesionalismo constituye la base del contrato de la medicina con la sociedad; el nuevo código de ética es piedra angular para la mejora de la relación médico-paciente. El objetivo es que el nuevo código se acepte como una base de valores profesionales que fortalecen tanto a los médicos como a los pacientes en el siglo XXI.

El nuevo código surge de una colaboración de médicos estadounidenses y de Gran Bretaña, con la participación del Consejo de Medicina Interna de los Estados Unidos (ABIM), la Sociedad de Medicina Interna de los Estados Unidos y el Colegio de Médicos (ACP-ASIM), y la Federación Europea de Medicina Interna (EFIM).

La explosión tecnológica, las fluctuantes fuerzas del mercado, y los problemas en la prestación de los servicios hacen que al médico le sea difícil cumplir a cabalidad con sus responsabilidades para con la sociedad y los pacientes; así, el documento establece las responsabilidades médicas para asegurar la atención del paciente. Este nuevo código compromete a los médicos a mejorar el acceso y la calidad de la atención de los pacientes, así como a mantener las relaciones adecuadas con los pacientes, ser honesto con ellos y mantener la confidencialidad de la información. Asimismo, insta a los médicos a mantener el grado de competencia profesional, mantenerse actualizados con los avances científicos y evitar conflictos de intereses. Este código incorpora nuestra comprensión tradicional a las normas profesionales en la práctica de la medicina actual e intenta ofrecer orientación a los médicos que se enfrentan a nuevos desafíos éticos; el documento incluye trece puntos, una especie de propuesta que los médicos deberíamos comprometernos a seguir para defender el ejercicio de nuestra profesión y procurar el bienestar del paciente como eje fundamental de las acciones del médico; se retorna a la idea de que la razón de ser del médico es el paciente. La carta tiene tres principios fundamentales y diez compromisos que representan las responsabilidades profesionales.

Principios

Primero. La supremacía del bienestar del paciente, basado en el altruismo, base de la confianza que debe existir en la relación médico paciente; es la dedicación que el médico se compromete a tener en todo momento en la atención del paciente. Se hace una reflexión y es necesario destacar de nuevo que el médico debe evitar que las fuerzas, las presiones sociales y las exigencias administrativas comprometan este principio fundamental. En este primer principio se contemplan los grandes compromisos y funciones del médico.

Segundo. La autonomía del paciente. El paciente de hoy no es un testigo pasivo sino un activo participante en el diagnóstico y manejo de su enfermedad; el principio implica que los médicos deben ser honestos con los pacientes y permitirles tomar decisiones acerca de su tratamiento. La decisión de los pacientes acerca de su cuidado debe ser lo

más importante, sin embargo, aún debemos trabajar mucho para que este principio sea comprendido y respetado.

Tercero. La equidad o justicia social debe impedir la discriminación de cualquier tipo en el acceso y atención de la salud. Establece que la profesión médica debe promover la justicia en los sistemas de salud, incluyendo la distribución justa de los recursos.

Compromisos o responsabilidades

1. *Competencia profesional.* Esta responsabilidad compromete al médico a mantenerse capacitado durante toda su vida profesional; es un derecho y una obligación. Mantenerse competente es un hábito y un estilo de vida; es la importancia ineludible e insoslayable de la educación permanente en el médico, el cual se compromete a adquirir una enseñanza de por vida, siendo responsable de mantener el conocimiento médico vigente y las aptitudes clínicas necesarias para proporcionar calidad.

2. *Honestidad con los pacientes.* Es la transparencia en las acciones que el médico realice para bien del paciente; los médicos deben asegurarse que los pacientes estén completamente informados antes de aceptar el tratamiento, sin que esto signifique que deban involucrarse en cada decisión acerca del tratamiento médico, pero sí permitirlo en el curso de la terapéutica. Los médicos y los pacientes saben que puede haber errores en el cuidado de la salud y cuando los segundos sean dañados como consecuencia del tratamiento médico, se les debe informar oportunamente.

3. *Confidencialidad.* Es un trato que merece el paciente en cualquier momento de su relación, ya sea durante el estudio diagnóstico o el tratamiento; el amplio compromiso de la confidencialidad es mayor ahora que nunca, dado el uso extendido de los sistemas de información electrónica que incluyen los datos del paciente y un aumento en la disposición de la información genética.

TABLA 5. *Declaración del profesionalismo médico del nuevo milenio*

<i>Principios</i>
-Supremacía del bienestar del paciente.
-Autonomía del paciente. Equidad social.
<i>Compromisos</i>
-Competencia profesional.
-Honestidad.
-Confidencialidad.
-Relación médico-paciente excelente.
-Calidad de los cuidados de salud.
-Acceso a los servicios de salud.
-Justa distribución de recursos.
-Compromiso con el conocimiento científico.
-Manejo de conflictos de interés.
-Responsabilidad profesional.

4. *Mantener la relación médico-paciente.* Ésta debe darse de manera apropiada y adecuada; su mantenimiento es el punto de partida de toda acción médica. La relación está muy amenazada por los cambios actuales, y algunas relaciones entre el médico y el paciente se deben evitar, en particular aquellas conducentes a obtener alguna ventaja sexual u otro propósito privado.

5. *Mejorar la calidad de la salud.* Los médicos deben dedicarse a la mejora continua en la calidad de la salud; este compromiso supone no sólo mantener la competencia profesional, sino trabajar de modo conjunto con otros profesionistas para reducir el índice de errores médicos, incrementar la seguridad del paciente, minimizar el uso de los recursos para la salud, y así optimizar los resultados del cuidado de la salud. Los médicos y sus asociaciones profesionales deben participar en la implementación y creación de mecanismos adecuados para fomentar la mejoría continua de la calidad de salud.

6. *Mejorar el acceso a los servicios de salud.* El profesionalismo médico demanda que el objetivo de los sistemas de salud debe estar disponible de manera uniforme y adecuada; los médicos deben esforzarse –individual y colectivamente– en reducir barreras que intervienen en el cuidado de la salud. Dentro de cada sistema de salud el médico debe trabajar para eliminar las barreras de acceso como la educación, leyes, finanzas, geografía o discriminación social; se trata de un compromiso que supone la igualdad de la promoción de la salud pública y la medicina preventiva.

7. *Justa distribución de los recursos.* Al evitar el dispendio y la inutilidad de algunos tratamientos y procedimientos diagnósticos se genera un equilibrio en el sistema; el médico debe cuidar que no se dejen de utilizar recursos sólo en aras de los costos; es el cuidado de la salud basado en el manejo prudente y efectivo de la limitación de los recursos clínicos. Proporcionar un servicio innecesario al paciente no sólo lo expone a un posible daño y gastos, sino que también disminuye los recursos que deberían estar disponibles para otros.

8. *Conocimiento científico.* Al establecer el deber de actualizarse, investigar y crear nuevos conocimientos y asegurar su uso adecuado, el médico está comprometido con la investigación y debe realizarla en la medida de sus posibilidades. Una parte del contrato médico con la sociedad está basado en la integridad y el uso apropiado del conocimiento científico y la tecnología; el profesionista es responsable de la integridad de su conocimiento, basado en evidencia científica y experiencia clínica.

9. *Mantener la verdad ante los conflictos de interés.* Los profesionales médicos y sus organizaciones tienen muchas oportunidades de comprometer sus responsabilidades profesionales a cambio de la obtención de ganancias privadas o ventajas personales; los compromisos son especialmente amenazadores en la persecución de relaciones personales u organizacionales para la ganancia de las industrias, incluyendo las manufactureras de equipo médico, las compañías de seguros e industria farmacéutica. Los médicos tienen la obligación de reconocer y revelar al público general y evidenciar los conflictos de interés que surgen en el curso de las actividades y las obligaciones derivadas. Las relaciones entre la industria y los líderes de opinión se deben revelar sobre todo cuando el profesionista

determina los criterios para conducir y revelar las pruebas clínicas, publicando los editoriales, guías terapéuticas o apoyando publicaciones científicas.

10. *Responsabilidad profesional.* Se resume en un trato interprofesional respetuoso, lo mismo que la necesidad de participar en el establecimiento de estándares profesionales, incluidos los educativos. Se debe participar en el proceso de regulación propia, incluyendo la disciplina de los miembros que han fallado en la búsqueda del estándar profesional.

En la tabla 5 se presentan los puntos fundamentales de la carta del profesionalismo médico. Como es evidente, la carta se refiere al problema del manejo de conflictos de interés que surgen de la relación de los médicos con la industria farmacéutica, de equipos o aseguradoras; así, el escenario ético de la práctica médica del siglo XXI difiere, y mucho, del de hace apenas unas décadas. Por ello la carta invita a la reflexión y confiamos en la aplicación de los principios y compromisos ahí detallados; además, éstos deben ser difundidos ampliamente en el gremio médico y aun en la propia sociedad. La carta está destinada a ser la nueva referencia de conducta del médico y nuevamente hacemos hincapié en la necesidad de difundirla para que todos nos suscribamos a ella, pues el documento llena las necesidades de un código actual y práctico.

Conclusiones

La medicina como profesión y los médicos como profesionistas, están sometidos a un proceso continuo de cambio social que modifica y diversifica los valores y las expectativas sociales respecto a la práctica de la medicina. La profesión de médico implica el desarrollo de competencias específicas en tomo a la integración de cuidados y conocimientos, y a la coordinación asistencial acorde con los valores del profesionalismo y actuando como doble agente principal del sistema sanitario. El interés del paciente debe predominar siempre y de manera demostrable sobre el de los médicos como criterio de valoración de la autonomía profesional.

Se debe tener en cuenta la conveniencia de adoptar algún instrumento obligatorio de revalidación de la capacidad del ejercicio profesional, considerando la necesidad de superar la noción de formación continuada basada sólo en la acumulación de conocimientos sin demostración de competencia clínica. En la formación básica de los médicos deben incluirse temas de ética y profesionalismo, así como materias de epidemiología, economía de la salud, comunicación y tecnología de la información.

El médico también tiene responsabilidad en el mantenimiento de los costos que generan sus decisiones clínicas y deben ser en márgenes aceptables; debe hacer hincapié en la utilización apropiada de recursos y la aplicación de protocolos como factores de modernización de la profesión médica.

Los médicos han de involucrarse más en el control de las organizaciones sanitarias como modelos de desarrollo y mentores.

La complejidad del ejercicio de la práctica médica implica la necesidad de trabajar en equipo, tanto con otros médicos como con miembros de otras profesiones sanitarias.

La carta del “Profesionalismo del médico en el nuevo milenio” está destinada a convertirse en guía de actuación de los médicos; su adopción debe ser la regla. El médico del futuro deberá tener los valores del profesionalismo como modelo de referencia.

Los principios y compromisos deben ser entendidos claramente por ambas partes (el profesional y la sociedad).

Bibliografía

1. Alberti G (ed.). “Professionalism - Time for a new look. Royal College of Physicians.” *Clinical Medicine* 2(2):91. 2002.
2. Brennan TA. “Buying editorials.” *N Engl J Med* 331:673-675. 1994.
3. Bulger RJ. “The quest for the therapeutic organization.” *JAMA*. 283:2431-2433. 2000.
4. Callahan D y Jennings B. “Ethics and Public Health: Forging a strong relationship.” *Am J of Public Health* 92(2): 169-176. 2002.
5. Canadian Medical Association Charter for Physicians. “Canadian Medical Association.” *CMAJ* 161(4):430-431. 1999.
6. Canadian Medical Association. “Editorial. Hippocrates redux.” *CMAJ* 166(7):877. 2002.
7. Carol, B (ed.). “Consultant physicians working for patients. Royal College of Physicians.” *Clinical Medicine* 1(5):348-349.2001.
8. Cooper-Patrick L, Gallo JJ, Gonzales JJ, Vu HT, Powe NR *et al.* “Race, gender, and partnership in the patient-physician relationship.” *JAMA* 282:583-589. 1999.
9. Coyle SL. “Physician-Industry Relations. Part 1: Individual Physicians. The ethics and human rights committee, ACP-ASIM.” *Ann Intern Med* 136(5):396-402. 2002.
10. Coyle SL. “Physician-Industry Relations. Part 2: Organizational Issues. Ethical and Human Rights Committee, ACP-ASIM.” *Ann Intern Med* 136(5):403-406. 2002.
11. Cruess SR y Cruess RL. “Professionalism: a contract between medicine and society.” *CMAJ* 162(5):668-669.2000.
12. Crue SR y Cruess RL. “Teaching medicine as a profession in the service of healing”, *Acad Med* 72:941-952. 1997.
13. Cruess SR y Cruess RL. “Teaching professionalism.” *BMJ* 314: 1674-1677. 1997.
14. Cruess SR, Cruess RL y Johnston S. “Renewing professionalism: an opportunity for medicine.” *Acad Med* 74:878-884. 1999.
15. Culliton BJ. “Doctor, are you there?” *Am J of Med* 109(7):602-604. 2000.
16. Davidoff F, De Angelis CD, Drazen JM Hoey J *et al.* “Sponsorship, authorship and accountability.” *Lancet* 358:854-656. 2001.
17. Drazen JM y Koski G. “To protect those who serve Editorial.” *N Engl J Med* 343: 1643-1645. 2000.
18. Donald I (ed.). “Update on revalidation.” *J of the Royal College of Physician* 34(5):415-417.2000.
19. “Ethics manual. Fourth edition. ACP.” *Ann Intern Med* 128:576-594. 1998.
20. Goodman NW. “Clinical governance.” *BMJ* 317:1725-1727. 1999.
21. Hall MA. “Ethical practice in managed care: a dose of realism.” *Ann Intern Med* 128:395-402. 1998.
22. Herndon J y Pllick KJ. “Continuing Concerns, New Challenges, and Next Steps in Physician-Patient Communication.” *JBJS* 84-A(2):309-315. 2002.
23. Honig P, Phillips J y Woodcock J. “How many deaths are due to medical errors.” *JAMA* 283:373-380. 2000.
24. Irvinge D. “Doctors in the UK: their new professionalism and its regulatory framework.” *Lancet* 358:1807-1810. 2001.
25. Kassirer J. “Mananging care: should we adopt a new ethic?” *N Engl J Med* 339. 1998.
26. Levinson W, Gorawara-Bath R, Dueck R, Egener B, Kerr C *et al.* “Resolving disagreements in

- the patient-physician relationships:tools for improving communication in managed care." *JAMA* 282:1477-1483. 1999.
27. Mac Carthy D. "Why physicians need a charter. Editorial." *CMAJ* 161(4):400-401. 1999.
 28. McNeil BJ. "Hidden barriers to improvement in the quality of care." *N Engl J Med* 345:1612-1620.2001.
 29. Miettinen OS. "The modern scientific physician: 8. Educational preparation." *CMAJ* 165(11):1501-1503.2001.
 30. Patiño RJF. "Desprofesionalización de la medicina." *Acta Médica Colombiana* 26(2):43-49. 2001.
 31. Perez, SEJ. "Managed care arrives in Latin America." *N Engl J Med* 340:1110-1112. 1999.
 32. Rae A. "Osler vindicated: the ghost of Flexner laid to rest." *CMAJ* 164(13):1860-1861. 2001.
 33. Relman AS. "Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing." *JAMA* 285:2009-2012. 2001.
 34. Rennie SC y Crosby JR. "Are 'tomorrow's doctors' honest? Questionnaire study exploring medical students' attitudes and reported behavior on academic misconduct." *BMJ* 322(7281):274-275. 2001.
 35. Rothman DJ. "Medical professionalism-focusing on the real issues." *N Engl J Med* 342:1284-1286.2000.
 36. Sibbald B. "New MD charter rewrites physician-patient contract." *CMAJ* 166(7):945. 2002.
 37. Sox, HC (ed.). "Medical professionalism in the new millennium: A physician charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine." *Ann Intern Med* 136(3):243-246. 2002.
 38. Sritharan K, Russell G, Fritz *et al.*, "Medical oaths and declarations." *BMJ* 323:1440-1441. 2001.
 39. Stocker K. "The exportation of managed care to Latin America." *N Engl J Med* 340:1131-1136.1999.
 40. Sullivan WM. "Medicine under threat: Professionalism and professional identity." *CMAJ* 162(5):673-675.2000.
 41. Tenery RM Jr. "Interactions between physicians and the health care technology industry." *JAMA* 283:391-393. 2000.
 42. Watkinks P (ed.). "Lack of integrity in medicine: Fraud in research. Royal College of Physicians." *Clinical Medicine* 2(2):89-90.2002.
 43. Waxman HS y Kimball HR. "Assessing continuing medical education." *Am J Med* 107: 1-4. 1999.
 44. Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW y Emanuel LL. "Medical professionalism society." *N Engl J Med* 341: 1612-1615. 1999.



Neuralin
Relief[®]



El diagnóstico difícil ¿Cómo abordarlo?

Dr. Antonio Cruz Estrada

LA CLÍNICA ES UN ARTE, y quien la practica adecuadamente es, pues, un artista.

El objetivo primordial del médico es restituir la salud que ha perdido su paciente; para ese logro es menester tener un diagnóstico adecuado, certero y precoz del padecimiento motivo de consulta. El diagnóstico es la base de una buena terapéutica y todo proceso diagnóstico implica un gasto energético neuronal de quien lo realiza; en muchos casos, su elaboración es difícil.

Etimológicamente, *diagnosis* significa “distinguir”, “conocer”, constituyendo el conocimiento diferencial de los signos de una enfermedad. El *diagnóstico* es lo que permite al médico distinguir las enfermedades, por lo que *diagnosticar* significará, entonces, determinar el carácter de una enfermedad, mediante el examen de sus signos.

Por su parte, “difícil” (*difficilis*) es un vocablo compuesto: del negativo *dis* (no), y *facilis* (fácil), es decir: que no es fácil. Fácil es lo que se puede realizar sin mucho trabajo (*facere* = hacer), mientras que difícil es algo que no se logra, realiza o entiende sin mucho trabajo o gasto energético intelectual.

Un diagnóstico difícil, en conclusión, es un proceso mental complejo en el conocimiento de los signos y síntomas de las enfermedades, el cual se realiza mediante trabajo intelectual, también complejo, el cual requiere, en muchos casos, un enfoque multidisciplinario.

El diagnóstico difícil, puede generarse por ofrecer dificultad cualquiera de las tres siguientes variables: la *enfermedad*, el *enfermo* y el *médico*.

Una *enfermedad* de diagnóstico difícil puede ser aquella que es de baja incidencia, que no es común, que cursa asintomática o bien es oligo o mono sintomática; que tiene afección multi sistémica o que involucra síntomas reflejos y no originales de la patología de base, como los síndromes paraneoplásicos.

Un *paciente* difícil es aquel que no origina respuestas esperadas o habituales al interrogatorio, sea pediátrico, senil, neurológico o psiquiátrico, o bien que no ofrece con facilidad datos al médico que realiza su estudio.

Un *médico* con dificultad para el diagnóstico puede ser aquel que no es apto o hábil, o bien omite datos y procedimientos requeridos en el diagnóstico. Es de esperar que una mente novata siempre tenga inicialmente problemas para realizar un buen diagnóstico, de donde se comprende que un buen diagnóstico es, por tanto, un arte y una ciencia; de

ello dependerá la identificación adecuada de la enfermedad motivo de la consulta, así como un tratamiento y pronóstico adecuados en el paciente.

Un buen diagnóstico incluirá una acertada conclusión, derivada de un proceso mental, y también dependerá de la experiencia previa de quien lo practica. Es necesario destacar que en medicina el grado de precisión diagnóstica es variable, en la medida que no sólo depende del médico en sí sino también de la adecuada integración del trabajo del equipo de salud, así como de los recursos paraclínicos con que se cuente en un momento determinado. El diagnóstico puede también ser poco categórico, ya que la enfermedad florida no siempre es así desde su inicio, pues lo anormal en medicina no siempre significa enfermedad.

Un buen diagnóstico será expresión siempre de una mente experta, debiendo tener ésta las siguientes características: adecuada estructuración de la memoria, funcionamiento por medio de paquetes operativos, con optimización de su información, adecuado reconocimiento del material en el paciente, categorización de sus problemas y que genera adecuadas estrategias de solución, siendo, además, fuente de nueva información médica.

Para el buen estudio de los pacientes se sugiere una elaboración adecuada de la historia clínica; en muchas ocasiones es necesario reinterrogar y reexplorar a los enfermos, así como hacerlo siempre sistematizado y bajo un orden, aplicando un razonamiento lógico, basado en una buena acuciosidad clínica para llegar a un diagnóstico precoz, y todo ello basado en exámenes paraclínicos necesarios, no de rutina.

Las estrategias diagnósticas serán, entonces, secuencia de actividades encaminadas al logro de un buen diagnóstico; éstas, en la mente experta, se dan de una manera inadvertida y natural, de modo lógico y automático, y la mayoría de las veces son combinaciones de estrategias.

Un diagnóstico difícil puede ser por un tiempo un diagnóstico oscuro, ya que puede tratarse de enfermedades o cuadros poco comunes, o bien que se trate de condiciones médicas cuya aparición, en un momento particular, es inesperada. Es necesario a este respecto recordar que en medicina lo raro es, con frecuencia, una manifestación atípica de una enfermedad común.

Según Mc Kusick, los desórdenes poco comunes enseñan mucho acerca de la normalidad; las manifestaciones raras pueden ser clave de enfermedades graves, y en el quehacer médico debe evitarse, en lo posible, ser tecnócrata y deshumanizado.

El buen médico debe seguir los principios de Harvey:

- Nunca pierdas la oportunidad de examinar a un paciente.
- Sólo mediante la práctica se podrá separar lo normal y lo relevante.
- Mantén tus conocimientos al día.
- Conoce tus limitaciones.

La falta de información, tener sólo una hipótesis diagnóstica o pensar que las enfermedades son estáticas, es frecuente fuente de error en el diagnóstico, y se deberá recordar siempre los preceptos estipulados por Matz:

- Las enfermedades frecuentes ocurren con frecuencia.
- Aunque la carrera no siempre es con el más rápido o el más fuerte, es buena idea apostar así.
- Cuando oigas ruido de cascos piensa en caballos, no en cebras, es decir, piensa en lo más frecuente.
- Apuesta por las manifestaciones poco comunes de las enfermedades comunes, no por las manifestaciones comunes de las enfermedades más raras.
- Por último, debe tenerse una visión integradora del enfermo como ser humano, con uno o varios padecimientos, y no estudiarlo de manera fragmentada en sus distintos órganos; esto evitará caer en el precepto de que el paciente, al ser visto así, cuando escoge su especialista, escoge, de paso, su enfermedad. El paciente es un todo interrelacionado y no un conjunto de fragmentos aislados de aparatos y sistemas.

Bibliografía

1. Lifshitz, A. *Temas Med. Int. Interamericana*. México. II(1):3-7. 1994.
2. Matz, R. *Principles of Med. NY State J Med*. 2:99-101. 1977.
3. Sotos, JD. "Tarjetas Zebra. Una guía para el diagnóstico oscuro." *ACP*. 1989.
4. Viniegra, A. *Temas Med, Int Interamericana*. México. II(1): 1-26. 1994.



Neuralin®



La correlación clínico-patológica

Dr. Avissáí Alcántara Vázquez

LAS LESIONES ANATÓMICAS SON alteraciones que se producen en el organismo como consecuencia de las enfermedades. Durante la antigüedad y la Edad Media las lesiones anatómicas de órganos internos se observaron de manera ocasional y no fue sino hasta el siglo XVI que estos hallazgos se hicieron más frecuentes como resultado de que la disección de cadáveres humanos se hizo habitual. Inicialmente las lesiones anatómicas fueron encontradas de manera casual, sin embargo, posteriormente los anatomistas comenzaron a buscar dichas lesiones de modo intencionado, con el propósito de aclarar la naturaleza de una enfermedad o de correlacionar un caso clínico.

Históricamente este proceso de conocimiento anatomoclínico requirió varios siglos de desarrollo de la medicina, desde Hipócrates hasta el siglo XVIII, cuando se logró delinear el pensamiento anatomoclínico y anatomopatológico. Para llegar a este pensamiento el médico utilizó aspectos como la anatomía normal y la patológica; a lo que contribuyeron en mayor o menor grado Hipócrates, Galeno, Vesalio (siglo XVI), Morgagni, Pinel y, sobre todo, Bichat (siglos XVII y XVIII). En las técnicas semiológicas y de clasificación de enfermedades contribuyeron Hipócrates, Galeno, Sydenham (siglo XVII), Auvénbrugger, Boerhaave y Laennec (siglos XVII, XVIII y parte del XIX).

El interés hacia las lesiones anatómicas se incrementó, lo que elevó el número de autopsias y la tendencia a relacionar las alteraciones anatómicas con el cuadro clínico; por tanto, aparecieron numerosas obras presentando los resultados obtenidos de un modo ordenado, culminando con la del italiano Giovanni Battista Morgagni, titulada *Sobre las localizaciones y las causas de las enfermedades investigadas anatómicamente*, publicada en 1761, que contiene 500 casos clínicos seguidos de un informe de autopsia, que el propio Morgagni o su maestro habían realizado al morir los pacientes; no obstante, aun con Morgagni las lesiones anatómicas estuvieron subordinadas a los síntomas que habían presentado los enfermos en vida. Fue hasta finales del siglo XVIII cuando la lesión anatómica tuvo preponderancia y entonces los síntomas fueron explicados con base en las lesiones encontradas; esta situación fue iniciada y destacó en París, posterior a la Revolución Francesa, en la llamada escuela anatomoclínica.

El programa anatomoclínico fue realizado por Xavier Bichat en 1801, básicamente señalaba que la medicina sólo alcanzaría rigor científico cuando se estableciera una relación entre la observación clínica de los enfermos y las lesiones anatómicas que las autopsias

descubren después de la muerte, y que los síntomas clínicos deberían subordinarse a las lesiones anatómicas, que son el fundamento de la ciencia y de la práctica médica. Así, se cimentó una nueva disciplina, encargada del estudio científico de las lesiones: la anatomía patológica.

La relación entre la observación y las lesiones anatómicas hizo posible un nuevo tipo de diagnóstico, ya no el basado en síntomas, sino en signos anatomopatológicos; estos últimos son fenómenos objetivos reunidos al explorar al enfermo, que están estrechamente relacionados a lesiones determinadas y sirven como indicio para conocer la existencia de éstas, en vida del paciente; dichos indicios, que no son más que los signos anatomopatológicos, fueron inicialmente estudiadas mediante la auscultación ideada por René Théophile Hyacinthe Laennec (1781-1826). Leannec fue quien convirtió la auscultación en una técnica para reunir signos lesionales, aprovechando la correlación entre las lesiones anatómicas peculiares de las distintas enfermedades pulmonares y cardíacas, y los sonidos auscultatorios que corresponden a cada una de ellas; siguiendo el modelo metodológico de Laennec se han ideado otros signos anatomopatológicos, en donde algunos son fenómenos físicos –como el señalado –, y otros son fenómenos químicos, en que se descubren compuestos anormales en la sangre u otros fluidos provenientes de los enfermos.

A mediados del siglo XIX se consiguió iniciar la aspiración de los médicos hacia esta mentalidad anatomoclínica, identificando las lesiones ocultas, en vida, del paciente; esto fue posible gracias a la endoscopia y otras técnicas que permitieron observar el interior del organismo, auxiliándose del oftalmoscopio, laringoscopio y poder hacer la broncoscopia, colposcopia y otras maniobras, complementándose con los rayos X y todas las técnicas de imagenología, como la tomografía axial, resonancia magnética nuclear, ultrasonografía, etcétera; asimismo, las intervenciones quirúrgicas exploratorias se han efectuado para observar lesiones que no han podido ser aclaradas por otros medios.

Si bien durante la primera mitad del siglo XIX la anatomía patológica quedó limitada a las alteraciones morfológicas evidentes a simple vista, hacia la segunda mitad se recurrió a las técnicas de observación microscópica. En la segunda década, por ejemplo, comenzó a generalizarse el uso del microscopio compuesto con lentes acromáticas, hecho que supuso la desaparición de las aberraciones cromáticas ofrecidas por imágenes confusas producidas por la refracción desigual de los rayos de distinto color. Aun cuando los microscopistas del siglo XVIII ya habían visto células vegetales y algunas animales, la elevación de las células a elemento constitutivo de todo el cuerpo se produjo precisamente con las observaciones hechas con los microscopios de lentes acromáticas, y puede decirse que la primera formulación de la teoría celular la expuso Theodor Schwann, discípulo de Johannes Müller, en una monografía titulada *Investigaciones microscópicas sobre la coincidencia de los animales y las plantas en la estructura y crecimiento* (1839); en la medicina el paso consecutivo fue aplicar la teoría celular a la histología o anatomía microscópica. Schwann tenía una limitación importante en la concepción de la formación de las células ya que creía que dicha formación se debía a una especie de cristalización en torno al núcleo; esta hipótesis fue refutada por varios autores, entre quienes estaba Rudolf Virchow –también

discípulo de Müller–, quien demostró que toda célula procede de otra anterior, como una planta sólo puede proceder de otra y un animal de otro.

Además, Virchow defendió una concepción celular del organismo conforme a la cual la célula era también su unidad elemental desde el punto de vista fisiológico y patológico; así, la teoría celular quedó firmemente establecida, y sólo el sistema nervioso parecía ser la excepción, ya que se señalaba que éste parecía estar constituido por un retículo formado por la fusión de las prolongaciones de las células nerviosas. La concepción reticulista quedó desmentida gracias a los estudios de Santiago Ramón y Cajal, quien demostró mediante técnicas histológicas con plata que las células nerviosas estaban contiguas pero no eran continuas, dejando firmemente establecida la individualidad de las células nerviosas; la teoría celular quedó consolidada con la publicación de la obra de Cajal titulada *Textura del sistema nervioso del hombre y de los vertebrados* (1897-1904).

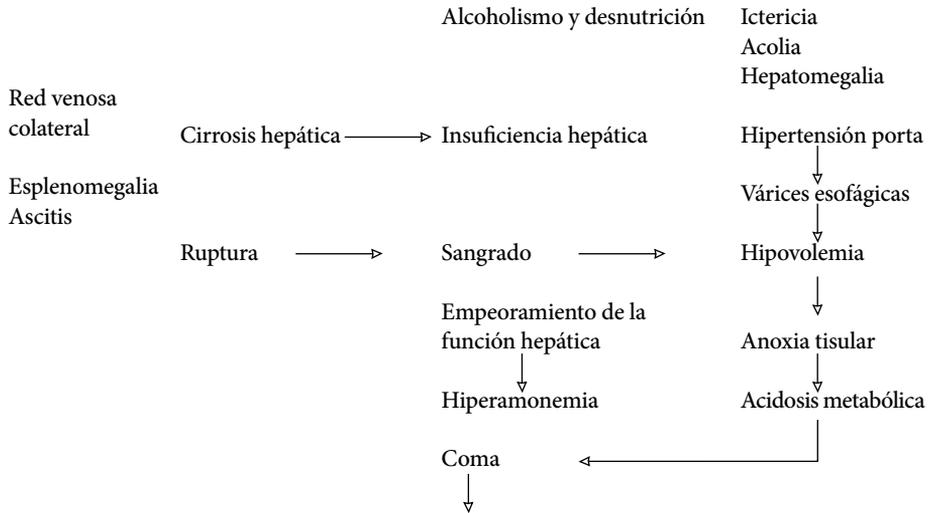
Desde mediados del siglo XIX se recurrió a las técnicas de observación microscópica, fundamentando, además de la teoría celular, la investigación de las lesiones; en este campo la figura más destacada fue Virchow (1821-1902), quien plasmó sus propuestas en la obra *La patología celular*, publicada por primera vez en 1857, la cual se considera un hito fundamental en el estudio de las enfermedades desde la concepción celular del organismo.

Los antecedentes señalados permitieron que el método anatomoclínico, propuesto de manera explícita por Xavier Bechat en el siglo XVIII, paulatinamente tomara forma y fuera un procedimiento aceptado por la mayoría; no obstante algunos pensadores – como Albert Camus– señalaban que cuando no se tiene talento es cuando se necesita de un método, sin embargo todos los métodos tienen como meta alcanzar la verdad. El método anatomoclínico debe denominarse, más bien, método clínico-patológico, ya que no se ocupa de la anatomía sino de la lesión, es decir, de la patología; tiene las siguientes características:

- Prescinde de todas las teorías y sistemas previos.
- Considera a los síntomas y signos como elementos fundamentales del diagnóstico.
- No es un método estrictamente observacional, ya que establece procedimientos y maniobras como la auscultación y la percusión para detectar los cambios patológicos de los órganos internos; con esto último se semeja al método experimental.
- Postula una hipótesis diagnóstica.
- Corroboración o rechaza la hipótesis de acuerdo con lo observado en el examen clínico o los exámenes de gabinete o laboratorio, incluyendo en éstos los de biología molecular que el examen clínico indica realizar y, por último, la que viene a ser el “estándar de oro”, el examen de órganos, tejidos o células, base fundamental de la anatomía patológica.

Otro aspecto científico de la medicina es la investigación de los mecanismos de la enfermedad, basado en gran parte en la fisiología. También es científico el conocimiento de los mecanismos y acción de los medicamentos, por tanto, en la actualidad el conocimiento de la enfermedad no sólo es anatomopatológico sino también fisiopatológico, como lo establecía Claude Bernard.

CUADRO 1. *Método clínico-patológico*



El método científico es utilizado en la medicina desde que el médico escucha al paciente, lo examina y elabora una hipótesis de la patología de los órganos, hipótesis que antiguamente podía ser aceptada o negada sólo en el estudio *postmortem*. En la actualidad la mayoría de las enfermedades pueden ser diagnosticadas en vida de los enfermos, utilizando tanto los diferentes métodos tecnológicos como el estudio de órganos o tejidos realizados mediante procedimientos de patología quirúrgica; sin embargo, el método clínico-patológico permanece esencialmente sin cambios (ver el cuadro 1).

La correlación de la clínica con la patología ha permitido construir la medicina moderna, estimulando el estado de alerta de los médicos, mejorar sus procedimientos, racionalizar sus actos y elevar la calidad intelectual; en resumen, mantener vivo al hospital, con una medicina basada en evidencias, con enfermos mejor atendidos y la medicina en ascenso continuo.

Bibliografía

1. López PJM. "Mentalidad anatomoclínica." En: *La medicina en la historia*, 1a. ed., pp 48-49. Barcelona, España. Salvat Editores. 1981.
2. León HS, Lara PE, Camarena OJ "El método clínico." En: *La historia y filosofía de la medicina*, pp. 13-45. México. Instituto Politécnico Nacional. 2000.
3. Valdez AR. "La medicina hipocrática, mitos y realidad." En: *Hitos de la historia universal de la medicina*, 1a. ed., pp. 27-35. México. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2001.
4. Valdéz AR. "Galeno: Su significado hoy." En: *Hitos de la historia universal de la medicina*, 1a. ed., pp. 27-35. México. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2001.

5. Valdéz AR. "Andrés Vesalio y la anatomía humana." En: *Hitos de la historia universal de la medicina*, 1a. ed., pp. 87-95. México. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2001.
6. Valdéz AR. "Thomas Sydenham y su concepto de especie. En: *Hitos de la historia universal de la medicina*, 1a. ed., pp. 125-135. México. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2001.
7. Valdéz AR. "Giovanni Bautista Morgagni y el método anatomoclínico." En: *Hitos de la historia universal de la medicina*, 1a. ed., pp. 147-156. México. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2001.
8. Pérez TR. "Xavier Bichat." En: *Historia de diez gigantes*, 1a. ed., pp. 89-107. México. El Colegio Nacional. 1991.
9. Pérez TR. "René Théophile Hyacinthe Laennec." En: *Historia de diez gigantes*, 1a. ed., pp. 109-129. México. El Colegio Nacional. 1991.
10. Martínez CF. "La clínica se volvió científica gracias al signo físico." En: *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, 1a. ed., pp. 22-32. Serie La ciencia desde México. México. Fondo de Cultura Económica. 1997.
11. Martínez CF. "La medicina se estaba volviendo científica. En: *La medicina científica y el siglo XIX mexicano*, 1a. ed., pp. 7-22. Serie La ciencia desde México. México. Fondo de Cultura Económica. 1987.
12. Estañol B. *La invención del método anatomoclínico*, 1a. ed., pp. 5-6,43-46,59-62. México. UNAM. 1996.
13. Terrien J. *De la Lupa al microscopio electrónico*, pp. 28-83. Colección Surco. Barcelona, España. Salvat. 1953.
14. Alberracin TA. "La consideración supramolecular del organismo." En: *La teoría celular*, pp. 264-282. España. Alianza Universidad. 1983.
15. Alberracin TA. "La obra de Robert Remak y de Rudolf Virchow." En: *La teoría celular*, pp. 187-203. España. Alianza Universidad. 1983.
16. Pérez TR. "Rudolf Virchow." En: *Historia de diez gigantes*, 1a. ed., pp. 131-149. México. El Colegio Nacional. 1991.
17. Valdéz AR. "Rudolf Virchow y la medicina social." En: *Hitos de la historia universal de la medicina*, 1a. ed., pp. 179-189. México. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 2001.
18. Pérez TR. "Los filósofos de la Revolución científica: Bacon, Descartes, Locke, Berkeley, Hume y Kant." En: *¿Existe el método científico?*, pp. 57-87. México. Fondo de Cultura Económica. 1990.
19. Anaya A. "CPC. La sesión clínico-patológica. Un índice fácilmente valorable de la vida hospitalaria y del arraigo en ella de la patología." *Rev Esp Patol* 35:243-246. 2002.
20. Smith CUM. "La mecanización de la fisiología." En: *El problema de la vida*, pp. 267-294. Madrid, España. Alianza Universidad. 1977.



SCABISAN[®] Shampoo



El síndrome de *burnout* o desgaste profesional

Dr. José Francisco González Martínez, Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

EL SÍNDROME DE *BURNOUT* (BO) o de “estar quemado” es una dificultad de adaptación al estrés laboral, distinguido por agotamiento físico y/o psicológico, agotamiento emocional y actitudes negativas en el trabajo. Ocurre en los profesionales cuya labor está en relación constante con otras personas, ocasionado por sobrecarga en el trabajo, y se presenta con una sensación de falta de participación en el mismo, ausencia de control y una personalidad específica; aunque tal vez existe desde hace tiempo, se ha intensificado en una sociedad industrial con un exceso de presión y con disminución de las relaciones interpersonales.

Entre las personas propensas a padecerlo se encuentran aquellas cuya actividad laboral guarda constante y estrecha relación con otras personas, como es el caso de profesores, policías, y los médicos que en su quehacer diario están en contacto con personas con sida, en unidades de hemodiálisis, de quemados, de cuidados intensivos y oncología.

El síndrome de BO puede manifestarse por angustia o equivalentes somáticos, trastornos del sueño, abuso de alcohol o drogas; en el caso de los médicos, evasión de las actividades clínicas, fatiga, faltas en la relación médico-paciente como expresiones de cinismo, tendencia a olvidos y, en general, alteraciones del funcionamiento del equipo de salud.

En el caso de trabajadores del equipo de salud contribuye a este síndrome los factores relacionados con los pacientes, con el ambiente y la propia personalidad del médico que lo padece; con respecto a los pacientes, se encuentra el contacto continuo con el sufrimiento de ellos y el establecimiento de vínculos demasiado estrechos, así como la sensación de frustración ante la imposibilidad de curar, o el temor consciente o inconsciente del contagio; la impotencia ante la demanda desmesurada o irreal de auxilio de los pacientes o familiares; el riesgo de enfrentar dilemas éticos o temores legales; la juventud de los pacientes y su declinación física y mental a la que pueden evolucionar, etcétera.

Los aspectos relacionados con el ambiente son la necesidad de precauciones especiales, inadecuada retribución económica, falta de reconocimiento profesional, así como la ambigüedad en la delimitación de las responsabilidades; el sexo, la edad del médico, la antigüedad en el trabajo son aspectos relacionados con la persona que padece el BO. Los individuos susceptibles de desarrollar esta patología son idealistas, optimistas e ingenuos, y se entregan con sobrado entusiasmo al trabajo para conseguir una buena opinión de sí

mismos, lo que lleva a una alta motivación y compromiso laboral, pero conllevan el riesgo de desarrollar, a la larga, la pérdida de estos ideales, el mal rendimiento laboral, la baja autoestima y el aislamiento relacional, como consecuencia de las excesivas demandas o exigencias laborales que determinan un esfuerzo crónico pero un refuerzo deficiente; en la medición del síndrome de desgaste se usa con más frecuencia el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que evalúa el grado que se padece. Finalmente, existen varias estrategias de prevención de éste, así como de intervención.

Introducción

El síndrome de *burnout*, de desgaste profesional o de “estar quemado”, es un grave problema social y de salud pública que afecta a miles de trabajadores, sobre todo de aquellos cuyas profesiones requieren de una gran interrelación entre el profesional y las personas hacia las que está dirigido su trabajo. Es un trastorno adaptativo crónico asociado a la manera inadecuada de afrontar las demandas psicológicas del trabajo, lo que daña la calidad de vida de quien lo padece y disminuye la calidad del servicio de ayuda al que se le otorga.

El término BO hace referencia específica a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas; su origen se basa en cómo los individuos que lo padecen interpretan y mantienen su estatus en situaciones de crisis. El síndrome fue descrito por H. Freudenberger en 1974 como un cuadro con diversos síntomas de cansancio mental y físico producidos por una pesada carga laboral, y ha ido adquiriendo interés creciente en la comunidad médica a pesar de las limitaciones en la coherencia teórica y la claridad conceptual de su definición. Esbozado inicialmente como el resultado de la relación entre el individuo y su trabajo, se atribuye como causa del mismo a la desproporción de los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos. Es una fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación y que no produce el resultado esperado.

El trabajador que padece BO empieza a percatarse de que algo no funciona en su trabajo, algo falla en el ámbito organizativo, le invade el sentimiento de fracaso y sufre ansiedad y depresión; como el proceso es cíclico, después de una baja regresa con renovados deseos de laborar pero se encuentra la misma rutina y los mismos problemas, presentándose las bajas cada vez con más frecuencia y prolongadas. En España se calcula que casi 30,000 personas al año lo padecen y tal vez muchas más están camufladas por otras patologías (como lumbalgia, colon espástico, etcétera); es necesario reconocer a este síndrome no sólo como una enfermedad de desgaste sino quizá como una enfermedad laboral profesional o de riesgo de trabajo, y en algunos países se hace ya tal reclamo de reconocimiento, puesto que constituye una fase avanzada del estrés laboral, pudiendo llegar a desarrollar una incapacidad total para regresar al trabajo.

Se considera al BO como la principal psicopatología laboral, y casi 30% de las bajas laborales son consecuencia de este síndrome; quienes lo padecen son personas con gran vocación y la ejercen, les gusta su trabajo pero tienen problemas en la organización para realizarlo. Las personas “quemadas” en su profesión pierden el interés por lo que hacen,

y acaban aislándose laboral y socialmente, desarrollando actitudes negativas frente a la vida y los demás.

El término BO es descrito en 1974 por Freudenberger, aunque es en estudios de Maslach y Jackson, en 1986, cuando adquiere importancia; uno de los temas fundamentales analizados en su estudio ha sido su definición, así como diferentes aportaciones conceptuales para su comprensión. Es difícil definirlo a causa de conceptualizar un proceso complejo y de su similitud con otros trastornos como el estrés laboral o la fatiga crónica. El BO es un síndrome de agotamiento emocional, de despersonalización y de reducción de la capacidad personal que puede presentarse en sujetos que, por su profesión, se ocupan de la gente; es una reacción a la tensión emocional crónica creada por el contacto continuo con otros seres humanos, en particular cuando éstos tienen problemas o motivos de sufrimiento.

El factor característico del síndrome es que el estrés surge de la interacción social entre el operador y el destinatario de la ayuda, razón por la que se le ha considerado como “el precio de ayudar a los demás”; ya descrito y estudiado se refiere al que pueden sufrir los profesionales que tienen por misión ayudar a los demás, como es el caso de las enfermeras, médicos, trabajadores sociales, policías, maestros, etcétera.

En 1980 Chernis lo propuso como un desarrollo en continuo y fluctuante en el tiempo: “Es un proceso –dice– en que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de manera negativa en respuesta al estrés laboral”, y lo describe en tres fases: la inicial o de estrés psicosocial en que hay un desequilibrio entre demandas y recursos; la fase de tensión psicofisiológica y, por último, la fase de cambios conductuales, en la que hay tendencia a tratar a los clientes de modo distanciado y mecánico, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades frente a un mejor servicio al cliente; afrontando de manera defensiva, evitando incluso, las tareas estresantes.

Edelwich y Brodsky, en 1980, lo describen también como “un proceso de progresiva desilusión, con pérdida del idealismo, de energía y de propósito, experimentado por las personas que trabajan en profesiones de ayuda, como consecuencia de las condiciones de trabajo cuando se producen demasiadas dificultades y restricciones a la actividad profesional”.

En 1984 Brill lo definió como “un proceso con un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otras alteraciones psicopatológicas mayores, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto en el ámbito de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo si no es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral, y que está en relación con las expectativas previas”. Queda excluido de la definición el malestar con salario insuficiente, incompetencia por falta de conocimientos, trastorno mental previo, y personas con menor rendimiento laboral transitorio, capaces de superarse por su propio esfuerzo.

En 1986 Maslach y Jackson, especialistas en psicología de la salud, definen el BO como un síndrome de estrés crónico de las profesiones de servicios, que se caracteriza por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de

dependencia; es un proceso caracterizado por el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP), y el abandono de la realización personal (RP); esta definición es la más usada y aceptada hasta el momento, pues precisa que se trata de un proceso tridimensional que abarca al CE, la DP y a la RP. También lo refieren como: “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”, siendo esta conceptualización la más reconocida.

Etzioni lo describe, en 1987, como un “proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo hasta que, de manera inesperada, se expresa como una experiencia devastadora de agotamiento personal, sin relación con ninguna situación particular”.

En 1992 Pines y Aronson lo definieron como: “El estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes; es el resultado de una situación de estrés crónico al que se ve sometido el trabajador, resultante de una discrepancia entre las expectativas e ideales individuales y la dura realidad de la vida ocupacional cotidiana.”

Después de este recorrido, se puede observar que hay al menos cinco puntos en común característicos al síndrome de desgaste en las definiciones anteriores:

1. Predominan los síntomas disfóricos, sobre todo el agotamiento emocional.
2. Destacan las alteraciones de conducta, como es la conducta anormal en el modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente.
3. Se suelen presentar síntomas físicos de estrés como fatiga, cansancio, malestar general y conductas adictivas.
4. Es un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación en el trabajo que se presenta en individuos “normales”.
5. Se manifiesta por menor rendimiento laboral, por vivencias de baja realización personal de insuficiencia e ineficiencia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

El *burnout* en los médicos

Algunos estudios sociológicos efectuados en diferentes países europeos para determinar el grado de satisfacción de los médicos con su situación profesional ofrecen cifras alarmantes de insatisfacción y desilusión; el grado de insatisfacción es sólo moderado en algunos, pero alcanza niveles extremos, que van de 10 a 15% de los médicos, y dicha insatisfacción se acompaña de angustia y desinterés para la práctica de la profesión.

La profesión médica padece colectivamente, en el final del siglo xx y principios del presente, una mezcla de frustración e irritación que le conduce a actitudes de víctima, y a un estado de queja constante a causa de las condiciones de trabajo y la escasa retribución; de la incompreensión de los políticos sanitarios y de sus delegados en las instituciones, y de la exigencia de los pacientes; la frustración surge al comprobar que no se han cumplido las expectativas que como médico se había formado al inicio de su actividad profesional,

cuando esperaba que la medicina fuese una profesión orientada al servicio del paciente, ejercida de manera independiente, sin trabas burocráticas ni preocupaciones económicas para el estudio de los pacientes; actividad que también le permitiera obtener un reconocimiento social y una retribución económica satisfactoria.

En realidad la medicina aún es una profesión de servicio pero se ejerce en el marco de organizaciones complejas y burocratizadas, con desaparición de la autonomía profesional, con un grave deterioro de la relación médico-paciente a causa de la insatisfacción y la actitud a menudo exigente, desconfiada y sumamente crítica de los usuarios del sistema sanitario; el médico ha dejado de ser un elemento socialmente respetado, para convertirse en un asalariado con retribuciones a veces inferiores a las de otros profesionales con titulación equivalente y cuya actividad profesional requiere menos exigencias y responsabilidades.

La irritación se origina por la incompreensión de la causa de esos cambios en su estatus y por el escepticismo respecto a una posible mejoría de la situación; los médicos tienen la sensación que se ha roto el contrato social que de manera implícita los relacionaba con la sociedad, contrato mediante el cual el médico se compromete a un esfuerzo intenso y prolongado de preparación (carrera y formación especializada) muy superior a lo exigido a otros profesionales, a ocupar gran parte de su tiempo libre en mantener la competencia en una profesión que avanza vertiginosamente en conocimientos y tecnología y a ejercer sin limitaciones horarias una actividad exigente al servicio de los pacientes, esperando como respuesta la consideración, el bienestar económico y el derecho a decidir la manera de ejercer su profesión. El contrato social existente se ha roto unilateralmente porque la sociedad espera hoy en día más cosas del médico y de la medicina como profesión; hoy ésta ha dejado de ser una actividad liberal ejercida de manera individual para pasar a ejercerse en el marco de un sistema público, financiada por todos los ciudadanos, con limitaciones económicas, pero a la que se le exige además eficacia, eficiencia y calidad.

Además, a los médicos se les culpa de contribuir a las dificultades financieras del sistema sanitario, ya que el incremento progresivo de los costos se atribuye en gran medida a los gastos de prescripción farmacéutica y al uso de tecnologías complejas; incluso no es socialmente aceptada la queja de que a los médicos se les paga poco. ¿Tienen los médicos razón de estar insatisfechos?; seguramente sí, porque se les pide que hagan más, que lo que hacen lo hagan mejor, con un menor costo y sin premio alguno; pero no tienen razón al abandonar al desencanto, sin esforzarse para proponer un nuevo contrato social. Aquellos que caen en el desencanto se encuentran en el llamado síndrome de BO.

El personal médico y de salud trabaja frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales, los cuales pueden ir desde enfermedades crónicas, incapacidades y traumas agudos, hasta enfermedades psiquiátricas mayores y enfermedades terminales, por ello entre los trabajadores de la salud puede darse una carga emocional y traumática como consecuencia de la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte; entre los médicos es más frecuente esta patología en unidades de cuidados intensivos, oncología o de pacientes quemados. Las exigencias para la toma de decisiones que afectan el bienestar de otros, dentro de las muchas incertidumbres que

CUADRO 1. *Tipos de estresores laborales*

Estresores del ambiente físico

- Iluminación.
- Ruido.
- Ambientes contaminados.
- Temperatura.
- Peso del equipo o material de trabajo

Estresores de la tarea

- Tarea propia.
- Carga mental de trabajo.
- Control sobre la tarea.

Estresores de la organización

- Ambigüedad de funciones.
 - Conflicto de funciones.
 - Jornadas de trabajo.
 - Relaciones interpersonales.
 - Promoción y desarrollo profesional.
-

rodean la práctica médica o el manejo de aspectos difíciles, dolorosos o vergonzosos para los pacientes, así como ser el receptor de la confianza del paciente e información suya, son algunos de los factores estresantes encontrados en el desarrollo de la práctica médica, que pueden contribuir al síndrome.

El personal del equipo de salud, sobre todo el que labora en hospitales, llega a intimar con la muerte por medio de la relación con otras personas; por ejemplo, la orden de no resucitar y la administración de quimioterapia constituyen importantes causas de estrés, además de las relaciones y el enfrentamiento a las variadas respuestas y exigencias complejas de los pacientes hospitalizados y de sus familiares, experiencias que pueden ser difíciles de compartir fuera del trabajo con el cónyuge o la familia; todas estas vivencias cotidianas conforman un estrés crónico laboral que llevará a algún grado de *burnout* en el personal sanitario. En resumen, el médico tiene una carga emocional intensa en todos los aspectos de su trabajo que lo pueden predisponer a la aparición lenta, gradual, y sin percatarse, de desgaste profesional.

Factores facilitadores y desencadenantes del *burnout*

Entre los elementos que pueden desencadenar el síndrome de *burnout* es posible mencionar:

- El ambiente físico del trabajo y contenido del puesto. Por ejemplo factores como el ruido donde se trabaja con alarmas continuamente, afectando no sólo al oído sino al desempeño laboral; otro sería la iluminación diferente en el trabajo en turno nocturno que en diurno, temperatura, disponibilidad de espacio físico, etcétera.

–El estrés ocasionado por el desempeño de actividades que ameritan las relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera al producirse ambigüedades y conflictos de desempeño, las relaciones que establecen los profesionales con supervisores, jefes o compañeros e incluso con los usuarios o clientes.

–Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y aspectos de organización de la empresa, en cuanto a que el trabajador no tiene participación en la toma de decisiones (cuadro 1).

Entre los factores facilitadores se encuentran las variables de carácter personal que, a diferencia de los desencadenantes, son de carácter ambiental; conforme los factores facilitadores se presenten, aumentará el grado de BO.

–*Variables de carácter demográfico:* sexo, edad, estado civil, existencia o no de hijos, antigüedad en puesto y profesión; en ocasiones las mujeres son más estables, por lo que el síndrome es más frecuente en hombres, con poca estabilidad afectiva de pareja o familiar como en solteros y sin hijos; el BO se manifiesta en las personas con más de seis meses de antigüedad en el trabajo.

–*Variables de personalidad:* la mayoría de los estudios indica que el BO se presenta más en individuos sensibles, humanos, altruistas, empáticos, idealistas con dedicación profesional, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás. Algunas estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también pueden tener efectos facilitadores; en el caso de los que usan estrategias de carácter activo o centradas al problema como afrontamiento reflejan menos sentimientos de desgaste.

–La falta de apoyo social en el trabajo facilita los efectos del estrés laboral en el desgaste.

CUADRO 2: *Las tres dimensiones del burnout*

Agotamiento emocional:

Sobreviene luego de haber intentado modificar las situaciones estresantes, pero habiendo fracasado en la gestión; la actividad laboral pierde así, para el sujeto, el atractivo que pudo tener en otro momento. Hay fatiga y pérdida progresiva de energía.

Despersonalización:

Es el núcleo del *burnout*; este concepto evidencia la distancia defensiva del profesional frente al usuario; es consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa establecida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. Se manifiesta por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás, con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo. En el caso de los médicos implica una relación médico-paciente deshumanizada.

Falta de realización personal:

Acaece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto; el profesional sucumbe a la idea de que el trabajo no amerita más esfuerzos. Comienzan las respuestas negativas hacia sí mismo.

Consecuencias del *burnout*

Entre las consecuencias del estrés asociadas a esta psicopatología es posible diferenciar las que se derivan para el propio individuo y las que se derivan para la organización. En el nivel individual es el cuadro clínico propio del síndrome de desgaste y se identifica con la sintomatología que se puede integrar, de acuerdo con Gil-Monte y Peiró, en cuatro grandes grupos de síntomas: emocionales, de actitud, conductuales y psicósomáticos.

Síntomas emocionales: distanciamiento afectivo, impaciencia, irritabilidad y duda respecto a ser una persona poco estimada, que puede degenerar en desconfianza y actitudes defensivas con sentimientos de soledad, alienación, ansiedad, impotencia y omnipotencia.

Los *síntomas de actitud* son consecuencia del estrés laboral y la insatisfacción en el trabajo; los profesionales se dedican en cuerpo y alma a un pasatiempo o deporte, y su actividad extraprofesional se convierte en un escudo que los defiende de la sobrecarga de su profesión. Hay ausencia de verbalización, cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia.

Los *síntomas conductuales* se expresan como ausentismo laboral, aumento en la conducta violenta y de comportamientos de alto riesgo como conducción arriesgada, conductas suicidas, abuso de fármacos, alcohol o drogas, conflictos matrimoniales y familiares; asimismo, hay agresividad, aislamiento del sujeto, cambios bruscos de humor y enfado frecuente con irritabilidad.

Los *síntomas psicósomáticos* se manifiestan como precordialgia, palpitaciones, hipertensión, temblor de manos, crisis de asma, catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, mialgias cervical y lumbar, fatiga, alteraciones menstruales, gastritis, dispepsia, diarrea, colon irritable, cefalea, trastornos del sueño, etcétera.

En el cuadro 2 se presentan las tres dimensiones de Maslach de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

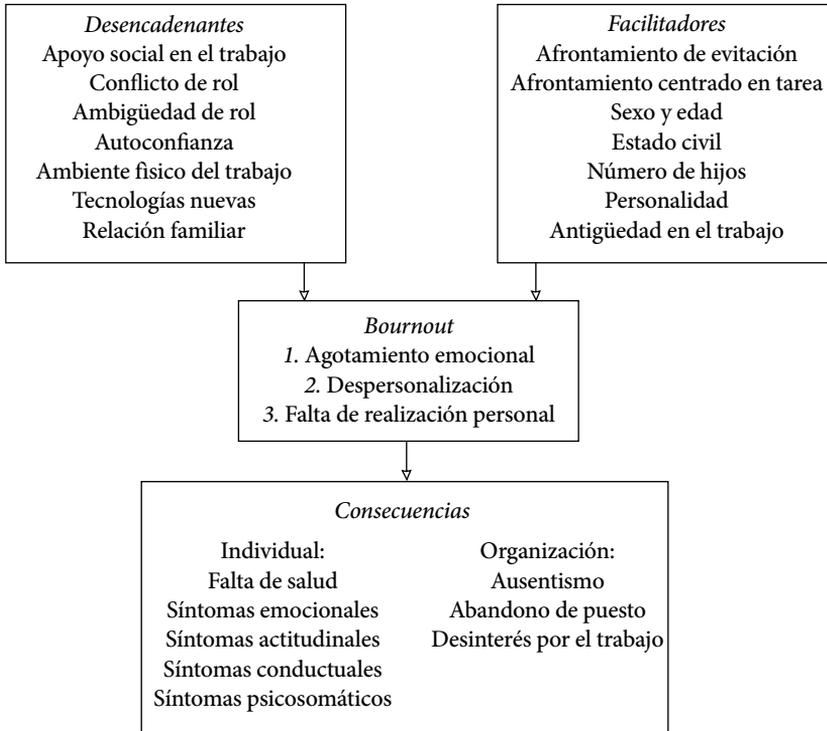
Entre las consecuencias más sobresalientes que repercuten en la organización podemos señalar las referidas en el cuadro 3.

Es necesario mencionar que respecto a las consecuencias en las relaciones interpersonales extralaborales, las repercusiones del síndrome de desgaste no terminan cuando el sujeto deja el trabajo; por el contrario, afecta a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio afectan de manera importante a su familia y amigos, mostrándose irritable

CUADRO 3: *Consecuencias del burnout en la organización*

-
- Disminución de la satisfacción laboral.
 - Elevación del ausentismo laboral.
 - Abandono del puesto.
 - Abandono de la organización.
 - Baja implicación laboral.
 - Bajo interés por las actividades laborales.
 - Deterioro de la calidad del servicio.
 - Aumento de conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios.
 - Incremento de accidentes laborales.
-

FIGURA 1: *Diagrama conceptual del burnout.*



e impaciente, pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso la separación. El agotamiento emocional les impide aislarse de la problemática; cuando llegan a casa desean estar solos e incommunicados, lo que repercute en las relaciones familiares.

Variables predictoras

Si analizamos tanto los factores facilitadores y desencadenantes del BO como el cuadro clínico podemos deducir que existen algunas variables predictoras para la aparición del síndrome.

1. Variables del contexto organizacional o profesional: son las intrínsecas a la organización, que pueden, por sí mismas, generar situaciones aversivas, o desempeñan un papel importante en la interacción trabajador-puesto de trabajo; por ejemplo la sobrecarga de trabajo, frustración en las expectativas laborales, estresores de tipo económico, conflicto de funciones, falta de apoyo organizacional.

CUADRO 4: Puntuaciones y grado de BO para cada aspecto del MBI.

CE	DP	RP
>27 BO alto	> 10 BO alto	> 40 sensación logro alta 34-
12-26 BO medio	> 10 BO alto	39 sensación logro medio
< 19 BO bajo	< 6 BO bajo	> 33 sensación logro baja

2. Variables intrapersonales: son las propias del individuo y se refieren a aspectos de su personalidad, como sus sentimientos y pensamientos, emociones y actitudes, como ejemplo el locus de control externo, con poca o ninguna posibilidad de control de la situación, indefensión aprendida o poco control ante una situación aversiva; individuos muy responsables, con importantes componentes de competitividad, impacientes, pero con un autoconcepto negativo.

3. Las variables del contexto ambiental son las que no están relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes como la familia, amigos y estilos de vida.

La mutua influencia de estas tres categorías de variables predictoras para la aparición de la patología prácticamente no es cuestionada en los trabajos de investigación. En la figura 1 se puede observar la interacción entre los factores desencadenantes y facilitadores del *burnout* y sus consecuencias; también se puede apreciar que el síndrome de desgaste no es una situación aislada, sino un *continuum*, por lo que algunos autores han propuesto cuatro fases en este proceso:

1. *Entusiasmo*: las expectativas de lo que puede ocurrir son irreales.
2. *Estancamiento*: hay una paralización tras constatar la realidad.
3. *Frustración*: es el inicio del síndrome; se cuestiona el valor del trabajo con descenso de la motivación; inicia el agotamiento emocional y la baja realización personal.
4. *Apatía*: es el núcleo central del síndrome donde hay indiferencia con falta de interés y sentimiento de vacío total; se consolida el agotamiento emocional y la baja realización personal y se establece como estrategia negativa de afrontamiento la despersonalización.

Diagnóstico y evaluación del *burnout*: el MBI

El Maslach Burnout Inventory (MBI, ver anexo 1) fue validado por Maslach y Jackson en 1986 y es el instrumento más ampliamente usado para evaluar el BO. Se trata de un cuestionario de 22 preguntas en forma de afirmaciones acerca de los sentimientos personales y actitudes del profesional en su trabajo y a los usuarios o clientes, con siete opciones de respuesta (Escala de Likert de 0 a 6), con tres subescalas: cansancio emocional (CE, son sentimientos del sujeto respecto a encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo),

despersonalización (DP, son respuestas frías, distantes e impersonales hacia los usuarios), y realización personal (RP, sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo).

En el anexo 1, al CE corresponden nueve cuestiones: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20; a D: cinco preguntas: 5, 10, 11, 15 y 22, y a RP son ocho interrogantes: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21. Las tres dimensiones del MBI se han considerado, hasta el momento, como entidades independientes; a mayor puntuación en CE y DP hay mayor estrés, y a mayor puntuación de RP hay menor estrés. Así, una connotación de CE+, DP+, RP sería igual a BO. La evaluación no consiste en hay o no hay, sino que la escala del MBI evalúa el grado existente (cuadro 4); es decir, se cuantifica como variable continua: bajo, moderado o medio y alto, y no como ausente o presente.

La sensación de estrés y presión es subjetiva en cada persona y parece depender de la capacidad de respuesta que tenga el individuo, así como del grado de vulnerabilidad al estrés y los valores que asuma; es evidente la relación entre el estrés crónico y un desarrollo de mayor grado de BO, pues el estrés se ha convertido en nuestra sociedad en una patología que acompaña a gran parte de la población trabajadora. El síndrome de desgaste profesional es considerado hoy como una psicopatología laboral cuya causa principal se encuentra en la empresa, por problemas de organización y estructuración del trabajo; este síndrome es un problema creciente en los años recientes, y afecta a la mayoría de los países europeos.

Existen otras escalas que también evalúan el grado de estrés laboral, como la Work Environment Scale, (WES), o escala de clima social en el trabajo; la EPB o escala de efectos psíquicos del BO, y la CBB o cuestionario breve de BO, sin embargo, como el MBI puede aplicarse con facilidad ha sido ampliamente utilizado, además de su reiterada utilización con muestras de trabajadores y profesionales de todo tipo, por lo que se ha convertido en la más aceptada.

Tratamiento y prevención del *burnout*

Desde la identificación del síndrome BO ha existido un enorme interés en el desarrollo de intervenciones orientadas a su reducción, así como para mejorar la calidad de vida laboral y la prevención del estrés en el trabajo; el tratamiento de esta patología es individualizado actuando tanto en el ámbito individual como organizacional, tal vez con un breve periodo de baja laboral, con técnicas que moderen el efecto emocional, así como una mejor organización. En casos más severos puede recurrirse al uso de psicovigilancia, psicoterapia y fármacos, por lo común antidepresivos y ansiolíticos.

El BO debe considerarse como una enfermedad profesional, no significando que la persona que lo padece se esté volviendo floja y que requiera medidas disciplinarias, sino que se debe prevenir o tratar intentando encontrar un soporte social y afectivo, disminuyendo la sobrecarga de trabajo y aumentando la participación en la gestión del mismo. Uno de los tratamientos que se pueden aplicar para disminuirlo es no involucrarse de modo excesivo en el trabajo, es decir no llegar a ser adictos al trabajo, y tener técnicas de control emocional como relajación y la realización de algún deporte; habrá que apren-

der a hacer menos cosas sin sentirse inconforme generando una adaptación difícil pero muy importante. Cambiar el estilo de vida es muy difícil; una medida muy drástica para tratar el BO es el cambio de trabajo, sin embargo, el duelo por la pérdida de un estilo de vida profesional es muy difícil, aunque pueda decirse: “mi vida es menos excitante pero ahora es más vida”.

El soporte social se correlaciona con bajos niveles de BO, por lo que es recomendable cultivar lazos afectivos sólidos, dedicándole el tiempo necesario a la familia, amigos y otras relaciones sociales, factor que contribuye a prevenir el síndrome.

Entre las terapias psicológicas, la terapia cognitiva es muy común en el tratamiento porque reestructura los pensamientos alterados, y la terapia conductual porque modifica la relación con el medio; obtener sentimientos claros de los propios valores y limitaciones; la capitalización de los logros y la revisión de los fracasos y la definición de objetivos vitales implica tiempo, introspección y reflexión.

El BO es un amplio tema de interés, poco estudiado en el contexto sanitario, debiendo ser “el cuidado de los cuidadores”, pues los profesionales de la salud deben combatir su propia angustia reconociendo que influye negativamente en su vida, y lo puede hacer también en su calidad profesional; es importante detectar el malestar que provoca la asistencia, ya que trabajar con ansiedades intensas relacionadas con vivencias de enfermedad y muerte, con la imposibilidad de asimilarlas adecuadamente, puede desembocar en prácticas caracteropáticas, sobreadaptadas, perversas o alienadas del ejercicio profesional. Es posible organizar instancias grupales de reflexión y análisis dinámico del trabajo asistencial, donde sea factible proporcionar formación psicológica a los miembros del equipo de salud, adiestrándolos en técnicas de *counselling* y apoyo psicológico, como formas de prevenir el desgaste. Delimitar bien las responsabilidades de cada integrante del equipo de trabajo o de salud es importante, dejando el menor margen posible a las ambigüedades y así disminuir la tensión en el trabajo cotidiano. Las recompensas tienden a neutralizar o amortiguar los efectos de una pesada carga laboral; en el caso de los médicos es la gratitud de los pacientes, el reconocimiento profesional por parte de colegas y superiores, la

CUADRO 5. Recomendaciones para la prevención y manejo del burnout en el ámbito individual.

- Trabajar mejor en vez de más.
- Establecer objetivos realistas.
- Hacer lo mismo de manera distinta.
- Hacer pausas.
- Tomar las cosas con más distancia.
- Destacar aspectos positivos.
- Conocerse a sí mismo.
- Practicar reposo y relajación.
- Establecer fronteras.
- Mantener la vida privada.
- Mejorar condiciones de trabajo.
- Cambiar de trabajo.
- Limitar la contaminación del tiempo libre.

CUADRO 6. Recomendaciones para la prevención y manejo del *burnout* en el ámbito institucional.

-
- Cuidar al profesional, sobre todo al de la salud, es una inversión, no un gasto.
 - Humanizar la productividad.
 - El centro de la atención debe ser el hombre, no el mercado.
 - Instauración de un grupo multiprofesional, donde los medios de comunicación estén abiertos y donde exista un buen sistema de apoyo mutuo.
 - Profundizar los estudios longitudinales que permitan conocer cuál es el comportamiento del síndrome con el transcurso del tiempo.
 - Claridad de las pautas en las funciones de trabajo y en los niveles de responsabilidad, contribuye a evitar la ambigüedad de dichas funciones y la eventual sobrecarga de trabajo.
 - Claras líneas de responsabilidad, una administración bien organizada y un liderazgo vigoroso son factores importantes que permiten al personal de todos los niveles discutir problemas e inquietudes con los líderes del equipo o unidad.
 - Las condiciones de trabajo son de evidente importancia.
-

sensación de ser eficaz en el trabajo y una retribución económica justa son importantes.

Para prevenir el BO no es suficiente actuar en el ámbito individual; es necesario realizar un estudio integral de la organización. En ese sentido la empresa debe adoptar las siguientes pautas: horizontal, descentralizada, con mayor grado de independencia, promociones internas justas, flexibilidad horaria y apoyo a la formación; todas ellas encaminadas a la prevención del desgaste profesional. La empresa debe procurar menos sobrecarga de trabajo, así como dar mayor participación de los trabajadores en la propia organización, depositando en los trabajadores una sensación de mayor control. Si la carga de trabajo no se puede disminuir, para aminorar el efecto del estrés se puede intentar tener un mayor control sobre éste, así como técnicas de relajación y sentido del humor en lo posible y según la situación. Un mejor salario protege respecto al síndrome; el sentirse bien pagado, incrementa la imagen profesional y la autoestima y puede ser una protección contra el síndrome de desgaste, pero no suficiente ya que la sobrecarga laboral o pérdida de control o presiones amenazantes no se pueden compensar con dinero. Las organizaciones o empresas deben saber que exprimiendo al máximo la actividad y los recursos humanos, lejos de obtener una mayor productividad sólo se consigue provocar “quemazón”, de manera que el síndrome BO es, pues, no sólo un problema del trabajador sino también lo es de la empresa.

De lo dicho, se desprende que para evitar el BO hay medidas que se aplican a tres niveles distintos: individual, grupal e institucional.

En el individual se da el uso de técnicas cognitivas, conductuales, autorregulación y gestión del tiempo y mejorar las habilidades sociales, como medidas útiles para la prevención del síndrome; aquí también es útil el uso de técnicas de relajación como practicar yoga y deporte. Adoptar ante los problemas de los usuarios una actitud equilibrada entre la preocupación y un alejamiento excesivo; una orientación correcta, previa al ingreso a la carrera o del trabajo, es esencial para evitar la creación de falsas expectativas; puede ser de ayuda también acudir a cursos de formación y de entrenamiento en manejo del estrés.

Los grupos de apoyo. Los amigos, colegas o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma para detectar el BO, y ellos mismos pueden conformar estos grupos de apoyo, que como tarea no discutan el trabajo sino la relación del profesional consigo mismo. Es esencial fortalecer las relaciones sociales entre los trabajadores, lo cual es posible mediante el cambio participativo para la identificación y resolución de los problemas, como puede ser diversificando las tareas, definición precisa del trabajo, rotación de tareas, etcétera.

Nivel institucional: es necesario proporcionar instrumentos de soporte asistencial para el propio personal, formados por grupos de expertos capacitados para ofrecer la ayuda adecuada de manera confidencial, eficaz y no disciplinaria.

En el cuadro 5 se presentan algunas otras indicaciones para el manejo y prevención del BO en el ámbito individual, y en el cuadro 6 se enlistan algunas recomendaciones en el ámbito institucional.

Conclusiones

- El *burnout* es un síndrome de desgaste como respuesta al estrés crónico al que están expuestos los profesionales de servicio.
- El *burnout* es más un proceso *continuum* temporal progresivo que una condición estática.
- El *burnout* es un proceso que constituye el paso final en una progresión de tentativas frustradas para afrontar distintas condiciones de estrés.
- El *burnout* se limita a los trabajadores de profesiones de servicio y ayuda.
- Los trabajadores más susceptibles de padecer el *burnout* han comenzado su carrera y trabajo con dedicación idealista a los servicios humanos.
- Los componentes esenciales del síndrome de *burnout* son agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.
- El Maslach Burnout Inventory (MBI) es la escala más usada para evaluar el grado de *burnout* que se padece.
- El soporte y apoyo social se correlaciona con bajos niveles de *burnout*.
- Delimitar las responsabilidades en el equipo de trabajo, dejando el menor margen posible a las ambigüedades, disminuye el *burnout*.
- Hoy en día el estrés laboral es un tema mundial de estudio; surge en una sociedad que está viviendo el fenómeno de la globalización y está inmersa en la inundación mediática.

Entre los médicos faltan investigaciones epidemiológicas y un sinceramiento personal e institucional respecto a las dificultades y problemas que padecemos en la práctica médica cotidiana; vivenciamos una realidad amenazante que, sumada a la incertidumbre laboral, implican frustraciones en el cumplimiento de los ideales médicos, constituyendo el *burnout*, antítesis de los ideales profesionales del médico.

Anexo 1

Instrucciones

El propósito de esta encuesta es conocer cómo consideran distintos profesionales de servicios humanos su trabajo y a las personas a quien proporcionan servicio. Se usa el término “persona” para señalar a los individuos a quienes se proporciona el servicio, cuidado o atención. Aunque en su labor usted utilice otro término (por ejemplo paciente, alumno, cliente, etcétera), cuando responda esta encuesta piense en los que reciben el servicio que usted proporciona.

A continuación se presentan 22 cuestiones relacionadas con los sentimientos que usted experimenta en su trabajo; lea cada una y responda señalando la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento de acuerdo con la siguiente escala:

- 0 Nunca
- 1 Pocas veces al año o menos.
- 2 Una vez al mes o menos.
- 3 Pocas veces al mes.
- 4 Una vez a la semana.
- 5 Pocas veces a la semana.
- 6 Todos los días.

Vea el siguiente ejemplo: “Me siento deprimido en el trabajo.” Si “nunca” se siente deprimido en el trabajo, debe contestar 0; si esto le ocurre alguna vez, indique su frecuencia de 1 a 6. Junto a las frases se le piden algunos datos personales.

Si alguno le parece demasiado personal, deje el espacio en blanco. La finalidad es conocer mejor cómo consideran el trabajo y a las personas los profesionales de la salud.

Nombre: _____

Apellidos: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Si está casado, ¿cuántos años tiene con su pareja actual? _____

¿Cuántos hijos tiene? _____ ¿Cuántos viven con usted? _____

Nivel de estudios: _____

Profesión actual: _____

Situación laboral (temporal o fijo): _____

Horario: _____

Tiempo en su trabajo actual: _____

Tiempo en su profesión: _____

Conteste las preguntas indicando la frecuencia con que usted ha experimentado el sentimiento.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas
8. Me siento “quemado” por mi trabajo
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás
10. Me he hecho más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
12. Me siento muy activo
13. Me siento frustrado en mi trabajo
14. Creo que estoy trabajando demasiado
15. No me preocupa lo que les ocurre a algunas personas a las que les doy servicio
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio
18. Me siento estimulado después de trabajar con personas
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
20. Me siento acabado
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas

Bibliografía

1. Álvarez GE, Fernández RL. “El síndrome de burnout o el desgaste profesional (1): Revisión de estudios.” *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 11(31). 1991.
2. Atance-Martínez JC. “Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal hospitalario.” *Rev SSP Salud Pública* 71 :293-303. 1997.
3. Bargellini A, Barbieri A, Rovesti S et al. “Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians.” *Occup Environ Med* 57(7):453-457.2000.
4. Bass D. “Surfacing after burnout.” *BMJ* 320:259. 2000.
5. Brill PL. “The need for an operational definition of burnout.” *Family and Community Health* 6:12-24. 1984.
6. Cebria J, Segura J, Corbella S y cols. “Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia.” *Aten Primaria* 27(7):459- 468.2001.
7. Deckard G, Meterko M, Field D. “Physician burnout: An examinations of personal, professional and organizational relationships.” *Medical Care* 32:745-754. 1994.
8. De Pablo R, Suberviola J. “Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria.” *Aten Primaria* 22:580-584. 1998.

9. Diaz RJ, Hidalgo R. "El síndrome de burnout en los médicos del sistema sanitario público de un área de salud." *Rev Clin Esp* 194:670-676. 1994.
10. "Disillusioned doctors: Need a better balance between service commitment and education." *BMJ* 314: 1705-6. 1997.
11. Freudenberger H. "Staffburnout." *Journal of Social Issues* 30:159-166. 1974.
12. Firth-Cozens J. "Emotional distress in junior house officers." *BMJ* 295:533-536. 1987.
13. Gil Monte R, Peiró, IM. *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid. Síntesis. 1997.
14. Gundersen I. "Physician burnout." *Ann Intern M, d* 135:145-148. 2001.
15. López RM, Martín CM, Fuentes CI y cols. "El síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumentos de medida." *Med Pal (Madrid)* 7(3):94-100. 2000.
16. Marine A, Serra C. "Occupational health programmes for treating and preventing psychological stress in health care professionals." *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 1.2002.
17. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*, 2a. ed. Palo Alto, California. Consulting.
18. Mayou R. "Burnout." *BMJ* 295:284-285. 1987.
19. Mc Auliffe WE, Rohman M, Santangelo S et al. "Psychoactive drug use among practicing physicians and medical students." *N Engl J Med* 315:805-810. 1986.
20. McCue JD. "The effects of stress on physicians and their medical practice." *N Engl J Med* 306:458-63. 1982.
21. McCue JD, Sachs CI. "A stress management workshop improves residents copyng skills." *Arch Intern Med* 151:2273-2277. 1991
22. Poissonnet CM, Veron M. "Health effects of work schedules in health care professions." *J Clin Nurs* 9(1):13-23.2000.
23. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al. "Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians." *BrJCancer* 71:1263-1269. 1995.
24. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA et al. "Mental Health of hospital consultants: The effects of stress and satisfaction at work." *Lancet* 347:724-728. 1996.
25. Rubin BK. "The well-stressed intensivist." *Crit Care Med* 28(9):3362-3363. 2000.
26. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE et al. "Burnout and self-reported patient care in an internal medical residency program." *Ann Inter Med* 136(5):358-367. 2002.
27. Spurgeon A. "The burnout companion to study and practice: A critical analysis." *Occup Environ Med* 56(8):576. 1999.
28. "Stress and impairment during residency training: Strategies for reduction, identification, and management. Resident Services Committee, Association of Program Directors in Internal Medicine." *Ann Intern Med* 109: 154-161. 1988.
29. Weinberg A, Creed F. "Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff." *Lancet* 355(9203):533-537.2000.
30. Wider A. "A Doctor's Dilemma: Stress and the Role of the Carer." *BMJ* 313: 889. 1996.



Scabisan®



El desencanto de los médicos

Dr. José Francisco González Martínez, Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

“EL PRIMER DÍA EN TU hospital fue un momento inolvidable; se abría un espléndido horizonte profesional y todo maravilloso. Hoy día, tras hacer un balance de la vida profesional, uno siente que las cosas han cambiado radicalmente. El proyecto profesional, objetivos, experiencia profesional y cualidades personales no encajan ya.”

Hay tanto descontento de los médicos, que se ha hecho cada vez más evidente hasta convertirse en un verdadero clamor universal de esta profesión; actualmente, los médicos vemos nuestra profesión como víctimas de las reformas a los sistemas de salud, con la autonomía profesional disminuida, cada día con mayores responsabilidades, pero con menos ingresos y menoscabo de su estatus, y sometidos a presiones y exigencias de toda índole.

Salta a la vista que el problema que agobia a los médicos no es sólo de un país, sino que está presente en mayor o en menor medida en todo el mundo, independientemente del tipo de gobierno, de su orientación política o de su riqueza; es necesario el cambio de este status en que la medicina está bajo fuertes presiones de toda índole: científicas, económicas, sociales y políticas. Los médicos vemos hoy cuán lejos se encuentra la medicina de lo que la sociedad espera que hagamos por ella, cuando sabemos que sólo un número limitado de tratamientos ha demostrado de manera incontrovertible su utilidad; y así como no están conformes con la medicina, los médicos tampoco lo estamos porque, sin razón de ello, se nos pide que hagamos más y que lo que hacemos lo hagamos mejor, con un menor costo y sin ningún premio. Pero en lo que no tenemos razón los médicos es en abandonamos al desencanto sin esforzamos para proponer un nuevo contrato social.

Introducción

“Maldito sea el suelo por tu causa; con fatiga sacarás de él el alimento todos los días de tu vida”, reza el *Génesis*.

“Trabajo” procede de la palabra latina *tripalium*, que era un instrumento de tortura compuesto por tres estacas; el trabajo ha pasado de ser una tarea de esclavos y menesterosos a convertirse en uno de los ejes de nuestra vida, de manera que para desarrollarse como persona es fundamental disponer de una actividad laboral y estar satisfecho con ella, tarea que además proporcione capacidad económica suficiente para la independen-

cia y libertad; cuando el trabajo es alienante o no satisface las expectativas que se ponen en él, se va fraguando un trabajador “quemado”, y empieza a aparecer un sinnúmero de síntomas de insatisfacción. Vivimos en una sociedad competitiva que obliga a que cada vez nos exijamos más a nosotros mismos; una sociedad con prisa en la que parece que sólo hay cabida para el trabajo, aunque este sea fuente de insatisfacción. Todo mundo entiende al empleado que va a su trabajo con pocas ganas porque el clima laboral no es adecuado, porque no tiene expectativas de promoción laboral o porque en la empresa no importa la opinión de los trabajadores; por lo contrario, las investigaciones de muchas empresas y gerencias han demostrado que la confianza, lealtad y dedicación que impulsa la productividad e innovación en las mismas, así como los logros personales, de equipos y de organizaciones, pueden atribuirse a los sentimientos correctamente controlados para motivar al personal y que, de manera consecuente, estén satisfechos.

Las encuestas efectuadas recientemente en algunos países europeos con respecto a la calidad de vida en el trabajo, indican de modo contundente que la satisfacción dentro de el es moderada y con poca autonomía y participación en el mismo; la mayoría de las personas ocupadas tienden a considerarse satisfechas con su trabajo, pero en una proporción similar perciben déficit importante respecto a cuestiones como la integración, autonomía o participación dentro de el. Entre las justificaciones para estar satisfechos en el trabajo se encuentran el gusto por la tarea, compañerismo, buen horario, buen salario, y la posibilidad de desarrollo profesional; entre las razones que se señalan para la insatisfacción se puede mencionar el mal sueldo, mal horario y dureza del trabajo.

Los médicos, por su parte, están descontentos e insatisfechos en su trabajo médico, y aunque no lo están siempre, cuando se reúnen conversan de sus desdichas y de su retiro prematuro; el malestar y la desmotivación es evidente en numerosas encuestas y en algún país se ha llegado a hablar del posible retiro de los médicos en masa del sistema nacional de salud, pues los servicios de salud a cargo de médicos desmoralizados y desmotivados no pueden prosperar. La causa más palpable del malestar es que se sienten sobrecargados de trabajo y sin apoyo, siendo posible diagnosticar la infelicidad y la insatisfacción de los médicos en términos de disminución del control de su profesión y mayor responsabilidad, pues escuchan a los políticos hacer promesas extravagantes y deben ellos explicar a los pacientes la causa por la cual los servicios de salud no pueden proporcionar lo que prometen; mientras se anuncian numerosas iniciativas de salud, en la práctica se cancelan operaciones y no se puede admitir o dar de alta a los pacientes, además de que los servicios comunitarios están desapareciendo. A la par que los médicos luchan para dar una respuesta satisfactoria, sienten que batallan contra el sistema, en vez de recibir apoyo del mismo.

Es difícil –si no imposible– trabajar y; lo peor, es que se debe hacerlo teniendo como telón de fondo una cobertura negativa de los medios de comunicación. Al doctor Kildare se le ha remplazado por el doctor Shipman, y las historias de errores y negligencias sobrepasan por mucho los aciertos de los médicos; la cobertura negativa de los medios de comunicación podría representar, en el mejor de los casos, el reconocimiento del mundo a las limitaciones de la medicina y de los médicos y, aunque resulte incómodo,

CUADRO 1. Complejo industrial y comercial de la salud

-
- Industria farmacéutica.
 - Industria de equipos médicos.
 - Construcción de clínicas y hospitales.
 - Compañías aseguradoras.
 - Agencias de publicidad.
 - Despachos jurídicos y contables.
 - Asesoras administrativas.
 - Hospitales y sanatorios.
 - Laboratorios clínicos y de gabinete.
-

esto podría llevar a una relación más honesta, experimentada y confortable de la relación entre el médico y el paciente.

Los cambios que estamos viviendo son producto de muchos factores que afectan prácticamente todas las actividades humanas, pues el mundo ha cambiado de manera dramática, sobre todo en la segunda mitad del siglo xx. Las grandes transformaciones de la economía, la política, la sociedad, y la propia medicina, hacen que estas disciplinas tengan hoy muy poco que ver con lo que existía hace cien años; desde la fundación de nuestra profesión hemos dado por hecho que la relación entre los pacientes y los médicos está fundamentada en un acto de autonomía mutua, fortalecido por la confianza, resguardado por la ética profesional y cobijado por la calidez del trato humano, pero entre tanto hemos descuidado otros aspectos, permitiendo que a nuestras espaldas y a las de la sociedad se desarrollara un “monstruo corporativo”: el complejo industrial y comercial de la salud, cuyos intereses se cifran sobre todo en el producto económico de la atención a la salud (cuadro 1).

Conforme la sociedad se mueve, avanza hacia una época basada en conocimientos, caracterizada por una gran riqueza en información, avances científicos, proliferación de la tecnología y una orientación corporativa; no cabe duda que la profesión médica está siendo transformada, y que la medicina moderna está fundamentada en la ciencia, mientras que la de antes era una medicina que se basaba en la ética. Los milagros de la medicina moderna, los medicamentos y la tecnología cuestan caro, circunstancia que la ha tornado en un mercado atractivo para los inversionistas, quienes a su vez la han transformado en un gran negocio, abandonando la “medicina basada en la población”, donde la prioridad es el grupo y no el individuo; generalmente quienes promueven este paradigma no son pacientes. Como consecuencia, los papeles del paciente y el doctor, tradicionalmente los protagonistas centrales del acto médico, han sido relegados a un plano no prioritario en donde las grandes decisiones los rebasan, y ahora las están tomando los administradores y los empresarios. Los médicos, movidos por la ética de otorgar prioridad a los pacientes, nos encontramos atrapados en la mitad y, obviamente, estamos descontentos, desmotivados e insatisfechos profesionalmente.

El fortalecimiento de la medicina moderna

Tal vez no sea tan cierto que dentro de la sociedad los médicos han ocupado siempre posiciones de honor y comodidad, pues hay numerosos ejemplos históricos en sentido contrario: entre los romanos, los médicos eran esclavos y forasteros y la medicina era considerada una ocupación de muy bajo nivel; en Inglaterra, en el siglo XVIII, a pesar de estar por encima de los cirujanos y boticarios, los médicos ocupaban un lugar apenas marginal de la alta burguesía, luchando por el aprecio de los ricos, con el deseo de adquirir suficiente riqueza para comprar título y hacienda; en Francia, a principios del siglo XX, los médicos eran generalmente pobres y los que obtenían éxito –concientes de que la medicina no era la manera más adecuada de conseguir status –, persiguieron un ideal de cultura general mas que los puros logros profesionales. Actualmente no todas las sociedades tienen una medicina científica e instituciones médicas avanzadas, ni una profesión médica poderosa.

La profesión médica ha adquirido poder en el devenir del tiempo, y su éxito radica en la autoridad que le otorga dicho poder: el poder del conocimiento; el conocimiento especializado y la autoridad cultural son para las clases profesionales lo que tierra y capital a los terratenientes: la manera de asegurar ingresos. Para cualquier grupo social la acumulación de autoridad requiere tanto de consenso en el ámbito interno como legitimidad en el externo; el consenso facilita la articulación de intereses comunes y la movilización del esfuerzo del grupo, mientras la legitimidad –sobre todo de las clases poderosas– abre la vía de los recursos. Antes de convencer al público y al Estado de la legitimidad de su deseo de autorregulación, los médicos tuvieron que lograr algún grado de acuerdo entre ellos mismos; la consolidación de la autoridad profesional médica ocurrió entre 1850 y 1930 cuando se efectuó la implantación de la licencia médica para el ejercicio de la profesión. El papel de la Asociación Médica Americana y de la aplicación de su código de ética, así como su apertura hacia finales del siglo XIX, fueron pasos muy importantes para conseguir el respeto de la sociedad; se hizo entonces necesaria la reforma a la educación, que culminó con la publicación del informe Flexner en 1910. Con la reforma de la educación y la reestructuración del sistema se originó el florecimiento definitivo de la poderosa medicina americana, que se consolidó después de la segunda Guerra Mundial cuando el gobierno comenzó a proporcionar importantes fondos para la investigación, la educación médica y la construcción de hospitales.

Por otro lado, durante el siglo XX, sobre todo en su segunda mitad, los derechos individuales fueron adquiriendo mayor importancia y la gente fue más activa en exigirlos; el derecho a conocer la verdad, a decidir libremente respecto a lo que afecta a la persona y saber todos los detalles de los tratamientos, fueron factores universales impulsados por la introducción del llamado “consentimiento informado”. A partir de 1970 los médicos americanos tienen la obligación de informar a sus pacientes de manera clara y precisa no sólo el procedimiento que se va a practicar sino también la evidencia acerca del resultado esperado. Este paso tuvo una influencia universal importante, pues alentó a los enfermos acerca de sus derechos y dio cabida a numerosas demandas, lo que llevó rápidamente a que los médicos acudieran cada vez con mayor frecuencia a la llamada “medicina

defensiva”, misma que lleva a practicar procedimientos y exámenes que el paciente no requiere, pero que al momento de una demanda pueden servir para demostrar que el médico actuó de manera diligente e hizo todo lo que debía hacer; la medicina defensiva es, por mucho, una de las causas más importantes de que la medicina moderna sea de altos costos económicos. También hay evidencia suficiente que demuestra que cuando un tercero, y no el propio paciente, paga las cuentas, se presenta una pérdida en el control del gasto, junto a la responsabilidad que tienen los propios pacientes que con frecuencia presionan a los médicos para que se les realice un sinnúmero de exámenes y tratamientos o procedimientos no claramente indicados, sobre todo cuando quien responde por los gastos es una empresa o una aseguradora. Independientemente de la causa, lo cierto es que el aumento incontenible en los costos en salud es una de las razones que ha llevado a muchos países a emprender reformas que pretenden controlarlos, con la intención de garantizar, simultáneamente, el acceso universal y la equidad de los servicios de salud.

En contraste con el formidable aumento de los costos de los sistemas de salud, la remuneración de los médicos ha venido descendiendo progresivamente, como consecuencia de los cambios y las reformas, por lo que los médicos resienten la progresiva intervención del Estado y de las compañías intermediarias, a quienes culpan de sus bajos ingresos y de limitar la libre práctica de la profesión. Los honorarios médicos han llegado en muchas ocasiones a niveles muy bajos, y casi sin excepción hoy debe trabajar mucho más para obtener los mismos ingresos que tenía hace algunos años en nuestro sistema público de salud requiere del pluriempleo. A esto se suma lo que se ha señalado como pérdida de la autonomía profesional, que se refiere a las limitaciones que enfrenta el médico al tener que solicitar autorizaciones para determinados tratamientos o procedimientos, o tener que abstenerse de practicarlos por no haber sido autorizados. Por eso se afirma en los foros médicos que actualmente no se puede ejercer la profesión médica libremente, pues existe todo tipo de limitaciones por parte de terceros; el más preocupante indicador de desprofesionalización de la medicina es la pérdida de la autonomía en la toma de decisiones en beneficio del paciente y de la sociedad debido a las imposiciones de la estructura administrativa de la atención gerenciada de la salud, cuyo objetivo casi único es la contención de costos para lograr un mejor rendimiento económico.

También es preocupante el desbordamiento en el número de facultades y escuelas de medicina que ha ocurrido en los últimos años, con lo cual se ha incrementado de manera irracional el número de médicos, cuya calidad no es la más deseable, lo que ha llevado a una competencia profesional feroz y no siempre ética, lo que colabora a perpetuar las bajas remuneraciones y contribuye a fomentar desacuerdos respecto las normas éticas y los requisitos mínimos para ejercer la profesión.

Cambios que afectan la profesión médica

La presencia del llamado “tercer actor”, es decir las compañías intermediarias del dinero y del riesgo, se explica como una forma en que los ciudadanos y los países han pensado que se puede lograr mediante mecanismos de solidaridad y compensación, que las personas

satisfagan sus necesidades de salud con un pago permanente de sumas de dinero y que no estén expuestas al riesgo de un imprevisto muy costoso que ponga en intervenciones que pueden limitar el acceso a determinados tratamientos o procedimientos produce una clara incomodidad en profesionales y pacientes.

Si la relación médico-paciente fue en alguna ocasión entre dos personas, esto fue sólo porque los tiempos y la medicina eran más simples; en el presente y futuro las obligaciones del médico para con el paciente son y serán mucho más complejas, donde la relación no puede continuar siendo unipersonal, sino que debe reflejar un equilibrio. Aunque se culpa de toda la distorsión de la relación médico-paciente a los cambios a la reforma en turno, a la medicina prepagada, a la medicina socializada, a las compañías de seguros o a la participación de cualquier tercero, la verdad es que la participación de terceros, como el Estado, es tan vieja como la misma medicina, por ejemplo en el *Código de Hamurabi*.

Las características epidemiológicas han cambiado de manera dramática en el transcurso del siglo pasado, sobre todo como efecto directo de la medicina; las epidemias por enfermedades infectocontagiosas han ido desapareciendo, y el aumento del promedio de edad abrió y el nuevo estilo de vida incrementó y dio paso a enfermedades crónicas, enfermedades cardiovasculares y el trauma. El inusitado aumento de las enfermedades psiquiátricas es otro de los cambios actuales importantes, y es fácilmente observable que la estructura de la población ha cambiado en el nuevo siglo; la esperanza de vida ha aumentado, la mortalidad infantil ha disminuido y la tasa de fertilidad ha decrecido.

Sin embargo, el cambio que más afectará a la medicina apenas ha comenzado, aunque sus efectos ya son evidentes, como la revolución de la información, que hace posible que cualquier persona pueda tener acceso a todo lo que durante muchos años fue celosamente protegido y guardado como una propiedad exclusiva de los profesionales de la salud. Gracias al internet el paciente que acude al consultorio ahora puede conocer de su enfermedad tanto o más que el propio médico, pues ha tenido oportunidad de buscar información hasta el último trabajo recién publicado, además de la posibilidad de realizar consultas “virtuales” con los profesionales que más saben del tema en todo el mundo. La revolución de las comunicaciones ha hecho surgir un nuevo ambiente intelectual global que reúne los aspectos más relevantes para las sociedades tecnológicas y en el cual participan todos los ciudadanos; lo que tradicionalmente se ha llamado “ciencia” ahora se ha integrado ya a como cultura pública.

En los últimos dos decenios ha sido muy espectacular el crecimiento de la llamada “medicina alternativa” o “medicina no tradicional” en todo el mundo en que las terapias con quiroprácticos, masajes, y el uso de hierbas medicinales, ha proliferado de modo impresionante.

Los médicos constituimos un ejército de hombres de blanco que persigue por todos los rincones a la muerte, a la cual no podemos permitir que se acerque ni que triunfe, pues cuando uno de nuestros enfermos muere tenemos la sensación de derrota. Apoyados en los grandes avances de la tecnología, la terapéutica, la cirugía y las vacunas, cada vez nos hemos sentido con más posibilidades de vencer a la muerte, pensando ilusa y tontamente que se encontraría remedio para todo y que aun la propia vejez podría llevarla más lentamente al

lógico final de la vida. Es con esta concepción que los jóvenes médicos se ven impulsados a usar todas las armas y a no ahorrar esfuerzo para no dejarse vencer; no hay procedimiento, tratamiento, método diagnóstico o elemento que no se use para intentar vencer, sin importar el precio, las consecuencias, y los sufrimientos que ello pueda ocasionar. El error más desafortunado que hemos cometido los médicos es haber escogido un enemigo ante el que, tarde o temprano, irremediablemente tendremos que perder.

El desprestigio de la profesión médica

Los médicos estamos en una situación que francamente no nos merecemos, después de haber dedicado gran parte de nuestras vidas al estudio y el servicio; nosotros merecemos obtener los suficientes honorarios que nos garanticen armonía en nuestra vida familiar, y vivir dignamente; así como que nos permitan una actualización permanente de nuestros estudios y con ello garantizar a nuestros pacientes una atención con calidad, ética y sentido humano; aunque el médico tradicionalmente ha sido caritativo y considera poco ético exigir justicia en la remuneración, para mantener a su familia con dignidad frecuentemente se ve obligado a abandonar la medicina para dedicarse a otras formas retributivas, como comprar guardias o trabajar en dos instituciones de salud. Creemos que una profesión que se realiza de manera responsable conlleva un desgaste físico y psíquico importante, de modo que no debe ser retribuida de manera mezquina por la administración.

La sociedad castiga duramente a la profesión médica, no ya cuando acontece la imprudencia o el error, sino hasta en el pequeño porcentaje estadístico en que una enfermedad cumple su hado fatal; aunque la negligencia médica es responsable de casi una tercera parte de los problemas de salud, la medicina no es una ciencia exacta, pues lo que hoy es verdad mañana es un error que puede llevar al médico ante un tribunal.

La medicina basada en la evidencia muestra que la gran mayoría de los tratamientos que aplicamos en la actualidad tienen una utilidad cuestionable en muchos casos, y no puede ser sustentada con la evidencia científica disponible en la mayoría; las reacciones adversas a los medicamentos a veces pueden ser previsibles, y tal vez no exista otra causa de muerte previsible en toda la historia de la humanidad que las que ocurren por los tratamientos médicos; Paracelso (1493-1541) decía: ¿quién es el que no sabe que los doctores de hoy en día cometen equivocaciones espantosas y causan grandes daños a sus pacientes?, sin embargo el enfermo aún acude al médico con la confianza de que va a encontrar lo que busca. Cuando el culpable de la muerte es la misma persona que muere se acepta la muerte, pero no ocurre lo mismo cuando la culpabilidad se puede imputar a otro, y qué otro mejor que el médico, de ahí que los médicos nos sentimos injusta y excesivamente vigilados y controlados; aplicado en personas diferentes un mismo diagnóstico y un mismo tratamiento pueden tener diferentes respuestas, y muchas veces se califica como error médico lo que en realidad no lo es, pues se tiende a confundir fácilmente un error médico con lo que son las distintas respuestas de los organismos; la medicina es una ciencia biológica, no una matemática. Habitualmente la sociedad se comporta excesivamente dura con los médicos en los casos en que presuntamente existe el error, y

son los medios de comunicación quienes han creado y fomentado dicha desconfianza. Se debe recordar que la diferencia del médico con otros profesionistas es que el médico trabaja con vidas.

El sistema debe cambiar, o asistiremos a la destrucción de la medicina como profesión y al nacimiento de una nueva estirpe de “técnicos en asuntos de salud”, producidos en serie para atender clientes en serie; el mayor número posible en el menor tiempo posible y con el menor costo para los intermediarios. No pasa desapercibido el “síndrome de Adriano” que consiste en toda actitud prepotente, arrogante o deshumanizada del paciente, sus familiares o representantes legales, pretendiendo menoscabar injustamente la importancia y calidad del acto médico realizado por un profesional ético y competente.

Debe quedar claro que la atención médica del enfermo es un acto diferente de todos los que realizamos en la vida cotidiana y, como tal, debe tener un trato distinto por parte de la administración y la sociedad; los pacientes son la piedra angular del sistema, la razón de ser de nuestra profesión, la medicina, y estudiamos para brindarles un servicio con calidad, siendo nuestro objetivo principal llegar al diagnóstico basados en el método científico, ofrecer los medios curativos disponibles, mejorar o aliviar al enfermo y evitarle complicaciones previsibles. Hay una gran hecatombe en la prestación de los servicios de salud, desmejorando la relación médico-paciente, violando la dignidad y la ética tradicionales de nuestra profesión; es una paradoja que la sociedad reclame médicos responsables, respetuosos, humanistas capacitados e ilusionados para, en seguida, menoscabar su actividad y esfuerzo, ya que la maledicencia no conoce de profesionalidad ni distingue competencias. Estas son circunstancias que crean desánimo y ansiedad en los médicos y conllevan una serie de problemas crónicos en los que la pérdida de autoestima, el desánimo y el tedio están presentes en el trabajo diario del quehacer médico; es evidente el desfase entre las necesidades que demanda la sociedad a los profesionales de la salud y lo que se le ofrece, lo que conduce también a la desmotivación en diversos ámbitos, desde el médico de hospital hasta el que ejerce de manera individual y privada, e incide de modo negativo en el nivel de calidad asistencial que se le ofrece a la sociedad.

El ejercicio de la medicina viene presentando cambios significativos en los últimos años, con modificación en los esquemas de los servicios de salud. Se han estimulado las estructuras gerenciales y los criterios administrativos que, a la vez, promueven eficiencia y aseguran un control y reducción efectiva de los costos en salud; una de las tendencias más fomentadas, tanto a nivel público como privado, es la incorporación de equipos de trabajo estructurales e interdisciplinarios dependientes de grandes organizaciones, lo que ha llevado a la desmotivación de la práctica médica individual privada. Dichas estrategias tienen ventajas desde el punto de vista económico y de optimización en la prestación de servicios, pero son opuestas a la tradición del ejercicio profesional médico, y no están exentas de limitaciones o problemas, tanto para el médico como para los pacientes.

Con el desprestigio que ha tenido en los últimos años, la profesión médica propone renovar sus “votos” para recuperar el crédito social; los profesionistas médicos consideran que ha llegado el momento de dar respuesta a las nuevas exigencias sociales otorgando mayor protagonismo al paciente y haciendo frente a las presiones administrativas

y comerciales que han empañado su labor y los ha llevado a la desmotivación crónica. Los peligros que han acechado son una política sanitaria marcada por el ahorro que se determina en contra del criterio del propio profesional médico; una penetración cada vez mayor de la industria farmacéutica en la investigación, algo legítimo siempre que se realice con transparencia, y la propia desmotivación médica ante la pérdida de protagonismo y poder en los ámbitos sanitario y social.

Estos aspectos llevan al médico a descuidar su competencia profesional y a insatisfacción en la práctica de la medicina, a pesar de las declaraciones recientes de organizaciones médicas, como la “Declaración del profesionalismo médico en el nuevo milenio” que, como un esfuerzo para evitar mayor desprestigio de la profesión, invita a reflexionar sobre estos temas, a conducir el proceso de adaptación y establecer mecanismos que garanticen la buena *praxis* de sus miembros. Hoy en día varias organizaciones médicas destacan la importancia de que la sociedad recupere la confianza en la profesión médica, e instan a sus colegas a renovar sus votos por encima de los intereses y presiones políticas, administrativas, legales y comerciales. Existe la necesidad de definir un nuevo esquema de relación médico-paciente, pero en un sentido amplio, contando con toda la estructura social; en dicha declaración se señala la necesidad de retomar el compromiso con algunos preceptos esenciales en el ejercicio de la medicina.

Médicos desmotivados e insatisfechos profesionalmente

Desde hace varios años, y desde todos los ámbitos, se vienen produciendo manifestaciones que indican una creciente insatisfacción y descontento entre los profesionales médicos, pues muchos son los problemas profesionales que afectan a la vida del médico y largo es el camino que hay para resolverlos. En los años recientes ha habido mayor preocupación

CUADRO 2: *Causas de insatisfacción profesional en los médicos.*

-
- Pérdida de la autonomía e independencia profesional, pues debe supeditarse a las políticas de la organización.
 - Valoración del trabajo médico en términos de cantidad y no de calidad, lo que ha llevado a la “tecnificación” del ejercicio profesional.
 - Disminución de la participación del médico en niveles gerenciales, con poca participación en la toma de decisiones dentro de la organización o empresa.
 - Falta de reconocimiento y de promoción profesional.
 - Limitación en el tiempo requerido para la consulta médica.
 - Detrimiento y aparición de “terceros” en la relación médico-paciente.
 - Sobrecarga de trabajo asistencial, con excesivo consumo de tiempo en trámites y requisitos administrativos.
 - Limitados recursos y herramientas de trabajo.
 - Excesiva vigilancia y difusión de mala imagen por los medios de comunicación masiva.
 - Remuneración salarial baja.
 - Escaso respaldo y protección jurídica por la organización.
 - Estrés y acoso laborales.
-

ante ellos, y debemos estar conscientes de que la insatisfacción personal y el desánimo llevan a un menor rendimiento laboral en una actividad que exige un profesionalismo intacto. Tal vez el grado de desmotivación e insatisfacción de los médicos aún no es percibido bien por parte de gerentes, directivos o de la población en general, e incluso entre el mismo gremio médico, debido a que las deficiencias organizativas en gran medida se han ido supliendo durante mucho tiempo por una actitud voluntarista de los profesionales que han paliado los déficit del sistema.

Los estudios sociológicos efectuados en diversos países, sobre todo europeos, para discernir el grado de satisfacción de los médicos con su situación profesional, ofrecen cifras alarmantes de insatisfacción y de desilusión; el grado de insatisfacción es moderado, pero en 15% alcanza niveles extremos, para lo que se ha acuñado el término “Síndrome de *burnout*”, que aparece como consecuencia del estrés laboral en quienes la insatisfacción se acompaña de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Actualmente se han realizado diversas investigaciones para evaluar el efecto del quehacer médico cotidiano y el grado de satisfacción profesional derivado del mismo, y hoy podemos decir que los profesionales de la medicina se encuentran desmotivados e insatisfechos en el ejercicio de su profesión; entre los factores que determinan satisfacción personal está el hecho de que los médicos se sientan respaldados al brindárseles un amplio número de herramientas para su práctica profesional y protección legal; los salarios, la carga de trabajo diario y la gran cuota de responsabilidad en el manejo de la salud son fuentes de estrés que acentúan la apatía de los profesionales de la medicina. Son muchas las causas de insatisfacción, algunas de ellas se enlistan en el cuadro 2.

Hoy en día la práctica de la medicina puede realizarse bajo alguno de los siguientes esquemas:

- a) consulta privada independiente;
- b) agrupaciones médicas privadas;
- c) organizaciones de medicina prepagada, y
- d) organizaciones de hospitales.

El análisis de los resultados para valorar la satisfacción del médico en su ejercicio profesional muestra que cada uno de estos diferentes esquemas de ejercer la medicina tiene ventajas y desventajas; por ejemplo, los médicos dedicados a la práctica individual privada tienen una alta satisfacción profesional, ya que hay un grado superior de interacción con los pacientes y habitualmente una mejor relación médico-paciente; estos médicos tienen un mejor estilo de vida que sus colegas que no ejercen la medicina privada y mayor disponibilidad de tiempo libre. En cambio, los profesionales asociados a la medicina prepagada, la gran mayoría tiene altos grados de satisfacción profesional, muy por encima de los que realizan medicina privada, ya que las organizaciones ofrecen estabilidad al proteger al médico de fluctuaciones financieras y dar seguridad legal ante quejas o demandas. Estos médicos, aunque tienen menor remuneración salarial, consiguen mayor satisfacción al sentirse protegidos en el seno de su empresa; esto quiere decir que una buena retribución

económica no basta o no es suficiente para tener satisfacción profesional, es decir, los niveles altos en los ingresos económicos no constituyen un factor decisivo en la valoración del bienestar profesional.

La profesión médica padece colectivamente, en este inicio de milenio, una mezcla de frustración, irritación y descontento que le conduce a actitudes de víctima y a un estado de queja constante a causa de las condiciones de trabajo, de la escasa retribución económica, de la incomprensión de los políticos sanitarios y de sus delegados en las instituciones, así como de la exigencia de los pacientes; tal vez la frustración surge al comprobar que no se han cumplido las expectativas que el médico se había formado al inicio de su actividad profesional, pues esperaba que la medicina fuese una profesión orientada al servicio del paciente, al individuo, ejercida de manera independiente, y sin trabas administrativas; en fin, una actividad que permitiera obtener un reconocimiento social y una remuneración satisfactoria. El profesional médico en algún momento de su carrera –que en general suele coincidir con los comienzos de ésta–, es habitual que abrigue dichas pretensiones, mismas que con el paso del tiempo van disminuyendo al descubrir que las cosas no son tan simples como lo parecían al ser vistas desde la facultad universitaria; la realidad presenta siempre un colorido mucho más variado cuando se le mira desde dentro que desde afuera. Cuando, en ocasiones, esta tendencia de rectificación de la realidad profesional no sucede, lleva rápidamente a la frustración.

La medicina aún es una profesión de servicio, pero se ejerce en el marco de organizaciones complejas y burocratizadas con desaparición de la autonomía profesional y gran deterioro de la relación médico-paciente a causa de la insatisfacción y la actitud, a menudo exigente, desconfiada e hiper crítica, de los usuarios del sistema sanitario. El médico ha dejado de tener el poder que da el conocimiento de la medicina, y ha dejado de ser un elemento socialmente respetado, para convertirse sólo en un trabajador asalariado con retribuciones económicas, a veces inferiores a las de otros profesionistas con una titulación equivalente y cuya actividad profesional comporta menos exigencias sociales y menos responsabilidades.

La irritación se origina por la incomprensión de la causa de los cambios en su estatus, y por el escepticismo respecto de una posible mejora de la situación; asimismo los médicos tenemos la sensación de que se ha roto el contrato social que, de manera implícita, nos relacionaba con la sociedad, contrato por el cual el médico se compromete a un esfuerzo intenso y prolongado de preparación en su carrera y en su formación especializada, además de mantenerse actualizado en la vertiginosa medicina cambiante constantemente en conocimiento, contexto muy superior a la formación exigida a otros profesionales. El médico se compromete a ocupar gran parte de su tiempo libre en mantener la competencia en una profesión muy difícil de abrazar y a ejercer sin limitaciones horarias una actividad exigente al servicio de los pacientes, esperando en contrapartida la consideración, el bienestar económico y el derecho a decidir la manera de ejercer la profesión. El contrato social se ha roto unilateralmente porque la sociedad espera hoy en día más cosas del médico y de la medicina como profesión; la práctica de la medicina ha dejado de ser una actividad liberal ejercida de

manera individual para pasar a ejercerse en el marco de un sistema público financiado por todos los ciudadanos, con limitaciones económicas, pero al que se le exige además eficacia, eficiencia y calidad.

El descontento de los médicos surge cuando se advierte que ha desaparecido su papel hegemónico en el sistema sanitario y son sustituidos en los niveles dirigentes por profesionales de la gestión o administración a quienes se ha encomendado el mantenimiento de uno de los elementos clave para el Estado: el bienestar con un sistema sanitario que por naturaleza es universal, gratuito y equitativo. Además, a los médicos se les culpa de contribuir a las dificultades financieras del sistema sanitario, ya que el incremento progresivo de los costos se atribuye en gran medida a los gastos de prescripción farmacéutica y al uso cada vez más frecuente de tecnologías complejas. La queja de los médicos de que se les paga poco no es socialmente aceptada; las reiteradas reclamaciones de elementos de motivación e incentivos para los trabajadores del sistema sanitario en forma de sistemas de promoción profesional son aceptadas desde el punto de vista formal pero no se dan los pasos necesarios para su aplicación en la mayoría de las instituciones.

El sistema de salud

La crisis socioeconómica ha afectado todos los ámbitos de la vida contemporánea en el mundo y ha tenido un efecto negativo en los sistemas de salud en varios países: los sistemas de salud tienen una alta responsabilidad social y es necesario redefinir políticas, estrategias y acciones en torno a la salud. Tal vez el gasto social en salud debe ser protegido y considerado como una inversión social y debe tener un acceso equitativo; tenemos que aceptar que el actual modelo de gestión de salud pública es un fracaso, ineficiente, costoso, anticuado y superado; requerimos de un nuevo modelo y no entenderlo así es no visualizar que ya no estamos en el decenio década de los setenta del siglo xx, sino que nos encontramos en los albores de un nuevo milenio con toda una nueva estructura económica, tecnológica y política y, además, con una diferente manera de ver la vida, la sociedad y al hombre.

El personal trabajador del sistema nacional de salud, en particular los médicos, no están nada contentos con su empresa, que es un inmenso parque de edificios llenos de trabajadores insatisfechos y desmotivados, que no se sienten respaldados por su empleador, no se ven reconocidos sus conocimientos ni su profesión (no se nos toma en cuenta, no nos sentimos bien retribuidos, no se nos forma). Hoy en día para el médico hay demasiadas obligaciones y pocas motivaciones; más de 80% de los facultativos no se sienten representados correctamente por las estructuras colegiales, científicas y sindicales; el grado de desmotivación y falta de aliciente de los médicos es alarmante; el clima laboral no es adecuado y evidentemente esto incide en el rendimiento y repercute directamente en el paciente, razón de nuestra existencia. Cada día es más evidente la escasez de médicos en relación con la población y el aumento de las demandas de ésta en cantidad y calidad, y el desajuste da lugar a un deterioro en la imagen de la profesión médica y a una merma en la calidad de atención prestada: retrasos en consultas, esperas injustificadas, programas

de salud interrumpidos, tiempos insuficientes en la atención, etcétera.

Cada día los médicos nos enfrentamos a un modelo organizativo caracterizado por una sobrecarga de actividades asistenciales con alto contenido burocrático; el aumento del número de pacientes en consulta programada, de urgencias y hospitalización, no ha ido aparejado con el aumento paralelo del número de médicos; la escasez de inversión por parte de la administración sanitaria, el escaso incremento en plantillas de todo el personal, la precariedad de medios técnicos, las dificultades para establecer envíos a tercer nivel, etcétera, ha llevado a situaciones de desmotivación que acaban produciendo ineficiencias en el sistema de salud. Los hospitales públicos los cierran, las clínicas y hospitales privados se encuentran al borde de la quiebra, los pacientes han desmejorado su calidad de vida y los médicos ejercen sin ningún incentivo y sí con una gran desmotivación. Lo triste de estas políticas de salud es que los que salen más perjudicados son los pacientes y los médicos, porque además al mermar la salud de los primeros también se hace lo mismo con la de los galenos, pues al médico sólo lo dejan decidir respecto a la cuestión clínica, y en ocasiones ni eso; a veces no puede prescribir un medicamento si un especialista o un comité no le otorga el visto bueno, por ejemplo, los médicos de familia no pueden solicitar una tomografía computarizada aunque esté bien indicada pues para ello es necesario enviar al paciente con el especialista; al médico se le dice qué hacer y cómo hacerlo, mientras se nos dice que trabajemos en equipo en un sistema en que las responsabilidades se diluyen y está prohibido pensar.

Aunque ni los pacientes ni los médicos están satisfechos con la administración, callan, mientras algo está pasando. Con la universalización de la asistencia y el aumento de esperanza de vida se amplió la demanda de servicios y comenzó el colapso del sistema al no aumentarse de manera proporcional los medios necesarios; desde hace varios años sufrimos una exagerada política ahorradora que se refleja tanto en las nulas inversiones como en las repetidas congelaciones de las retribuciones de los facultativos, mientras que al mismo tiempo se observa despilfarro o mal uso administrativo.

CUADRO 3. *El contrato ficticio*

Punto de vista del paciente.

- La medicina moderna puede hacer cosas notables y puede solucionar muchos de mis problemas.
- Usted doctor, puede ver mi interior y decir qué está mal.
- Usted doctor sabe lo que necesita saber.
- Usted doctor puede solucionar mis problemas; aun mis problemas sociales.
- Por tanto, le damos a usted doctor un status alto y un buen salario.

Punto de vista del médico

- La medicina moderna tiene poderes limitados y, lo peor, es peligrosa.
 - No podemos solucionar todos los problemas, en particular los sociales.
 - Yo no sé todo, pero sí sé cuán difíciles son muchas cosas.
 - El punto de equilibrio entre hacer el bien y causar un daño es muy fino.
 - Sería mejor no decir nada de esto para no defraudar a mis pacientes y perder mi *status*.
-

CUADRO 4. El nuevo contrato social.

Pacientes y médicos saben:

- La muerte, la enfermedad y el dolor son parte de la vida.
 - La medicina tiene poderes limitados –sobre todo para resolver problemas sociales– y también riesgos.
 - Los doctores no lo saben todo; necesitan tomar decisiones y apoyo psicológico.
 - En esto estamos juntos.
 - Los pacientes no pueden dejar los problemas a sus médicos.
 - Los médicos deben ser abiertos respecto a sus limitaciones.
 - Los políticos deben dejar de hacer promesas extravagantes y concentrarse en la realidad.
-

En algunos países en el sistema de salud existen paros de labores frecuentes de los médicos, inestabilidad laboral que induce miedo e incertidumbre, e impide arriesgar o planificar el futuro, edad media elevada y larga memoria colectiva de engaños como causa de desconfianza y recelo; se aumenta la carga de trabajo por no sustituir el ausentismo laboral programado; exigencia del trabajo a destajo y sin límite de horario, ausencia de promoción, de carrera profesional; pérdida muy significativa del poder adquisitivo que instituye progresivo empobrecimiento, pésima retribución actual y discriminatoria, nula o poca formación continuada, contrataciones “basura” para guardias sin derecho a vacaciones o seguridad social que engendra desprotección social, pérdida de logros

CUADRO 5. Medidas para incrementar la motivación del personal médico en hospitales.

-
- Aumentar las retribuciones económicas.
 - Ofrecer formación continua de calidad.
 - Introducir incentivos profesionales.
 - Efectuar reformas internas en el funcionamiento y organización de los hospitales.
-

CUADRO 6. Algunos cambios organizativos en el hospital para aumentar la motivación de los médicos.

-
- Generar confianza en los médicos.
 - Eliminar los factores agresivos.
 - Facilitar la participación de los médicos en la gestión de la institución.
 - Favorecer la autonomía profesional.
 - Promover la mejora de la calidad asistencial.
 - Estimular la investigación, la docencia y la formación continua.
 - Permitir la expectativa de desarrollo y recompensa a partir del reconocimiento al esfuerzo individual.
 - Proporcionar asistencia jurídica y legal.
 - Mantener adecuada política informativa desde la dirección.
 - Medidas para evitar la sobrecarga asistencial.
-

laborales y devaluación retributiva; escasez de camas hospitalarias, quirófanos, personal y medios ante la gran demanda que hace concebir sufrimientos y problemas de conciencia e impotencia al no estar su corrección en manos de los médicos.

Hay falta de reconocimiento de la parte administrativa al valor de la entrega, alta responsabilidad y calificación exigidas al médico y al especialista hospitalario, que año tras año se le socava más y más su dignidad personal y autoridad, pisoteándolas; mostrando, por otro lado, el menosprecio del paciente; la resistencia emocional y psicológica del facultativo lo han protegido de este clima laboral, pero la insatisfacción ya ha calado en la mayoría de los médicos de hospital, desmotivándolos. Por muchos años los médicos hemos financiado en parte al sistema de salud, y hay disminución en el interés por estudiar la carrera de medicina debido al pobre futuro que se le avizora, pues fuera de la medicina no hay profesionista al que se le exija tanta responsabilidad.

Estas reflexiones son sólo la denuncia inicial respecto a un problema crónico y de mal pronóstico; qué tristeza es que hoy se vea más el aspecto económico que el científico y el humano. Las administraciones de servicios médicos deben pactar y concertar con cada una de las sociedades científicas y médicas el valor real del acto médico, y éstas, a su vez, deben garantizar un servicio eficiente, vigilando y regulando el acto médico según los principios de código de ética médica, mientras los médicos debemos preservar el respeto por nuestra profesión ya que en esta época se requiere de hombres con el valor de señalar la necesidad de cambiar el rumbo de la profesión médica; que no vacilen en indicar los errores actuales en el ejercicio de ella, y que se aventuren a señalar el camino correcto para el futuro; esos hombres debemos ser los propios médicos. No debemos quedar como meros espectadores del deterioro del sistema, sino hacer una profunda reflexión y tomar partido; la esencia debe residir en el autogobierno y no entregar el control en manos ajenas.

La excelencia técnica y las pericias clínicas son aspectos clave del profesionalismo médico, pero no son más importantes que las cualidades cruciales de integridad, honestidad, respeto, compasión, honor y altruismo, además de que se debe tener la devoción por el servicio, la profesión pública de sus valores y el equilibrio con los valores de la sociedad, y es por ello que los intentos para transformar el binomio paciente-médico en una relación de negocios amenazan no sólo al médico como profesional sino también al individuo como paciente; el paciente y el médico somos los protagonistas de un contrato social y no de uno de negocios, y debemos disfrutar de independencia, autoridad y capacidad para autorregularnos. Es fundamental establecer una clara diferencia entre la práctica de nuestra profesión y cualquier otro acto que contribuya a vulnerar la relación médico-paciente; a continuación mostramos el contrato social ficticio (cuadro 3) y el nuevo contrato (cuadro 4) que podría darse entre médicos y pacientes.

Motivando a los médicos

La motivación del personal médico, sobre todo el hospitalario, es un elemento clave para el buen funcionamiento del sistema nacional de salud. El mantenimiento y, si es posible,

el incremento de la motivación, es responsabilidad de los gestores de las instituciones hospitalarias. Para conseguir una adecuada motivación es indispensable la aplicación de medidas orientadas a la mejoría de las retribuciones, introducción de incentivos profesionales, y la realización de cambios organizativos que permitan la participación de los médicos en la política y en la organización de la actividad de los centros hospitalarios, así como estimular la autonomía profesional, la investigación y la docencia; todo ello con miras a mejorar la calidad asistencial. (Cuadros 5 y 6)

Conseguir una buena calidad de vida profesional es una legítima aspiración de todos los que desarrollan su trabajo en el seno de una organización; esta calidad de vida profesional se define como el bienestar derivado del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas de un trabajo profesional intenso y complejo y los recursos personales y los que le suministre la organización para afrontar dichas demandas. Motivar al personal hospitalario es sobre todo una responsabilidad de los gestores (gerentes y directores médicos), y consiste en estimular a hacer las cosas bien e idealmente a hacerlas mejor; la importancia de los directivos en esta función no debe ser menospreciada, ya que la distancia entre la motivación y la desmotivación es muy frágil.

Realmente no existe una fórmula única para conseguir la motivación del personal médico sino que consiste la realización de un conjunto de acciones e iniciativas prioritarias en función del grado de satisfacción de los médicos; la motivación es alta cuando los valores son respetados por el equipo dirigente, si la retribución que perciben por su trabajo es satisfactoria, si se cuenta con un reconocimiento social, y cuando pueden desarrollar su trabajo de acuerdo con sus criterios. Cuando se dan estas premisas, la necesidad de motivar es pequeña; pero cuando el grado de satisfacción de los profesionales disminuye, los esfuerzos de los dirigentes de los hospitales para motivarles deberá ser mayor y su éxito seguramente más difícil.

Conclusiones

Actualmente existe la idea colectiva de que las cosas no están bien en la atención a la salud, que hay un desajuste entre las necesidades reales de la población y lo que en estos momentos se le está ofreciendo. Los cambios sociales muy acelerados provocan que lo que hace unos años nos servía, ahora es obsoleto, teniendo que producirse cambios dinámicos en las competencias y en la organización de la atención de la salud para adaptarse a la realidad actual. Son los profesionales médicos quienes mejor conocen los problemas, las deficiencias y las posibles soluciones; por el bien de todos, la administración haría bien en escucharlos. El sistema nacional de salud no es malo, pero si con algo estamos en desacuerdo la mayoría de los médicos es con la manera en que éste es controlado por los administradores y políticos; el desfase entre la realidad cotidiana y las propuestas de la administración provoca un importante desánimo y desmotivación en un gran número de profesionistas, al sentir la frustración de ser cada vez menos resolutivos por falta de tiempo, y de estar más burocratizados, no alcanzando la calidad asistencial que deberíamos dar a nuestros pacientes; de persistir esta situación, el sistema puede tener un vuelco muy importante en un futuro no muy lejano.

La razón del descontento con la actividad profesional médica está relacionada con la baja retribución económica, las dificultades de promoción jerárquica y de mejora profesional, así como la burocratización de su trabajo, la despersonalización de la relación médico-paciente y la reducción de la autonomía en su lugar de trabajo. Esta situación de desmotivación resulta grave por su extensión y porque hasta ahora muchas deficiencias del sistema se han suplido con sólo la voluntad del profesional médico, situación que tarde o temprano resultará insostenible, con las respectivas repercusiones para el ciudadano. Se ha llegado a concebir que ese trabajo sea donado en pro de un apostolado del médico, misión mal comprendida generalmente, al tiempo que los médicos, además, estamos en el ojo del huracán, pues no hay duda de la existencia de vientos tormentosos que parecen querer destruir el poco prestigio que aún nos queda en la opinión pública.

El objetivo de la medicina es el paciente, el enfermo como un todo, y no sólo sus enfermedades; mucho menos nuestros intereses científicos, educativos, investigativos o económicos. Los médicos hemos perdido la dimensión y nos cuesta trabajo tener presente que el objeto de un sistema de salud es el ciudadano, y la razón del acto médico los enfermos; la misión no es volver al pasado, sino construir para el futuro; no es ver cómo la profesión médica puede recuperar su sitio dentro de la sociedad sino mas bien pensar lo que debe ser fundamental para el profesional médico del nuevo siglo. Sin duda, algunos valores que deben rescatarse son la honestidad, humildad y ecuanimidad.

El monopolio de la información y el control de procedimientos y prácticas no están exclusivamente en nuestras manos; la sociedad tiene una estructura diferente y sus expectativas son otras; aun las enfermedades las vemos diferentes.

El médico de esta nueva época debe distinguirse por sus virtudes personales, depender menos de procedimientos y acogerse a normas estrictas de ética y conducta para recuperar la motivación, la satisfacción y el respeto de la sociedad. Debe ser culto y elegante en el pensamiento y en la actitud, pulcro en todo sentido. Nunca olvidar que la razón de ser de nuestra profesión es el paciente y que la medicina exige entrega y sacrificio y que para ejercerla es necesario entenderla y amarla. Soñamos, para el nuevo milenio, con un médico con gran capacidad para examinar y diagnosticar, para relacionarse con su paciente y para conocerlo profundamente con la intención de lograr su bienestar; con una concepción integral, holística, del hombre, más universal y más humano, con conocimientos de economía y administración, con amplio dominio del mundo de la informática y una especial aptitud para juzgar el inmenso caudal de información que se tendrá a la mano.

Bibliografía

1. American College of Physicians. "The role of the future general internist defined." *Ann Intern Med* 121:616-622. 1994.
2. Crossan L. "Bulling in medicine: Summary of responses. Letters." *BMJ* 324(7340):787-788.2002.
3. Dickey N, Lowes R, Mills D, Strathy J. "How unhappy area women doctors?" *Rev Med Econ* 77:80-99. 2000.
4. Duque FMR. "Problemas profesionales en atención hospitalaria." *BSCP Can Ped* 25:167-176.2001.

5. García SMJ, Pérez DC, Pueyo TA, Martínez EC. "Residentes insatisfechos ¿Porqué?" *Semergen* 24(4):301-302. 2001.
6. Hopton JL, Dlugolecka M. "Need and demand for primary health care: a comparative survey approach." *BMJ* 31 O: 1369-1373. 1995.
7. Hopton J, Hogg R, McKee I. "Patients' accounts of calling the doctor out of hours: Qualitative study in one general practice." *BMJ* 313 :991-994. 1996.
8. Hopton JL, Howie JGR, Porter AMD. "Social indicators of health needs for general practice: A simpler approach." *Br J Gen Pract* 42:236-240. 1992.
9. Kassirer JP. "Doctor discontent. Editorial." *N Eng J Aled* 339: 1543-1545. 1998.
10. Klein R. "Milburn's vision of a new NHS." *BMJ* 322:1078-1079. 2001.
11. Lewis CE, Prout DM, Prewitt CE, Leake B. "How satisfying is the practice of internal medicine? A national survey." *Ann Intern Med* 114:1-5. 1991.
12. Linzer M, Konrad TR, Douglas J et al. "Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: Results from the Physician Worklife Study." *J Gen Intern Med* 15:441-450.2000.
13. Mayou R. "Burnout." *BMJ* 295:284-285. 1987.
14. McDowell I, Martni CJM. "Problems and new directions in the evaluation of primary care." *Int J Epidemiol* 16:24 7-250. 1976.
15. Mendoza MO. "Descripción del síndrome de Adriano." *Acta Med Colomb* 24:60-65. 1999.
16. Murray SA. "Experiences with rapid appraisal in primary care: Involving the public in assessing health needs, orientating staff and educating medical students." *BMJ* 318 : 440-444. 1999.
17. Reames HR, Dunstone DC. "Professional satisfaction of physicians." *Arch Intern Med* 149:1951-1956.1989.
18. Redelmeier DA, Tversky A. "Discrepancy between medical decisions for individual patients and for groups." *N Engl J Med* 322: 1162-1164. 1990.
19. Sendoya ASY. "Nivel de satisfacción de la población médica egresada de la Universidad del Valle, Cali." *Colombia Med* 31: 118-121. 2000.
20. Smith R. Why are doctors so unhappy?" *BMJ* 322:1073-1074. 2001.
21. Sox HC. "The hospitalist model: Perspectives of the patient, the internist and internal medicine." *Ann Intern Med* 130:368-372.1999.
22. Wetterneck TB, Linzer M, Mc Murray JE, Douglas J, Schwartz M, BigBy JA et al. "Worklife and satisfaction of general internists." *Arch Int Med* 162(6):649-656. 2002.
23. Williams ES, Konrad TR, Linzer M et al. "Refining the measurement of physician job satisfaction." *Med Care* 37:1140-1154.1999.



Sedepron®



Competitividad docente y competencias tecnológicas

Dr. Moisés Elí Guerra Delgado

*“El uso de las tecnologías de la información
en la educación médica hacia la sociedad del conocimiento”
“Las grandes obras son hechas no con la fuerza, sino con la perseverancia”.*
Samuel Johnson

EN LOS AÑOS ACTUALES, y en los que están por llegar, sabiendo que vivimos en un mundo globalizado, tenemos el deber de estar al día en lo que respecta a tecnología, y más si tenemos el conocimiento que nos puede ayudar a facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje. Aquellos docentes y alumnos que no se adaptan y utilicen para su conveniencia los avances de la tecnología, se quedarán en un rezago del cual será difícil salir más adelante.

Todo personal y recurso humano disponible que se encuentra en el proceso de la educación, tiene el deber de sufrir la adaptación a su medio; y como sabemos que los seres inteligentes son los que se adaptan al medio y sobreviven, siendo una de las más altas verdades de la selección natural, es por ello necesario que en la actualidad contemos con una inteligencia que nos permita adaptarnos a los cambios tecnológicos, y utilizarlos a nuestro favor, ya sea para enseñar, y cuando tenemos que aprender.

Dentro de los avances en la medicina, conocemos la gran diversidad de herramientas que la tecnología nos ha proporcionado para poder llegar a realizar diagnósticos más certeros, hacer una planeación exacta en los tratamientos que se decidan instaurar en los pacientes, y en caso de no tener los conocimientos, estamos obligados moralmente a ir en su búsqueda y, más aún, a participar en el desarrollo de las herramientas necesarias para solucionar los problemas que se nos presentan en nuestras áreas de competencia; esto con la intención de ser competitivos y más eficaces en la labor médica.

Aplicando el concepto anteriormente expuesto, más está obligado a buscar el desarrollo tecnológico y científico todo aquel personal que tiene la gran responsabilidad de participar en la educación de las futuras generaciones de profesionales, ya que tiene bajo su responsabilidad la motivación, búsqueda y desarrollo de la sociedad venidera.

Esa gran chispa que logran encender algunos docentes en los alumnos es el comienzo simple de lo que pueden llegar a ser cambios sustantivos en los actuales sistemas, ya sean sociales, económicos, de salud, culturales, etcétera.

Aunado a una sed de conocimientos y de búsqueda científica y que logre siempre despertar la duda que haga ir a buscar la información, se deben llevar implícitos los valores, la cultura de progreso y bienestar común, así como la búsqueda y desarrollo de conocimientos que lleven a la humanidad a un plano de conciencia colectiva para la solución de los problemas que la aquejen, siempre logrando que el hombre viva armonioso en su entorno respetando la vida.

Si realizamos un análisis en el momento histórico reciente del desarrollo de conocimientos y la utilización de los mismos que generan las tecnologías de la información, nos tenemos que transportar para recordar descubrimientos importantes que nos han llevado a tratar de buscar una mejor vida para los seres humanos.

Recordemos a Wilhelm Conrad Röntgen, físico alemán que estudió los efectos de una radiación electromagnética perteneciente a las longitudes de onda de lo que hoy en día conocemos como Rayos X, quien en 1901 fue galardonado con el Premio Nobel de Física, advenimiento que revolucionó la manera en que se diagnostican diversas patologías del ser humano y animales, logrando poder ver una imagen del interior del cuerpo plasmada en una placa, que en la actualidad basta con solicitarla al servicio de imagenología, y hasta te la envían en medios electromagnéticos, pudiendo ver diversas densidades en busca de datos específicos.



Primera radiografía del cuerpo humano, tomada el 22 de diciembre de 1895. Al no poder manejar el carrete, la placa fotográfica de cristal y colocar su mano al unísono, Röntgen, le solicitó a su esposa posar, y así la Mano de Berta, su esposa, plasma la primera radiografía.

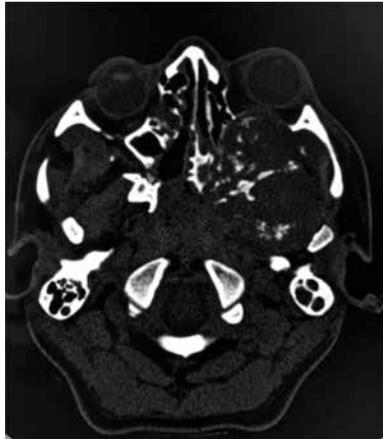
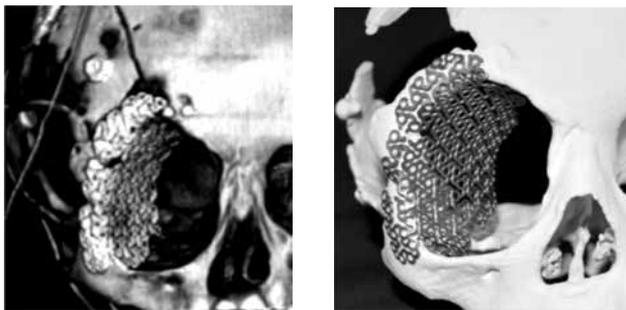
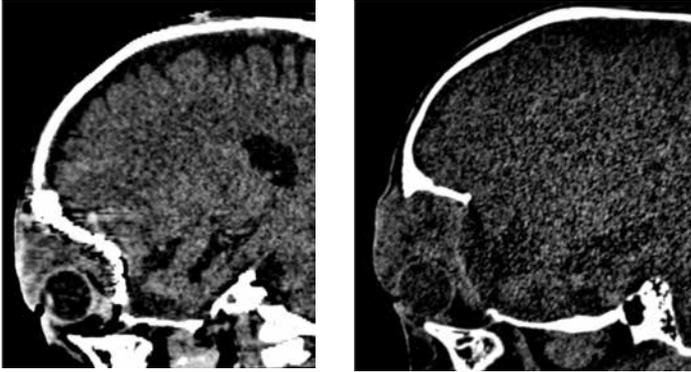


Imagen en la que observamos un corte axial de cabeza al nivel de fosas infratemporales.

Sir Godfrey Newbold Hounsfield, Premio Nobel de Fisiología o de Medicina en 1979, junto con Allan McLeod Cormack, realizan otro desarrollo tecnológico que ayudaría a la humanidad entera en el diagnóstico de las patologías del hombre, produciendo una imagen en cortes axiales del cuerpo humano. La Tomografía Axial Computarizada, gracias a la cual hoy en día podemos utilizar la información recabada en los tomógrafos para observar cortes sagitales, coronales y hasta en tercera dimensión del cuerpo humano. Este descubrimiento nos ha llevado a un grado de avance en el diagnóstico y planeación terapéutica, con el cual es posible ver con demasiada exactitud problemas del interior del cuerpo humano.



Imágenes de tomografía en reconstrucción en tercera dimensión (Propiedad del servicio de Cirugía Maxilofacial del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE) de cabeza al nivel de órbitas, en la que se ejemplifica la utilización de un modelo estereolitográfico para la planeación de reconstrucción de pared superior y lateral de orbita derecha la cual sufriera una lisis por la presencia de una tumoración.



Imágenes de cortes sagitales prequirúrgico y postquirúrgico inmediato de control del mismo caso clínico (Propiedad del servicio de Cirugía Maxilofacial del CMN “20 de Noviembre”, ISSSTE), en las cuales apreciamos la correcta conformación de la pared superior de órbita, con la malla de titanio conteniendo la masa encefálica y evitando la compresión del contenido orbitario que producía exoftalmos.

Lo que observamos con anterioridad es un ejemplo de la utilización de las herramientas disponibles para una mejora de la atención de los pacientes, al ahorrar tiempo quirúrgico, al realizar la planeación y conformación de las prótesis a utilizar, así como una adaptación perfecta de las mismas, logrando producir los mejores efectos, simétricos y fisiológicamente planeables al 100%, en la atención de los pacientes.

En el país es necesario que se plantee la formación docente futura y se capacite a la actual plantilla, para que el uso de las tecnologías de la información sea una herramienta útil, y no una carga para los educadores. Todos estos esfuerzos deben ser llevados a cabo con la finalidad de desarrollar competencias específicas en los alumnos, las cuales enriquecerán los métodos de aprendizaje.

Uno de los mayores desafíos a los que se enfrentan los actuales docentes es que sus alumnos cuentan con una cantidad enorme de información que día a día se está actualizando y generando de manera abrupta, por lo que deben estar al día en cuanto a la nueva información que se tiene disponible, para lograr un modelo de enseñanza aprendizaje actualizado y basado en el desarrollo científico y tecnológico, y no llegar a quedarse estancando en los conocimientos del pasado.

Por ello es que se debe convencer y lograr un cambio de paradigma en los docentes que son renuentes a la explotación de la tecnología actual, y basan sus conocimientos y enseñanzas en métodos antiguos, los cuales se han quedado rezagados en la historia. De ahí que sea prioritario hacerles comprender que el aprendizaje enriquecido por las nuevas tecnologías de la información, que actualmente están disponibles, pueden llevar el proceso enseñanza-aprendizaje más efectivo, dinámico e innovador que las técnicas convencionales y tradicionales. Asimismo deben reconocer que las tecnologías de la in-

formación no se contraponen a los puntos de vista en particular, ni van en contra de los valores ni los puntos de enfoque de los modelos educativos actuales.

Deben aceptar también que las nuevas tecnologías de la información son un complemento en el proceso de enseñanza aprendizaje de los alumnos, que les sirve de motivación y los provee de competencias necesarias en la actualidad para desarrollar habilidades sin tener que cometer los mismos errores que se cometían en el pasado. Un ejemplo claro dentro de la educación médica es la utilización de los simuladores de pacientes y simuladores quirúrgicos, en dónde a los alumnos se les prepara con suficientes horas de práctica y habilidades necesarias para realizar procedimientos, teniendo ya una experiencia real y habilidades desarrolladas para realizar las técnicas a emplear en seres humanos con un mínimo grado de error, y sabiendo cómo solucionar las diversas problemáticas y complicaciones que se puedan presentar en la atención al paciente.

Se deben crear programas de capacitación para otorgar a los docentes las herramientas nuevas disponibles y los mecanismos de su implementación, apoyo técnico y cursos en los que puedan probar las tecnologías desarrolladas para que se familiaricen con las mismas y puedan llevarlas a los modelos educativos actuales. Es demandante llevar a cabo la motivación necesaria para que los recursos humanos dedicados a la docencia sean capaces de saber sobre el éxito en la utilización de la tecnología en el proceso enseñanza-aprendizaje.

Se debe proporcionar los medios adecuados y necesarios para que los profesores logren su labor con calidad, y que sean competitivos y eficaces. Esto se logrará teniendo programas de capacitación constante y permanente hacia ellos sobre temas educativos en foros nacionales, y al mismo tiempo internacionales, para lograr estar al día en el mundo globalizado en el que se vive actualmente. Todo esto con el afán de que se promuevan los métodos educativos empleando las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación, ya que ahora es una exigencia estar en un constante proceso de actualización para lograr los resultados esperados en las generaciones de alumnos.

Como académicos debemos buscar las formas de involucrar a los alumnos a lograr adaptarse a los cambios que se están dando en el mundo actual, así como conseguir que sean involucrados en su propio proceso de aprendizaje, teniendo como objetivo y meta alcanzar a formar alumnos que puedan tener un nivel autodidacta importante, de una manera responsable, y que sean motivados constantemente en la búsqueda de nuevos conocimientos.

Carl Sagan nos expresaba que “Vivimos en una sociedad profundamente dependiente de la ciencia y la tecnología, en la que nadie sabe nada de estos temas. Ello constituye una fórmula segura para el desastre”; reflexión que nos provee de una conciencia sobre la necesidad de conocer los avances científico-tecnológicos para lograr estar armoniosamente ligados al proceso evolutivo natural del hombre y sus desarrollos intelectuales; siempre en la búsqueda de la solución de los problemas que aquejen a la humanidad, siendo responsables con la misma naturaleza.

Debemos buscar siempre la mejora continua y lograr entrar y establecer una sociedad del conocimiento, que sea responsable y capaz de buscar los avances necesarios para el desarrollo de la humanidad, sin entrar en conflicto con los procesos naturales del planeta

en el que vivimos, ya que próximamente nos enfrentaremos con grandes retos provocados por una utilización irresponsable de los recursos que afecta día a día la salud del hombre, las circunstancias de su entorno y los procesos naturales, por lo que debemos ser capaces de ver, prevenir y corregir los mismos cambios a éstos procesos previo a que sea demasiado tarde para que pueda ser sustentable la misma vida.

Tenemos como meta lograr ese cambio de paradigma educativo, en el cual se piensa que “lo anterior siempre es mejor”, para poder formar alumnos con más destrezas, habilidades, conocimientos, y que demuestren una mayor seguridad al momento de poner en práctica sus conocimientos; todo esto basado y apoyado sustancialmente con el empleo de las tecnologías de la información y de la comunicación, sin olvidarnos de que se lleve implícita una educación basada en valores, con humanidad y con la actitud necesaria para dotar a la sociedad de soluciones a sus problemas que le aquejan.



SEVERIN[®] N.F.



El internet en la medicina

Dr. Ángel Ignacio León Paoletti, Dr. José Francisco González Martínez

Resumen

LA MANERA EN QUE los pacientes obtienen información acerca de su salud, de su enfermedad y de los métodos de diagnóstico y tratamiento está cambiando rápidamente; aunque los médicos aún son una fuente respetada y fiable de información y conocimiento, ya no son la principal. Las personas y los potenciales pacientes reciben abundante información relacionada con la salud a través de diversos medios de comunicación escritos y audiovisuales, y la buscan cada vez más y de modo más activo en internet, lo cual aumenta su conocimiento y capacidad para reclamar al sistema de salud el mejor tratamiento posible para sus necesidades individuales. Sin embargo, este mayor acceso por parte de pacientes y consumidores a la información respecto a temas de salud no está exento de riesgos, que va desde cuestionar de manera excesiva los conocimientos o los consejos de su médico, dificultando la relación médico-paciente, hasta la generación de expectativas excesivas en tecnologías de escasa efectividad o disponibilidad remota; por lo contrario, acceder a información de calidad acerca de temas de salud puede ayudar a consumidores y pacientes a tomar decisiones mejor fundadas respecto a su salud y a demandar mayor calidad en los servicios que reciben. Los pacientes buscan de manera cada vez más activa esta información fiable, adaptada al nivel de conocimiento y al estado de su condición o su enfermedad; el presente artículo tiene como objetivo exponer y reflexionar acerca de algunos aspectos relacionados con la influencia del internet en la medicina en general.

Introducción

Hace más de treinta años varios científicos conectaron dos computadoras mediante una línea telefónica; el padre del internet se llama Leonard Kleinrock, profesor de informática de la UCLA e inventor del lenguaje que permite la comunicación entre ordenadores. El 20 de octubre de 1969 el propio Kleinrock, Cerf, Roberts y Kahn conectaron dos ordenadores, uno en la UCLA y otro en Standford, iniciando lo que después ha sido el internet, es decir “una red de ordenadores de arquitectura abierta, accesible a todos los usuarios de manera simultánea y desde cualquiera de sus puntos, donde individuos, instituciones, empresas, organizaciones y administraciones pueden relacionarse directamente entre

ellos, creando redes y la posibilidad de almacenar información y conocimiento, procesarlos, publicarlos y distribuirlos de manera barata y sencilla". Internet, en su concepto más amplio y genérico, significa comunicación sin limitación de distancia, realizada por un sinnúmero de computadoras llamadas, en su conjunto, Red de redes, lo cual proporciona una capacidad ilimitada para introducir a toda la información asequible con la supercarretera informativa. En internet la distancia desaparece y el costo de dicha comunicación es bajo. Por primera vez en su historia el hombre es capaz de buscar, crear, enviar información en tiempo real para una población estimada actualmente en casi doscientos millones de personas.

La llegada del internet se ha descrito ampliamente como algo tan importante para la sociedad, tanto como el desarrollo del computador personal, el teléfono o incluso la prensa escrita; es difícil explicar su capacidad para cambiar la vida a los quienes no lo han utilizado nunca. Actualmente está incorporado a la vida productiva como recurso de trabajo, enseñanza, informativo, noticioso y de entretenimiento; es la red de computadoras más grande del mundo, conectando miles de redes a la vez, permitiendo la comunicación entre personas de distintos lugares y países, para enviar y recibir información en textos, documentos gráficos, imágenes y sonidos, permitiendo el acceso a latitudes desconocidas, formas de vida y cultura ignoradas. En internet existe el espacio abierto para compartir información, proyectos e ideas, que el hombre esperaba desde hace décadas; es un ciberespacio libre, democrático y, en general, sin fines de lucro. Con este vehículo informativo, idealmente nadie debería adolecer del acceso a la información.

Estadísticamente el internet ha superado las expectativas más optimistas, y se afirma que aún está en pañales, requiriéndose quizá diez años más para ver su completo desarrollo. Su crecimiento es exponencial (tabla 1) y su repercusión social creciente a través de dos de sus aplicaciones más populares: la World Wide Web (www o simplemente web), y el correo electrónico. La web crece en proporción de 4,000 websites por día, ya que en 1999 había 3.6 millones de websites con 800 millones de páginas, y actualmente se calcula muy conservadoramente en 1,500 millones, es decir 80% más que en 1999, y a fines de 2002 se han calculado en casi 8,000 millones de páginas web con 200 millones de usuarios.

Vivimos en una época muy especial en la historia: la era del inicio de la tercera revolución que ha experimentado la humanidad desde la aparición del *Homo Sapiens* en la biosfera de este planeta; esto es, la Revolución de la Información.

Con la aparición del internet, mediante una computadora, un modem, una línea telefónica, o hasta con un teléfono celular, es posible acceder a toda la información que se pueda necesitar, a un costo muy modesto y sin necesidad de las tradicionales bibliotecas de costos astronómicos, para estar medianamente bien dotados de libros y revistas. Lo que ha sucedido en los años recientes debe hacernos meditar acerca de lo que habrá de ocurrir en el futuro y prepararnos para aprovechar las inmensas e innumerables oportunidades que se ofrecen; estamos en el umbral de cambios fundamentales, ya que el acceso a la información es la base del aprendizaje, de la investigación y del debate que pone en movimiento a un país.

La medicina conectada en internet

Casi 40% de los internautas están preocupados por su salud, y son millones; atendiendo a este interés muchas empresas han lanzado sus web y portales médicos para satisfacer esta necesidad de información y de otros servicios (tabla 2).

Es importante comprender y utilizar estas modernas tecnologías para procurarnos información, tanto en el campo de la salud y la medicina, como en las demás disciplinas del conocimiento. Las ciencias de la salud, la medicina en particular, son los campos del saber más evolucionados y beneficiados por el uso de las modernas tecnologías de información, al tiempo que registran un crecimiento exponencial tanto en el número de usuarios como en el de instituciones y publicaciones que se han incorporado a esta red mundial de datos.

Casi una cuarta parte de las consultas realizadas por buscadores de internet están relacionadas con la salud; la web es una herramienta muy poderosa para brindar y encontrar información y conocimiento, pero puede ser que este medio contenga información errónea y perjudicial para pacientes y médicos en busca de información, diagnóstico o tratamiento. Al mismo tiempo, instituciones públicas y especialistas alertan de los peligros de las consultas médicas por internet debido al fraude y la información errónea existente en la red, así como a la dudosa confidencialidad del manejo de los datos médicos de los pacientes; se ha determinado que sólo 15% de la información médica disponible en internet es fiable; es decir, se ha llegado a la conclusión de que hay una cantidad considerable de errores en la información de tipo médico y de salud. Para millones de personas “navegan” por este medio en busca de información acerca de la salud la pregunta es: “¿Cómo estar seguros que la información es confiable?”

Internet puede ser la mejor o la peor de las herramientas, pues estamos entrando en una época maravillosa llena de oportunidades para mejorar la comunicación en el área de la salud. El cambio en la comunicación y en la relación médico-paciente apunta en la dirección en que los médicos opten por compartir la responsabilidad de la información, ayudando al paciente a distinguir entre la información correcta y de calidad de la incorrecta y no fiable, consiguiendo una relación aun mejor con sus pacientes. Comúnmente es raro que una sola fuente o tipo de información sea suficiente y satisfaga al paciente, sobre todo si su problema es grave, pues frecuentemente busca otras opiniones y apoyo fuera de la consulta médica; la sociedad ahora es más activa reivindicativa, demandante y exigente en todos los niveles, cambio que también se refleja en las personas con cualquier problema de salud. Ahora los pacientes están mejor informados y están cambiando de actitud, yendo desde la pasividad hasta la actividad responsable, pasando por la impaciencia.

Actualmente está presente el temor de que la llamada “medicina electrónica” pueda socavar lo que se considera la base de la práctica médica, es decir la relación médico-paciente; sin embargo hay que reconocer la realidad de la misma y la necesidad de adaptarse y utilizarla en beneficio de los pacientes, resultando así que uno de los cambios más significativos es que afecta la relación entre el paciente y su médico, haciéndola más igualitaria, modificando el tradicional papel pasivo del paciente como receptor de consejo y tratamiento, y también el papel tradicional del médico como poseedor de una

sabiduría inalcanzable para el lego. Uno de los principales desafíos de la época del internet en la práctica de la medicina es la capacidad de establecer una relación basada en la colaboración entre pacientes y clínicos, propiciando un papel más activo por parte de los pacientes y las organizaciones de consumidores, y la necesidad de considerar la integración de la información con los valores de la gente en la toma de decisiones relativas a sus necesidades sanitarias.

Internet es un medio silvestre por naturaleza, imposible de control, y de ello deriva algunas de sus peculiaridades y problemas o bondades; una de ellas es la absoluta falta de control de calidad, ya que todo mundo publica y accede a la red en igualdad de condiciones, lo que conlleva un problema de contexto, es decir, no permite discriminar lo que es válido, de calidad, para el profesional, o lo que va dirigido a un usuario lego. En este sentido el problema no sólo consiste en que la información sea o no falsa, sino que la información puede ser accedida por personas no adecuadas o preparadas para interpretarla, lo cual puede traer consecuencias perjudiciales, sobre todo en contextos médicos y sanitarios; por otro lado, la forma anónima de los autores de la información facilita las conductas irresponsables.

En el caso de la información médica esto es relevante, y hace muy importante y requiere de sistemas de identificación o etiquetado y filtro de la información que ayuden a separar la información valiosa de la mediocre. Hoy en día la información florece en la red de manera indiscriminada, silvestre y variopinta, ya que las universidades y organizaciones gubernamentales e internacionales colocan su información en la red en relativa igualdad de condiciones. La información de salud en internet puede ser de escasa calidad, charlatanería, sin compromiso de privacidad, manipulación editorial y de amenazas a la salud con venta de fármacos no aprobados, o ilegales.

Otro de los ámbitos que sufre modificaciones y cambios relevantes es el de las publicaciones médicas y científicas, cuya adaptación a los formatos electrónicos y a la difusión *on line* amenaza a todo el sistema actual de difusión científica y la propia relación entre científicos, investigadores y editores. Estamos en un proceso de cambio que va a modificar profundamente la forma en que conocemos hoy en día las publicaciones biomédicas, y se debe comprender que el negocio no es la revista sino la información y la necesidad de ofrecer un valor añadido; el futuro en este aspecto deberá apuntar hacia la disposición libre y gratuita de todos los campos del saber, interconectados de manera sistematizada, accesibles de forma sencilla y sin esfuerzo, y racionalmen-

TABLA 1. *Número de años que cada tecnología requirió para obtener 50 millones de usuarios.*

Teléfono	75
Radio	38
Computadora	16
Televisión	13
Internet	4

te navegables desde la mesa de trabajo del médico o del investigador. Internet se erige como un magnífico complemento para la actualización médica junto con la lectura de revistas de especialidad, asistencia a cursos y conferencias; es una gran fuente de recursos de apoyo a la medicina en todos sus aspectos: enseñanza, investigación, difusión, intercambio de opinión, consultas de diagnóstico y tratamiento y publicación de trabajos.

Quizá aún no hemos visto todo lo que este medio de comunicación puede hacer por la globalización de la información médica y el acceso a ella, pues existen informes de que casi la mitad de los sitios acerca de medicina y salud en internet son creados por individuos que pretenden vender un producto o servicio dudoso; medicamentos entre ellos. Una de las características de este medio es la dificultad de controlar el acceso a la compra, difusión y venta de medicamentos, evitando las protecciones que en general están asociadas a las prácticas médicas convencionales; asimismo se puede incrementar el riesgo de efectos adversos, con limitada capacidad para identificados.

Internet y el médico

Es evidente que los médicos debemos tener alguna ventaja informativa, en lo que a medicina y salud se refiere, sobre el público en general; de ello deriva en parte nuestra autoridad y la influencia que la sociedad nos otorga en un campo tan delicado, además de que es un deber profesional y ético mantenerse competente y actualizado; la red es el sitio ideal para ello, constituyendo un lugar al que acuden los profesionales sanitarios cuando necesitan conseguir nuevos datos e información, ya que su rapidez ha permitido que la computadora sustituya en gran medida a las bibliotecas como lugar de consulta profesional. Tradicionalmente los nuevos conocimientos tardan hasta cinco años en darse a conocer, incluso para los especialistas de cada profesión que están razonablemente bien conectados al flujo internacional de información; a ese respecto internet puede acortar de modo significativo este tiempo y abrir toda una nueva gama de recursos de información a los profesionales sanitarios.

Hay casi 35,000 revistas médicas y aproximadamente 5 millones de artículos sobre medicina publicados en internet, y se advierte una tendencia convergente según la cual aparece como teóricamente posible que en un futuro no lejano todo el conocimiento

TABLA 2. *Servicios y productos que, en relación con la salud, se obtienen por medio de internet.*

<i>Información acerca de la salud</i>	Profesional No profesional
<i>Servicios de salud</i>	Consulta médica Diagnóstico Tratamiento
<i>Productos para la salud</i>	Medicamentos

humano sobre las ciencias de la salud podría estar reunido en una gigantesca base de datos virtual con accesos diferenciados; el *Medline* y el proyecto librería virtual demuestran que dicha posibilidad ya no es sólo una hipótesis. Mucho se puede decir acerca de los méritos que significa *Medline* para la medicina a escala global y es una contribución sin par de los Estados Unidos al progreso y desarrollo de la ciencia médica en el ámbito mundial. Este recurso es el proyecto de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos y actualmente es la mayor fuente de conocimiento e información bibliográfica sobre ciencias biomédicas que existe en el mundo, y cada mes incorpora 50,000 nuevas citas a su base de datos.

En tal sentido, la gran ventaja para el médico es que la información en internet se presenta al momento de su publicación y, por tanto, es accesible desde ese momento; muchos médicos han olvidado ahora el prolongado y tedioso trabajo de consultar el *Index Medicus*, y nos hemos habituado a la comodidad del hogar u oficina en el momento y horas de propia conveniencia. Sea por medio del servicio gratuito o pagado, el médico suscriptor obtiene acceso a poderosos servidores de la web dotados de interfase de búsqueda, fáciles de utilizar, y de un amplio abanico de enlaces hacia otros servicios de la red como bases de datos, resúmenes de publicaciones periódicas y de artículos. Acceder a todas ellas, leerlas y digerir su contenido es desde todo punto de vista imposible, por lo que es necesario navegar sin tropiezos en guías confiables como el *Medline*; otras bases de datos parecidas son el Cochrane Database y EMBASE.

Revistas médicas prestigiadas, como *JAMA*, *BMJ*, *NEJM* o *Lancet*, se pueden consultar en la red; algunas tienen acceso gratis y en otras se paga por artículo o por determinado tiempo. La calidad y la inteligente selección de lo que ahí se publica permiten a cualquier médico, sin distingo de nacionalidad o frontera, enterarse de los progresos de la medicina y actualizar periódicamente sus conocimientos y complementar su visión panorámica de lo que ocurre en el campo de las ciencias, la investigación científica, y sus posibles aplicaciones a la medicina en todo el mundo. También a través de internet se pueden hacer públicos manuscritos que no hayan sido aceptados para publicación, pero que pudieran tener interés para la comunidad científica.

Algunas desventajas que se han mencionado acerca de las publicaciones médicas en internet son que se genera costo, aunque es sólo de modo inicial, pues se debe pasar a formato PDF, más cómodo que la visualización en pantalla, y la velocidad de conexión está limitada por aspectos como imagen, sonido y video; sin embargo son más ventajas (tabla 3).

En conclusión, internet facilita la comunicación entre los profesionales, evita retrasos y mejora los artículos, ya que no tiene límite de espacios y se puede incorporar elementos multimedia (como video e imágenes).

Un ámbito en el cual internet puede aportar una contribución más es en el apoyo a la investigación médica y capacitación de los profesionales de la salud, pues el profesional médico también puede usar la tecnología para la telemedicina, por medio de una simple red telefónica conectada a internet, hasta enlaces satelitales, pasando por el intercambio de señales de video y sonido y las teleconferencias para trabajo en grupo; además de la

posibilidad de tener acceso a un vasto acervo de información médica a profesionales a escala mundial, ofrece una oportunidad de actualización a médicos y de aprendizaje a estudiantes de medicina y a otros profesionales de la salud. En virtud del aprovechamiento de este avance tecnológico, ahora ya no es necesario que el líder científico sobre un tema se desplace personalmente al auditorio más lejano para dictar una conferencia.

La telemedicina representa una de las áreas más promisorias y de mayor desarrollo potencial en el vasto campo de las ciencias de la salud al proporcionar un medio para la actualización permanente de sus miembros; las oportunidades de educación a distancia no son nuevas, pero la red internet y sus características de comunicación proporcionan un medio innovador y sin precedentes para acceder a servicios de educación en el mundo entero. La telemedicina salva barreras geográficas, personales, económicas, lingüísticas, administrativas y temporales; vence distancias, permite el acceso remoto y de áreas aisladas, mejora la comunicación, la formación y el reciclaje de profesionales y facilita la asistencia médica en lugares especiales; incluso se puede usar también en la educación para la salud hacia los pacientes. Las nuevas tecnologías conducirán al intercambio de información clínica entre los pacientes, lo que obligará a redefinir todo lo referente a educación en materia de salud pública, prevención y promoción de la misma. En la tabla 4 se resumen algunas de las ayudas que internet puede brindar al médico.

Internet y el paciente

Millones de personas emplean internet para consultas relacionadas con la salud o de las enfermedades que las afectan; foros, chats o páginas web permiten a los enfermos localizar datos e información, y junto a otras personas que padecen los mismos males aprenden a superarlos, mejorando así su estado anímico y su nivel de vida. Saber que se comparte con otras personas la misma enfermedad rara es confortable, sin embargo al buscar información es importante recordar que cualquier persona puede crear su propia página web y, por tanto, dar sus propios consejos de tipo médico aunque no lo sea, y tampoco esté capacitado para ello. Cualquier persona que posea mínimas capacidades técnicas puede convertirse en autor, editor y publicador de información médica; este grado de libertad para ello, unido a la ausencia de un proceso de revisión en la mayoría de los documentos relacionados con la salud que se encuentran en internet, puede permitir la llegada al paciente de información incorrecta. No hay acuerdo entre los expertos respecto a cuáles deben ser los aspectos de calidad a evaluar en los documentos médicos de la web, aunque sí hay consenso en que la evaluación de sus contenidos es imprescindible; debido a que existe una gran variabilidad en el uso de criterios de evaluación empleados, es recomendable no fiarse de cualquier dato e información encontrada en la red, y acudir sólo a las que tengan una entidad, institución, empresa u organización de prestigio que la respalde y, a pesar de ello, no tomar ninguna medida sin consultar personalmente a un médico; casi 15% de la información de carácter médico disponible en la red no es de fiar.

Aunque internet sea una formidable fuente de información, hay que distinguir entre buscar información y obtener un diagnóstico o tratamiento; lo primero es muy factible

y hasta se debe fomentar, pero lo segundo es complicado y peligroso. A pesar de ello la consulta médica *online* se está haciendo cada vez más frecuente; las tendencias actuales apuntan a la proliferación de consultas y servicios médicos de diagnóstico y tratamiento incluido, y esto, si no se tiene la debida precaución y regulación, puede ser peligroso. Por ello es importante mencionar algunas consideraciones.

Una de ellas es que la cibermedicina se constituye como una nueva especialidad de la medicina que toma sus raíces de la consulta online, la informática y la salud pública, estudiando las aplicaciones de internet y las tecnologías de las redes globales para aplicarlas en los sectores de la medicina y salud pública, examinando las implicaciones y efecto de internet y evaluando oportunidades y desafíos acerca del cuidado y preservación de la salud. La consulta ciber médica ofrece, en teoría, ventajas respecto a la consulta médica tradicional ya que es posible realizar pequeños exámenes y exploraciones por medio de internet desde cualquier lugar y a cualquier hora con ayuda del equipo complementario para este propósito; incluso el paciente puede acceder al mejor especialista en una materia determinada a través de este medio, consiguiendo, incluso, el acceso los pobladores de zonas remotas, sin necesidad de desplazarse.

Sin embargo también hay algunas desventajas, mismas que las autoridades sanitarias y el gremio médico advierten como peligros de este nuevo medio de consulta médica; entre ellos se encuentra, en primera instancia, la dudosa calidad del profesionista consultado –a veces en el anonimato–, y a la posible falsedad de los datos. En muchas ocasiones el supuesto profesionista consultado no es médico, o bien no cuenta con la certificación de la especialidad que dice poseer, pudiendo también tratarse de abierta charlatanería, de ahí que sea importante se consulte primeramente a las sociedades o colegios médicos para conocer si un determinado especialista es competente y si se encuentra certificado. En un futuro la confiabilidad deberá estar acompañada siempre de las autorizaciones, con nombre y apellido, en la materia que se consulta, además de considerar la posible adecuación de otros filtros.

TABLA 3. Algunas ventajas del formato electrónico de las publicaciones médicas.

-
- Acceso libre y abierto.
 - Difusión potencialmente total en amplitud.
 - Difusión casi instantánea.
 - Reducción de costos y papel. Formato de publicación flexible.
 - Permite comunicación libre y abierta: respuestas rápidas, opiniones y críticas por parte de colegas.
 - Permite publicación sin filtro de revisión por pares.
 - Equilibra el poder entre editores y autores.
 - Permite que el texto completo pueda ser sometido a búsquedas.
 - Acceso instantáneo sin necesidad de desplazamiento.
 - Permite conectar publicaciones y referencias entre sí.
 - Permite asociarse a otros recursos para animaciones o películas.
-

La llamada “segunda opinión médica” se busca con mucha insistencia en internet, misma que es un derecho de los pacientes y hasta del propio médico, quien la debe fomentar. Actualmente internet se ha convertido en el sitio más frecuente para buscar esta segunda opinión, sin embargo se debe tener en cuenta que realmente esta segunda opinión sea de un diagnóstico ya establecido por un médico, y no buscarla de uno aún no establecido, en cuyo caso más bien se limitará a la búsqueda de opiniones en la web.

Se ha advertido de la ética y el profesionalismo por parte del médico brindador del servicio, así como el resguardo de los datos del paciente y la confidencialidad en su manejo de este tipo de consulta médica; ésta puede ser anónima para el paciente, o no, pero nunca para el médico, pues el médico que brinda la consulta jamás deberá fundarse en el anonimato. Como en algunas ocasiones puede ser urgente el precio podrá variar entre los treinta a doscientos cincuenta dólares, dependiendo de factores tales como el prestigio del médico o institución, y de los servicios adicionales a la consulta, en su caso.

Aspectos éticos

Considerando que la información acerca de salud, productos y servicios, tiene el potencial para mejorar la salud o hacer daño, las organizaciones y los individuos que proporcionan la información de salud en internet tienen la obligación de ser fidedignos, proporcionar contenido de alta calidad, proteger la privacidad de los usuarios y adherirse a las normas de mejores prácticas para el comercio y los servicios profesionales en línea para el cuidado de la salud. Por su parte, los usuarios de los sitios de salud en este medio deben compartir la responsabilidad para ayudar a garantizar el valor e integridad de la información de salud en que ahí se da, ejerciendo el juicio al usar los sitios y proporcionando la realimentación debida. Las personas que usan internet por razones relacionadas con la salud necesitan poder juzgar por sí mismos que los sitios que visitan y servicios que usan son confiables y fidedignos, es decir que en ellos debe haber honestidad, calidad y privacidad.

Muchas de las preocupaciones relacionadas con internet conciernen a aspectos éticos y legales, de complicada regulación y en un contexto de difícil control. Por ello, para intentar paliar la falsedad de la información y la charlatanería o fraudes, se han puesto en marcha iniciativas que pretenden estandarizar la calidad de la información médica y de salud en internet, para lo que se ha creado un dispositivo que pretende identificar con un sello de calidad a las páginas web que lo cumplan, sin embargo aún hay debates

TABLA 4. *Algunas ayudas que Internet brinda al médico.*

-
- Acceso a información médica en revistas tradicionales que presentan su edición electrónica.
 - Proporciona acceso gratuito o pagado a importantes bases de datos como *Medline* o *EMBASE*.
 - Permite hacer contacto por correo electrónico con otros colegas o participar en grupos internacionales de discusión para médicos. Posibilita la realización de congresos virtuales.
 - Aporta el sustrato requerido para iniciativas de educación continua.
 - Constituye la vía para el desarrollo de la telemedicina.
 - Permite la cibermedicina.
-

intensos acerca de este tópico. En la tabla 5 se presentan algunos principios generales que al respecto se pretenden.

Mención especial merece el consentimiento informado, la segunda opinión médica y el profesionalismo en la consulta médica *online*. El consentimiento informado se refiere a respetar el derecho de los usuarios para determinar si sus datos personales pueden ser recolectados, archivados, usados y compartidos, pues los usuarios del internet, por razones relacionadas con la salud, tienen el derecho a ser informados acerca de cómo van a ser usados sus datos personales y a que puedan elegir si otorgan o no la autorización para que sus datos sean usados o compartidos; tienen, además, el derecho a escoger, consentir y controlar cuándo y cómo se comprometen activamente en una relación comercial; es mediante este derecho, los sitios no deben recolectar, usar o compartir los datos personales sin el consentimiento explícito del usuario.

La segunda opinión no es un acto clínico propiamente dicho, e independientemente de si es confirmatoria o no de la primera, no sustituye a un diagnóstico previo efectuado por un especialista en el ámbito de la relación personal y de confianza; la segunda opinión en ningún caso supone una crítica, juicio de valor, interferencia o descalificación del profesional que lleva el caso ni de su trabajo. Se excluyen las prescripciones terapéuticas.

La consulta médica a través de internet por sí sola no tiene como objetivo el diagnóstico y/o tratamiento del paciente y, en este sentido, no sustituye de ninguna manera la consulta o juicio profesional efectuados personalmente, mediante la relación directa médico o especialista-paciente. Los profesionales de las ciencias de la salud, médicos, enfermeras, farmacéuticos, terapeutas y demás profesionales que proporcionan atención médica, asesoría u consejo en línea deben tener el más alto profesionalismo: algunos principios los observamos en la tabla 6.

Respetar las obligaciones éticas fundamentales para los pacientes es un principio básico; internet puede ser una herramienta muy útil para ayudar a los pacientes a encontrar respuesta a sus necesidades de cuidado de salud, pero los usuarios deben entender que los servicios en línea tienen sus limitaciones; por ello los profesionales de la salud que practican en internet deben ser claros y precisos informando y educando a los pacientes acerca de las limitaciones; se debe hacer hincapié en que el profesional de la salud en línea, al no poder examinar al paciente, es importante que le describan sus necesidades de la manera más clara y detallada posible; deberá, en su caso, ayudarlos a entender cuando la consulta en línea no los puede ayudar o no puede sustituir el lugar de una consulta personal con un profesional médico.

Conclusiones

Estamos viviendo una auténtica revolución en el ejercicio de la medicina cuya, dinámica surge de una demanda masiva de los consumidores por la información obtenida vía internet de todo lo relacionado con la salud y la medicina. Por primera vez los pacientes y los médicos en ejercicio de su profesión tienen acceso a la misma información y, al mismo tiempo, se trata de un fenómeno nuevo e irreversible, al cual la profesión médica no está

acostumbrada y que cambia profundamente la relación médico-paciente basada en el conocimiento, criterio y experiencia depositada en el médico, y la relativa o total ignorancia por parte del paciente. De ahora en adelante el médico tratante debe comportarse frente al paciente como si fuera un colega, asumiendo que el enfermo está en capacidad de conocer tanto acerca de su enfermedad como el médico a quien consulta y no, como en el pasado, una persona ignorante a quien no había por qué informar con detenimiento acerca de su padecimiento, pues muchas veces lo que se lograba, en el mejor de los casos, era confundirla con conceptos que no conocía y que no podía manejar.

Sin duda estas nuevas relaciones ejercen grandes presiones respecto a la calidad de la información, pero eventualmente se traducirán por una elevación del estándar de la calidad del ejercicio médico al determinar la necesidad de un profesional informado y estudioso del progreso de las ciencias y de la medicina. Cualquier médico que no considere estas nuevas reglas se encontrará en una difícil posición, bien sea en el medio hospitalario o docente o en el ejercicio privado de su profesión; se trata de un cambio muy favorable y que ahorrará tiempo y esfuerzos en la relación médico-paciente, pero al mismo tiempo es un reto considerable para el médico en ejercicio, mismo que deberá estar debidamente informado a diario para mantener el más elevado estándar de calidad en su actuación médica.

Al igual que otros medios de comunicación e información, el internet y el inmenso avance tecnológico que significa en sí mismo no es malo ni bueno; se trata de un instrumento de un poder inimaginable hasta hace pocos años, que puede y debe desempeñar un papel muy importante para informar y educar a los profesionales de la salud y al público en general; las consecuencias que ello tendrá en materia de salud pública y en el ejercicio de la medicina son inmensas; es posible afirmar que aún no se ha detallado cabalmente el efecto del internet en medicina, y que bajo el binomio médico-paciente, consustancial al ejercicio de la medicina, hay que compatibilizar los nuevos avances con una medicina humanizada en la que el paciente adquiere cada vez más protagonismo; pero cabe advertir, asimismo, que esta fabulosa herramienta no podrá sustituir la comprensión, la compasión

TABLA 5. Los ocho principios éticos de la información de salud en internet

-
- Cualquier consejo médico publicado en página web debe estar avalado por un profesional calificado.
 - La información que se divulga no reemplaza al médico.
 - Debe existir confidencialidad de las personas que visitan la página.
 - Documentación con la bibliografía pertinente de la información publicada.
 - Cualquier anuncio de servicios o medicamentos debe basarse en pruebas sólidamente contrastadas.
 - El objetivo de la página es ofrecer información médica pertinente de la manera más accesible.
 - El patrocinador de la página web debe estar claramente identificado.
 - Cualquier anuncio pagado debe identificarse y mencionar cuál es la política anunciante de la página web.
-

TABLA 6. *Profesionalismo en la atención de salud en internet*

-
- Identificarse a sí mismos e indicar el sitio dónde practican, y cuáles son sus credenciales profesionales.
 - Cumplir con el mismo código ético que gobierna la profesión en las consultas personales (cara a cara).
 - No causar daño.
 - Dar prioridad a los intereses del paciente y/o cliente.
 - Proteger la confidencialidad de los pacientes.
 - Describir los términos y condiciones de cada interacción en línea.
 - Describir claramente y con precisión los límites del diagnóstico, las recomendaciones y del tratamiento en línea.
 - Revelar claramente cualquier patrocinio, incentivo financiero u otra información que pueda influenciar o afectar la percepción del paciente del desempeño del profesional de los servicios ofrecidos.
 - Revelar claramente, cuando sea el caso, qué monto se cobrará por la consulta en línea y cómo se realizarán los pagos por los servicios obtenidos.
 - Dar instrucciones claras para el seguimiento del cuidado después de la consulta en línea.
 - Obedecer leyes y regulaciones de la jurisdicción pertinente.
 - Identificarse a sí mismos e indicar sitio dónde practican y cuales son sus credenciales profesionales.
 - Cumplir con el mismo código ético que gobierna la profesión en las consultas personales (cara a cara).
 - No causar daño.
 - Dar prioridad a los intereses del paciente y/o cliente.
 - Proteger la confidencialidad de los pacientes.
 - Describir los términos y condiciones de cada interacción en línea.
 - Describir claramente y con precisión los límites del diagnóstico, de las recomendaciones y del tratamiento en línea.
 - Revelar claramente cualquier patrocinio, incentivo financiero u otra información que pueda influenciar o afectar la percepción del paciente del desempeño del profesional de los servicios ofrecidos.
 - Revelar claramente, cuando sea el caso, qué monto se cobrará por la consulta en línea y cómo se realizarán los pagos por los servicios obtenidos.
 - Dar instrucciones claras para el seguimiento del cuidado después de la consulta en línea.
-

y apoyo del médico, pues en el cuidado de la salud es importante sentir al médico presente.

Una palabra de aliento y los sentimientos que el médico transmite al escuchar y atender al paciente personalmente son irremplazables.

Bibliografía

1. Campbell JD, Harris KD y Hodge R. "Introducing telemedicine technology to rural physicians and settings." *J Fam Pract* 50:419-424.2001.
2. Carnall D. "Website of the week: NHS on the web." *BMJ* 320:880. 2000.
3. Couchman G, Forjuoh S y Rascoe TG . E-mail communications in family practice: What do patients expect?" *J Fam Pract* 50:414-418. 2001.

4. Evans I. "The patient's internet handbook." *Journal of the Royal Society of Medicine* 95(4):216-217.2002.
5. Eysenbach G y Diepgen TL. "Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling and filtering of information." *BMJ* 317(7171):1496-1500.1998.
6. Eysenbach G y Diepgen TL. "Unsolicited patient e-mail on the World Wide Web." *JAMA* 280:1333-1335. 1998.
7. Eysenbach G, Köhler. "How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews." *BMJ* 324:573-577. 2002.
8. Feingold M. "Internet and Medicine." *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 177(2):488. 1997.
9. Ferry J. "Virtual doctors on the horizon in Seattle." *Lancet* 354(9182):926. 1999.
10. Frey KA y Bratton RL. "Role of telemedicine in the health care delivery system." *Journal of the American Board of Family Practice* 15(2): 170-171. 2002.
11. Hernández BAA, Macías-Cervi P, Gaspar GMA et al. "Can examination of WWW usage statistics and other indirect quality indicators help to distinguish the relative quality of medical websites?" *J Med Internet Res* 1:e1. 1999.
12. Hernández BAA y Torres ML. "Internet como nuevo medio de comunicación y publicación médica." *Canarias Pediátrica* 22(2):79-82. 1999.
13. Impicciatore P, Pandolfini C, Casella N y Bonati M. "Reliability of health information for the public on the World Wide Web: Systematic survey of advice on managing fever in children at home." *BMJ* 314:1875-1879. 1997.
14. Jadad AR. "Promoting partnerships: Challenges for the internet age." *BMJ* 18(319):761-764. 1999.
15. Kahan S E, Seftel A y Resnick MI. "Sildenafil and the internet." *Journal of Urology* 163(3):919.2000.
16. Kane B y Sands DZ. "AMIA Task Force to develop guidelines for clinical use of electronic mail and the World Wide Web. Guidelines for clinical use of electronic mail with patients." *J Am Inform Assoc* 5:104-111. 1998.
17. Kassirer JP y Angell M. "The Internet and the Journal." *N Engl J Med* 332: 1709-1710. 1995.
18. Kim P, Eng TR, Deering MJ y Maxfield. A. "Published criteria for evaluating health related web sites: Review." *BMJ* 318:647-649. 1999.
19. Lamiell J. "The Internet in Medicine." *JAMA* 280(15):1369. 1998.
20. La Porte RE. "The death of biomedical journals. Education and Debate." *BMJ* 310: 1387-1390. 1995.
21. Larkin M. "Physicians accelerate onto the internet." *Lancet* 350(9089): 1454. 1997.
22. Le Bourdais E. "When medicine moves to the internet, its legal issues tag along." *CMAJ* 157(10):1431-1433. 1997.
23. Mair F Y Whitten P. "Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine." *BMJ* 320:1517-1520. 2000.
24. Mair F, Whitten P, May C y Doolittle G. "Patient's perceptions of a telemedicine speciality clinic." *J Telemd Telecare* 6:36-40. 2000.
25. McClung HJ, Murray RD y Heitlinger LA. "The internet as a source for current patient information." *Pediatrics* 101 :e2. 1998.
26. McConnell J. "Internet subverts European drug regulation." *Lancet* 352:1690. 1998.
27. McKeown MJ. "Reply: Internet and Medicine." *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 177(2):488-489. 1997.
28. "Medicina electrónica: Posibilidades y peligros." *Lancet* 352:1079. 1998.
29. Pallen M. "Netlines." *BMJ* 315(7102):235. 1997.
30. Patsos MP. "The internet and medicine: Building a community for patients with rare diseases." *JAMA* 285(6):805. 2001.

31. Peters R y Sikorski R. "Building your own: A physician's guide to creating a web site." *JAMA* 280(15):1365-1366. 1998.
32. Smith R. "Adapting a new technology to the academic medical library: personal digital assistants." *Journal of the Medical Library Association* 90(1):49-58. 2002.
33. Spieldberg AR. "Gn Call and online: sociohistorical, legal, and ethical implications of e-mail for the patient-physician relationship." *JAMA* 280:1353-1359. 1998.
34. Winker MA y Silberg WM. "Computers, the internet, and the practice of medicine: A call for papers." *JAMA* 279(1):66. 1998.



Suma-B[®]



La segunda opinión en medicina

Dr. José Francisco González Martínez, Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

Resumen

LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA (SOM) no es un acto clínico por sí mismo, e independientemente de si confirma o no la primera opinión, por sí no sustituye a un proceso diagnóstico previo, efectuado por un médico, especialista o no, en un ámbito de relación personal y de confianza. La SOM en ningún caso supone una crítica, juicio de valor, interferencia, descalificación o daño a su trabajo del profesional; es por ello que debe incluso ser fomentada por el médico tratante cuando el paciente así lo desee, ya que tiene derecho a acceder a ella cuando lo considere necesario.

Introducción

No es necesario lucubrar mucho para darse cuenta de la necesidad que tiene un paciente de confirmar su diagnóstico, sobre todo en caso de enfermedades graves o de mal pronóstico; la Carta de los Derechos de los pacientes, adoptada por varios países, entre ellos México, por medio de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed) contiene diez principios que se han considerado fundamentales para los pacientes en relación con la atención de su salud (tabla 1).

Entre los derechos aquí enlistados el octavo hace mención a la SOM: "Contar con facilidades para obtener una segunda opinión". La atención médica adecuada supone

TABLA 1. *Los derechos generales de los pacientes*

-
- Recibir trato digno y respetuoso.
 - Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
 - Decidir libremente sobre su atención.
 - Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
 - Tener un expediente clínico.
 - Ser tratado con confidencialidad.
 - Recibir atención médica adecuada.
 - Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
 - Recibir atención en cualquier establecimiento médico para resolver una urgencia.
 - Presentar inconformidad por atención médica deficiente.
-

el derecho del paciente a obtener por escrito la información necesaria para solicitar la segunda opinión acerca del diagnóstico, tratamiento o pronóstico relacionados con el estado de su salud.

La SOM es la resultante de una consulta médica a otro médico o a otro equipo de salud no responsable directo de la atención del paciente, para ratificar o modificar lo actuado; esta medida es parte de la atención en salud y puede referirse a todo lo actuado o circunscribirse a algún punto específico determinado. Cada paciente tiene derecho a solicitar y recibir ayuda en la búsqueda y obtención de asistencia médica por parte de otro médico para consultar sobre cualquier problema médico, y la SOM desempeña un papel importante en caso de enfermedades graves y/o intervenciones quirúrgicas de alta complejidad, en la medida que aporta mayor información respecto al diagnóstico y al tratamiento más avanzado.

Dadas las múltiples repercusiones que este acto médico tiene entre los participantes, en especial el médico tratante, de las partes involucradas se requiere no sólo el conocimiento científico y técnico sino un equilibrio apropiado de madurez y respeto solidario, ya que el prestigio de la medicina está en juego cada vez que se produce un acto de este tipo. Por el principio de beneficencia surge la obligatoriedad del miembro del equipo médico de considerar a la salud del paciente por encima de cualquier otra condición, y por ello todo conflicto de intereses que se de entre los consultantes debe estar subordinado al interés primario.

El propósito principal de la SOM es asegurar que un médico no esté cometiendo un error de diagnóstico o tratamiento, y permitir a los pacientes el acceso a métodos y médicos alternativos que pueden ayudar de mejor manera, sin embargo la posibilidad de acceder a una SOM no quiere decir que los pacientes tienen derecho a un número ilimitado de opiniones médicas. Aunque consideremos que la atención médica es costosa y con peligros terapéuticos en sí misma, restringir a los pacientes el derecho a una SOM es muy dudosa sólo por una medida pragmática de ahorrar dinero; si el estándar prevalente de cuidado abarca muchos tratamientos diferentes, debemos asegurarnos de que no niegue el acceso al paciente a los mejores tratamientos.

Aunque el médico tratante puede solicitar la SOM, es habitual que ésta sea a solicitud del enfermo; los familiares sólo pueden solicitarla si tuviesen la expresa autorización del paciente, o dado el caso de que éste no fuere competente. Es evidente que un médico no debe bloquear o negarse a enviar a un enfermo a buscar otra opinión médica, o negarse a referir el caso pues el bienestar del paciente está por encima de cualquier conflicto e incluso puede sentirse halagado cuando el especialista que emite la SOM valida el juicio inicial.

Algunas consideraciones éticas en cuanto la segunda opinión

La SOM además de ser un acto legal es un acto ético, y lo que no es ético es la forma de buscarlo; lo no ético suele ser los procedimientos de cómo se accede a ella. El médico consultor durante la SOM deberá observar una actitud honesta respecto a la reputación

TABLA 2. *Algunos aspectos éticos en la SOM.*

-
- a) El médico consultor no debe convertirse en médico de cabecera del paciente durante la enfermedad para la cual fue consultado, excepto cuando el médico de cabecera ceda voluntariamente la dirección del tratamiento, y con consentimiento del paciente.
 - b) Cuando la naturaleza de la afección requiera que sea el especialista quien deba encargarse de la atención.
 - c) Cuando así lo decida y exprese el enfermo.
-

moral y científica del médico de cabecera, cuya conducta deberá justificar, siempre que coincida con la verdad de los hechos o con los principios fundamentales de la práctica médica. En todo caso la obligación moral del consultor, cuando ello no implique perjuicio para el paciente, es atenuar el error y abstenerse de juicios e insinuaciones capaces de afectar la confianza depositada en el médico de cabecera; algunos de estos aspectos importantes a considerar se enlistan en la tabla 2.

La SOM a espaldas del médico de cabecera configura una grave falta ética salvo que se haya dado una negativa reiterada para facilitar la SOM; de no tratarse de una complicación grave, la dirección del tratamiento continúa correspondiendo al médico de cabecera. En un sistema de salud es muy conveniente tener las figuras de consultor y los comités de expertos para efectuar la SOM.

El internet y la segunda opinión médica

La revolución tecnológica de la informática ha desarrollado la consulta médica a distancia; el internet y la medicina –como tele medicina–, ya dan para hablar de una de sus modalidades más conspicuas: la SOM, que consiste en el contraste del juicio clínico de un médico por parte de otro, habitualmente especialista, por medio de internet. A este respecto se debe tener en cuenta que el enfermo está ausente y habrá que prever asuntos éticos, además de considerar el capítulo de Historia Clínica y Secreto Profesional; al momento de emitir un juicio diagnóstico la cuestión principal es la calificación del especialista sin la conveniencia o necesidad de ver al paciente, requisito sin el cual muchos clínicos se negarían a emitir su opinión.

Sin embargo el internet existe y la demanda de la SOM por este medio es real; por el momento no se vislumbra vuelta atrás y, por lo contrario, su búsqueda es cada vez más frecuente. La consulta médica *on line* permite una atención en tiempo real, personalizada, exclusiva y confidencial; sin embargo no sustituye de manera alguna a la consulta y juicio profesionales efectuados de forma mediante la relación directa entre el especialista y el paciente, aunque la consulta médica o videoconferencia por medio del internet facilite y diversifique el acceso del paciente al médico especialista.

La red de internet se ha convertido en un medio muy práctico y de uso cada vez más frecuente, e ideal para acceder a la búsqueda de la segunda opinión clínica solicitada por

pacientes bien identificados y sin relación previa con el segundo médico. Los pacientes pueden conseguir de modo *on line* segundas opiniones con la ayuda incluso de su médico de atención primaria, puesto que hay infinidad de sitios en la web donde se emiten constantemente primera, segunda y tercera opiniones, frecuentemente hasta que el paciente se hastíe, se confunda o se resigne, y dé por válida la primera opinión.

Algunos hospitales prestigiosos de los Estados Unidos ofrecen el servicio de venta *on line* de la SOM: dicho servicio espera aliviar el número creciente de problemas de los pacientes que requieren una segunda opinión acerca de un diagnóstico o tratamiento; el costo de la misma es variable y puede llegar hasta los seiscientos dólares por caso, aclarando al paciente que esta SOM habitualmente no la cubre el seguro médico, en cuyo caso los recursos para cubrirla deben salir del propio paciente. La respuesta de la segunda opinión se entrega por escrito, en el idioma deseado y con la correspondiente bibliografía avalada por un experto en la materia. Existe una red de consultores de primer nivel científico en todas las especialidades clínicas y quirúrgicas que brindan la respuesta casi de manera inmediata; hay ya más de cuatro mil especialidades disponibles en la web, por vía particular u hospitales. Las empresas y hospitales que ofrecen este servicio incluyen la relación de los médicos especialistas, ofreciendo un resumen curricular e incluyendo las modalidades de la SOM, sus formatos de contestación, precios y formas de pago. La respuesta también incluye información respecto a métodos diagnósticos o terapéutica de punta, señalando el medicamento, las nuevas terapias y ofreciendo las alternativas terapéuticas; es decir la información muy completa.

Los expertos opinan que este servicio de SOM en la red puede ser de gran ayuda a los pacientes que viven en zonas rurales, y la puede pedir el paciente o el mismo médico con la pretensión de contrastar los diagnósticos iniciales con los que ofrecen los médicos especialistas eminentes y de mayor reconocimiento internacional, sin necesidad de desplazarse a otro lugar o país, ni sufragar el elevado costo que ello supone. En la tabla 3 se incluyen algunos de los cambios que se pueden esperar en el futuro con el uso cada vez más frecuente de la SOM.

TABLA 3. *Cambios que podrían esperarse con el uso de la segunda opinión médica*

-
- Puede ser un clavo en el ataúd del paternalismo médico.
 - Dar a los pacientes el poder del acceso a la segunda opinión puede inconformar a muchos médicos con un pobre desempeño; por ende contribuye a forzar la competencia médica.
 - Indicador de desempeño y evaluación de la actuación médica al revisar los cambios en el diagnóstico y tratamiento que tuvieron con la segunda opinión.
 - Se promovería una elección más considerada del tratamiento y mejor vigilancia de resultados.
 - Reduciría la frecuencia de errores médicos hospitalarios costosos, embarazosos y trágicos.
 - Ayudaría a recuperar la confianza del paciente en el Sistema de Salud.
 - Los médicos mejorarían su práctica profesional.
-

Conclusiones

No debe sorprender que los pacientes busquen una segunda opinión cuando la primera no les dice lo que ellos desean escuchar, aunque muchas segundas opiniones surgen de la insatisfacción de los pacientes, con frecuencia sólo son el resultado de una comunicación pobre entre el paciente y su médico. Es un hecho que el estrés emocional que conlleva recibir malas noticias lleva al paciente a buscar la segunda opinión, la cual aunque proporciona tranquilidad tanto al médico como al paciente –mucho más a este último– debe utilizarse cuidadosamente, pues tiene su lado malo al crear falsas esperanzas que al ser destruidas llevan a una mayor desesperación y abatimiento.

El riesgo ocupacional de la medicina es la arrogancia, de ahí que sea deseable permitir atisbar o escudriñar nuestras decisiones, y recomendable por razones de humildad; pedir una segunda opinión debe ser para los médicos una cuestión de confianza, aceptando que los pacientes tienen el derecho pleno a escuchar una segunda opinión médica profesional si no están satisfechos con su diagnóstico o tratamiento; incluso el médico debe fomentarla, y las referencias deben ser a juicio del médico de cabecera previniendo que no haya desperdicio de recursos. Por ello es vital que el médico del paciente actúe como conducto para los arreglos de la segunda opinión, reconociendo sin embargo que la apreciación de que los recursos deben cuidarse parece más una excusa que una razón, dado que las implicaciones del costo a la segunda opinión médica aún no se conocen.

Bibliografía

1. "An ethical debate: Second opinions: A right or a concession? Patient's perspective. Education & Debate." *BMJ* 311(7006):670. 1995.
2. "Carta de los Derechos Generales de los Pacientes." *Revista Conamed*, año 5, vol. 9, núm. 20. Julio-septiembre de 2001.
3. Douglas C. "Second opinion please. Soundings." *BMJ* 313(7058):694. 1996.
4. Elliott C. "An ethical debate: Seconds opinions: A right or a concession? Ethical Issues." *BMJ* 311(7006):671-672. 1995.
5. Fisher D. "A memorable patient. Beware ill relatives who request second opinions." *BMJ* 324:152.2002.
6. Peter Sloterdijk. *Crítica de la razón clínica*. Traducción Miguel Ángel Vega Cernuda. Madrid. Taururs. 1989.
7. Rippere V. "Are seconds opinions a right or a concession? An important political issue." *BMJ* 311(7018):1506b. 1995.
8. Sikora K. "Second opinions for patients with cancer." *BMJ* 311 (70 14): 1179-1180. 1995.



Synalar®



El desarrollo profesional continuo para el médico de primer contacto

Dr. José Francisco González-Martínez, Lic. José Antonio Mendoza-Guerrero

Desarrollo profesional continuo en ciencias de la salud

LOS TÉRMINOS “FORMACIÓN MÉDICA CONTINUADA” y “desarrollo profesional médico continuo” son conceptos prácticamente intercambiables. Actualmente se prefiere el término Desarrollo Profesional Continuo (DPC) porque con el mismo se pretende implicar de forma más activa al médico y hacerle protagonista de su propia formación, identificando sus lagunas en cualquier ámbito profesional y diseñando un proceso formativo individualizado. Dentro de un sistema de salud el DPC pretende ser todo medio o conjunto de ellos dirigidos a cambiar la conducta de un médico general (de primer contacto) a manera de ir mejorando permanentemente los resultados de su accionar con los pacientes.

Entre los factores determinantes del DPC en ciencias de la salud se encuentra la complejidad de la medicina moderna, el aumento exponencial de nuevos conocimientos, la introducción cada vez más rápida de las tecnologías en el ámbito médico, los cambios en los perfiles epidemiológicos, con poblaciones que envejecen y el consiguiente aumento de enfermedades crónicas. Al mismo tiempo, hoy en día nos encontramos con mayor frecuencia pacientes más informados y exigentes, además de que los costes de los servicios de salud cada vez son más elevados.

En las ciencias de la salud actualmente existe un enorme interés mundial por el DPC, debido entre otras razones a la rapidez y profundidad de los cambios científicos y tecnológicos en la medicina y a las dificultades para adaptarse a ellos, percibiendo que los cursos para la obtención del grado de médico general y el de especialista, hoy en día, no garantizan el mantenimiento de la competencia médica y un desempeño profesional de calidad de forma duradera o permanente, por lo que la tercer etapa de aprendizaje del profesional de la salud, la más larga de todas: la educación médica continua, debe mantener el carácter formativo propio de toda educación formal, incorporar conocimientos y destrezas y promover el perfeccionamiento de actitudes en relación con el paciente, su entorno familiar y los demás integrantes de todo sistema de salud.

La Federación Mundial para la Educación Médica (WFME, por sus siglas en inglés) define el DPC como el período de educación y entrenamiento del médico de primer contacto, proceso que comienza después de ver culminada su educación básica médica y su entrenamiento de postgraduado, y a partir de entonces es que cada médico inicia de forma individualizada la ampliación de conocimientos en todas las actividades de su

vida laboral profesional. Sin embargo el DPC es una actividad de mucho más alcance pues debe entenderse como un proceso de crecimiento y mejora en relación con el propio conocimiento, con actitud hacia una buena práctica médica, con las instituciones de salud, y en continua búsqueda de la interrelación entre las necesidades del desarrollo personal y las del desarrollo institucional y social en términos de salud.

Por su parte la OPS, dentro de la definición del DPC, distingue la educación médica continua (EMC) y la educación médica permanente (EMP), modalidades de desarrollo profesional que no son opuestas sino complementarias; la primera engloba todas las actividades de aprendizaje que el médico realiza después de graduarse de los programas académicos formales, con finalidades restringidas de actualización, mismas que son actividades de duración definida y ocurren mediante metodologías de enseñanza tradicionales. La segunda surgió en el campo específico de la salud impulsado por la OPS en la década de los ochenta, como “una propuesta metodológica para el abordaje estratégico de la reestructuración de los servicios”, para “reorientar la educación de los trabajadores de la salud, como un proceso permanente, de naturaleza participativa, en el cual el aprendizaje se produce alrededor de un eje central constituido por el trabajo habitual de los servicios”.

En este sentido el DPC en ciencias de la salud es, entonces, la construcción de una identidad médica profesional que pretende en todo momento aumentar la satisfacción en el ejercicio de la profesión médica, a través de una mayor comprensión y mejora de la competencia profesional. Debe, por lo tanto, incidir no sólo en el desarrollo profesional del médico, sino que también debe estar relacionado con el desarrollo de la organización de los sistemas de salud; sin embargo la responsabilidad de organizar y mantener las estrategias adecuadas para el DPC en ciencias de la salud, rebasa en la actualidad la competencia de las instituciones académicas (facultades o escuelas de medicina) y reside, en primer lugar, en los propios médicos, en las instituciones que los congregan y en aquellas que de forma directa o indirecta tienen que ver con la atención de la salud de la población (ministerios de salud pública, servicios asistenciales, sociedades científicas, gremios médicos, etcétera); además, un adecuado DPC en ciencias de la salud debe basarse en todo momento en mantener una oferta educativa con objetivos claramente definidos y con contenidos ajustados a las necesidades de los médicos, de las instituciones asistenciales y de la población, además de que deben utilizarse metodologías adecuadas para el aprendizaje de adultos, y la oferta educativa estar normalizada, evaluada y acreditada por un organismo competente.

La medicina de primer contacto (*primary health care*)

En la conferencia de la Alma-Ata en 1978, la Atención Primaria en Salud (APS) se definió como el conjunto de cuidados de la salud básicos contruidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados, socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación, y a un costo que la comunidad

y el país puedan sufragar en forma sostenida en cada etapa de su desarrollo, dentro de un espíritu de confianza en sí mismo y de autodeterminación; en este sentido la APS es una parte integral dentro de un sistema de salud, de la cual es una función central y principal foco, del desarrollo económico y social de una comunidad. Además, la APS es el primer nivel de contacto de los individuos y las familias de una comunidad con el Sistema Nacional de Salud, trayendo los cuidados médicos y de prevención de la salud tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive y trabaja, por lo que constituye el primer eslabón de un proceso continuo de atención a la salud.

Podemos enmarcar entonces al médico de primer contacto como aquel egresado de la licenciatura en medicina, con autorización legal para ejercer la profesión, que proporciona atención primaria y continua, que cuenta con la capacidad para identificar la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de alta prevalencia dentro de un sistema de salud establecido, además de que participa en la educación para la salud, trabaja en equipo, y aunque refiera a algunos enfermos y se asesore de los especialistas, mantiene la responsabilidad de la atención primaria para la salud.

En este sentido, sabemos entonces que la atención primaria es responsable de las mejoras en salud y de una distribución más equitativa en los Sistemas Nacionales de Salud, por lo que la atención médica primaria es un aspecto importante dentro de las políticas públicas para alcanzar efectividad, eficacia y equidad en los servicios de salud. Esto se demuestra claramente, por ejemplo, en los países de ingreso alto y en algunos casos de ingreso mediano, donde se ha alcanzado desde hace tiempo una gran cobertura de los servicios de salud; refiriéndonos en este punto a la atención a la salud brindada por médicos generales de primer contacto, con práctica individualizada o de trabajo en equipo; es decir, los médicos familiares ubicados principalmente en los centros comunitarios de salud, quienes actúan como el primer contacto y parte inicial dentro del proceso del sistema nacional de salud, mismos que además atienden a la gran mayoría de las demandas de los servicios de salud de la población.

América Latina y el Caribe no han sido ajenos a esta corriente, en que la mayoría de los países de la región han adoptado en buena medida la aplicación de estrategias de APS, donde el Estado principalmente ha venido cambiando de proveedor a regulador de servicios de salud, y donde, además, hoy en día es más común la presencia de nuevos esquemas de atención a la salud a través de instancias como los organismos no gubernamentales o fundaciones auspiciadas por el sector empresarial, traído todo ello como consecuencia de la generación de nuevas oportunidades para el desarrollo de los sistemas de salud, ocasionando también, sin embargo, un aumento en la complejidad de las tareas emprendidas por los generadores de las políticas para la salud, los administradores y los profesionales de la salud inmersos en todos sectores del sistema.

Además de lo anterior, en la medida en que los niveles de alfabetización aumentan progresivamente en todo el mundo, principalmente en aquellos países denominados como en vía de desarrollo, aumenta también la presión sobre los sistemas de salud de un número creciente de pacientes o derechohabientes más educados que exigen mayores y mejores servicios de salud que respondan a sus cambiantes necesidades. Consideramos

entonces que es de suma importancia el desarrollo de nuevos profesionales de la salud que respondan a este cambiante marco, y para ello se hace necesario hoy en día, para el médico de primer contacto, mantener un adecuado DPC en ciencias de la salud, visto éste como una capacitación y actualización constante de conocimientos en biomedicina que responda eficazmente a las necesidades básicas de atención para la salud. Podemos mencionar, entonces, que los sistemas de salud de la región de América Latina y el Caribe, desde la Declaración de Alma-Ata, han enfrentado constantes desafíos, enmarcados dentro de la denominada globalización, misma que además de la apertura mundial a los mercados de comercio, ha acarreado consigo marcados cambios epidemiológicos, demográficos, ambientales y de política pública, así como, profundas inequidades sociales.

En el sector salud por ejemplo, todos estos cambios han influido enormemente en el desarrollo de estrategias de implementación de la APS, sin embargo estos cambios también apuntan hacia una nueva y marcada relevancia de la atención primaria en salud dentro de un mundo económico globalizado, donde el profesional de la salud, (el médico general o el de primer contacto) deberá mantenerse en constante crecimiento y entrar al mundo actual del conocimiento científico, con el uso adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación como herramientas presentes en toda práctica profesional, además de mantener una buena relación con los esquemas implementados por los sistemas nacionales de salud, en constante evolución y cada vez más centrados en los servicios al usuario. En ese ámbito es donde los modelos de APS pueden incluir servicios tales como los de conserjería, salud mental, atención a largo plazo, combinación de valores éticos y rigor científico, estrategias económicas, etcétera, por lo que el DPC en ciencias de la salud debe aprovechar en todo momento las cambiantes herramientas y enfoques útiles de la educación médica continua, como lo han seguido muchos países, y con ello aumentar la calidad de la atención para la salud.

En México, en lo referente a los servicios de salud, se estima que 49 millones de personas utilizan servicios de salud al año; de ellos, 45 millones solicitan servicios de salud ambulatorios, y 4 millones se hospitalizan; además, proporcionalmente, las mujeres utilizaron dos veces más los servicios de salud preventivos, en relación con los varones. Los principales motivos de atención de servicios preventivos en los individuos de 40 años, y más, de edad, fueron: 1. Detección de cáncer cervicouterino (55%); 2. Prevención de hipertensión arterial (30%); 3. Prevención de diabetes (24%); 4. Vacunación (16%); y 5. Prevención en salud oral (9.0%); esto según el informe del Consejo Nacional de Población, CONAPO, de 2005.

Algunos datos estadísticos indican que la salud de la población mexicana depende en gran medida de las capacidades de aproximadamente 160,000 médicos existentes en nuestro país, de los cuales más de 100,000 son médicos generales (de primer contacto), que ejercen principalmente la profesión a nivel de atención primaria para la salud. Por otra parte y según cifras de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, nos indican que el número de cédulas profesionales de médicos generales expedidas por esa dependencia entre el 1 de enero de 1970 al 31 de julio de 2006 fue de un total de 268,887, para ese periodo. Por otra parte, la Academia Nacional de Medicina

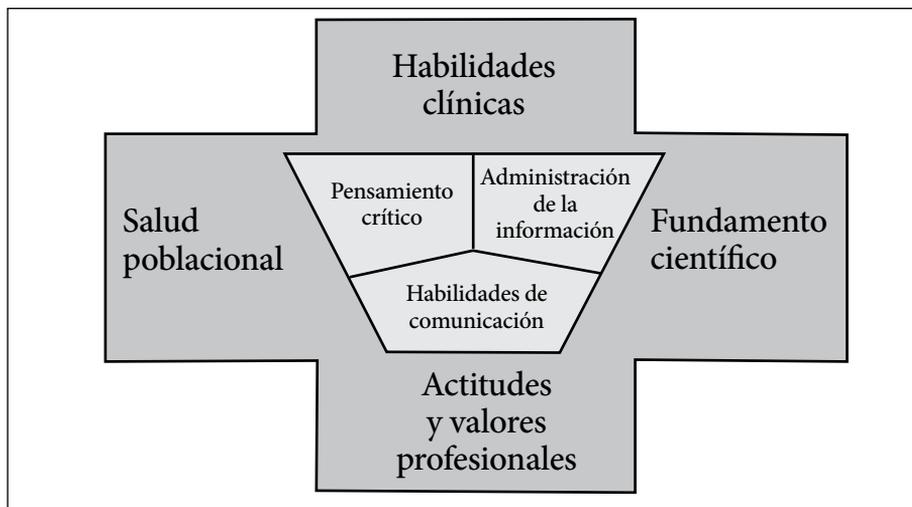


Figura 1. El Desarrollo Profesional Continuo en el Médico de Primer Contacto.
 Modificado: Requerimientos globales mínimos esenciales del profesional médico
 (IIME Core Committee. Global minimum essential requirements in medical education. *Medical Teacher* 2002; vol. 24, núm. 2)

tiene registrados a cerca de 50,000 especialistas certificados por los Consejos Mexicanos de Especialidad; en conjunto, los médicos generales con cédula profesional y los especialistas integran la fuerza de trabajo mexicana que en ciencias de la salud, junto con las instituciones gubernamentales y privadas, se encargan de la prevención y el tratamiento de las enfermedades de los mexicanos.

Por otro lado, sabemos que de las principales facultades y escuelas de medicina existentes en México, anualmente egresan aproximadamente quince mil médicos, de los cuales únicamente cuatro mil (26%), obtienen la oportunidad de recibir educación de posgrado, y el resto (74%) se integran a la gran masa de médicos generales que demandan capacitación continua de calidad y que por lo regular no se brinda, o en muchos de los casos es muy cuestionable, ya que la mitad de las escuelas de medicina de México no satisfacen los requisitos de la ANUIES para cumplir con una educación y formación profesional de calidad, y por ende no están certificadas. Además, actualmente se carece de proyectos o estrategias adecuadas para la medición de la cantidad y calidad de la capacitación continua que un médico general debe cubrir en el sistema nacional de salud dentro del sector público o privado; si a ello agregamos las iniciativas generadas por el Comité Central del Instituto Internacional para la Educación Médica (CCIEM), el cual agrupa los requisitos esenciales sobre las competencias educacionales que un médico de primer contacto en la actualidad debe tener (figura 1), se convierte en indispensable identificar qué están haciendo las instituciones educativas y las instituciones de salud para medir y evaluar la calidad del aprendizaje y enseñanza de las competencias que un médico debe manejar.

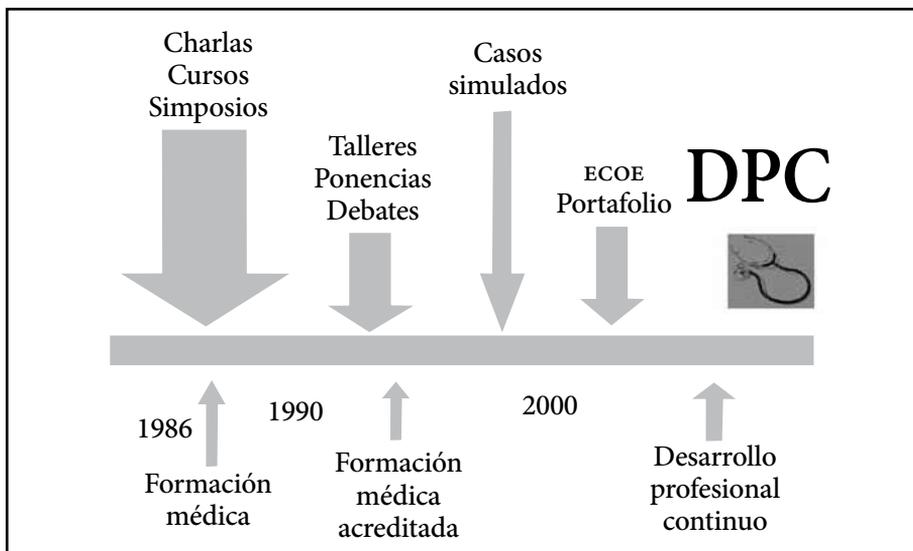


Figura 2. El desarrollo profesional continuo en el médico de primer contacto.

El desarrollo profesional continuo y la medicina de primer contacto

El proceso de DPC en su contexto histórico ha evolucionado en gran medida a partir del antiguo término de Educación Médica Continua (EMC), que ha sido sustituido en éste principio de siglo por el de Desarrollo Profesional Continuo (DPC). Éste nuevo término refleja ambos aspectos en un contexto más amplio, en el cual esta fase de educación médica para lo largo de la vida profesional ocurre; y significa que la responsabilidad de conducir capacitación profesional continua descansa con la practica profesional del médico de forma permanente e individual. La figura 2 ilustra la cronología del Desarrollo Profesional Continuo en la aplicación de la Medicina de Primer Contacto.

Cronología de la Educación Médica Continuada al DPC

Dentro del marco anterior sobre el desarrollo profesional continuo, la atención primaria de la salud y el medico de primer contacto, podemos mencionar que dentro de todo sistema de salud el ejercicio actual de la medicina reclama con insistencia mantener, desarrollar e incrementar los conocimientos que acreditaron en su momento el título universitario que habilita y autoriza al graduado para ejercer la profesión de médico en el ámbito nacional.

Sin embargo en la actualidad y debido a las cambiantes demandas de salud que la sociedad requiere, el profesional de la medicina está obligado cada día a esforzarse en

conocer las novedades del conocimiento científico con énfasis en ofrecer lo mejor de sí y lo mejor que el paciente pudiera recibir en cualquier parte del mundo. Ello aunado al inagotable crecimiento de conocimientos científicos que actualmente se formulan de manera exponencial por un lado y por el otro, el avance incesante de nuevos recursos tecnológicos de utilidad tanto en la esfera diagnóstica como terapéutica de las diversas enfermedades en cualquier área del conocimiento médico, y que sin duda han facilitado en gran medida la labor profesional.

Por otra parte, hoy en día existen técnicas de estudio más sofisticadas y complejas como el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), Aprendizaje Basado en Competencias (ABC), el desarrollo de la Medicina Basada en Evidencia (MBE), por mencionar algunas, que han generado, como consecuencia, la necesidad del médico de incrementar su capacidad para mantener información renovadora sin apartarse totalmente de lo aprendido con anterioridad; por lo tanto, dentro del sistema nacional de salud, el DPC debe ser un proceso activo y permanente para el médico de primer contacto, considerando en todo momento la práctica diaria, la capacidad, las habilidades, el tipo de aprendizaje y la ética de quien la ejerce; todo ello con el único fin de mantener en el médico la capacidad para resolver los problemas de salud que le presente la comunidad donde ejerce. En este sentido, dentro de la APS las habilidades interpersonales de los médicos son muy importantes para establecer relaciones fuertes y confiables con sus pacientes, lo que ofrece beneficios múltiples.

En este sentido la actividad que involucra al médico de primer contacto en el marco del DPC está dirigida fundamentalmente hacia la formación del mismo, con una permanente actualización, involucrando en todo momento el sentido humanitario y ético de la práctica médica, lo cual tiene como objetivo prioritario la preparación de un profesional idóneo con calidad, calidez y excelencia de acuerdo a las necesidades del presente y del futuro de la salud de la comunidad donde ejerce y se encuentra inserto; no sólo desde el punto de vista científico sino también ético, moral y social.

Sabemos que en la actualidad, en nuestro país y en muchos otros, los sistemas de salud están siendo desarrollados con iniciativas de la práctica médica centrada en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad, y que necesariamente debe incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral e integrada, por lo que los modelos de atención de salud se han basado actualmente en sistemas eficaces de APS, con acciones orientadas al cuidado de la familia y la comunidad, además de incorporar el enfoque de ciclo de vida, y se deben tomar en cuenta algunas consideraciones como las de género, además de las particularidades culturales, de las comunidades; propiciado con ello el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de los servicios de atención primaria; por ello es que el sistema de salud se convierte en el facilitador de acciones coordinadas e integradas de todos los sectores, incluidos tanto el público como el privado, en torno a los factores determinantes de la salud, con el principal propósito de alcanzar el grado máximo de salud que sea posible en la población mexicana.

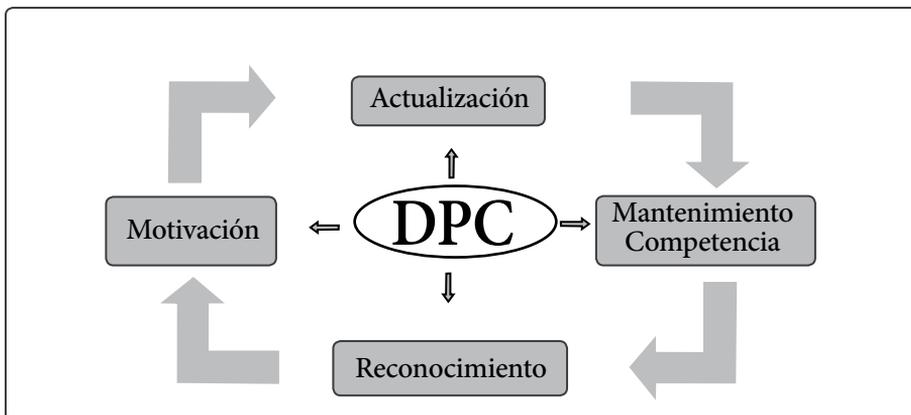


Figura 3. El Desarrollo Profesional Continuo (DPC) en el Médico de Primer Contacto. El proceso de actualización profesional constante en el médico general. (Tomado de: SEMERGEN, *El desarrollo profesional continuo*. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria).

En este sentido es lógico pensar que el diagnóstico al que llega el médico general resulta de un proceso complejo, basado en el método científico, en el que a partir de la observación del paciente, y a través de un razonamiento lógico, se generan hipótesis o diagnósticos de presunción. Por eso es que el Médico de Primer Contacto depende de la adecuada apropiación de los conocimientos científicos, habilidades, destrezas, su actitud, humanismo, así como de un gran sentido de la responsabilidad para resolver satisfactoriamente las necesidades que en materia de salud tiene la población a su cargo; además –y en gran medida–, el funcionamiento eficiente de todo el sistema.

Podemos entonces entender por qué el DPC es sinónimo de Educación Médica Continua (EMC), que agrupa de forma general todas las “actividades” de formación académica y práctica que un profesional de la salud realiza a lo largo de su vida, una vez obtenida la correspondiente titulación; teniendo como objetivo único mantener y mejorar su competencia profesional y adaptarse a las nuevas demandas y requerimientos asistenciales, proceso en el cual la capacitación profesional –entendida como la trayectoria que sigue una persona a lo largo del ejercicio de su profesión en un “contexto laboral” determinado –, juega un papel preponderante. Podemos entonces afirmar que el DPC en ciencias de la salud es, como ya se mencionó con anterioridad, un proceso incluyente mediante el cual un profesional de la salud (de primer contacto y especialista) adquiere, mantiene y mejora sus conocimientos, habilidades y actitudes que le permiten continuar su ejercicio profesional de forma competente (figura 3).

Características básicas del Desarrollo Profesional Continuo en la Medicina de Primer Contacto

Bajo este esquema podemos mencionar que el médico general debe buscar un propio y personal esquema de DPC en ciencias de la salud que le ayude en todo momento a desarrollar y mantener las habilidades o características siguientes:

- Obligación deontológica del profesional.
- Voluntariedad y responsabilidad de realización por el propio médico.
- Reconocimiento por parte de las sociedades profesionales, instituciones sanitarias, y la sociedad.
- Mayor nivel de DPC debe correlacionarse con el desempeño de tareas de mayor complejidad en las instituciones sanitarias.

Por lo tanto el médico de primer contacto debe buscar, analizar y evaluar los modelos educativos actuales en cuanto a la oferta educativa para su adecuado y constante DPC, razón por la que es recomendable buscar modelos que contemplen un plan estratégico formativo, especializado y personalizado, que además contemple entre sus objetivos fundamentales formular las herramientas necesarias para la mejora de las competencias, habilidades y actitudes del profesional de la salud en cualquier etapa de su desarrollo (estudiantes, médicos de primer contacto, especialistas e investigadores). Este tipo de modelos educativos que contempla el DPC supone el compromiso voluntario del profesional de la salud para integrarse en una dinámica activa de mejorar y posteriormente mantener adecuados niveles de competencia a lo largo de su vida profesional. En México un ejemplo claro de lo anteriormente expuesto se encuentra documentado en el Nuevo

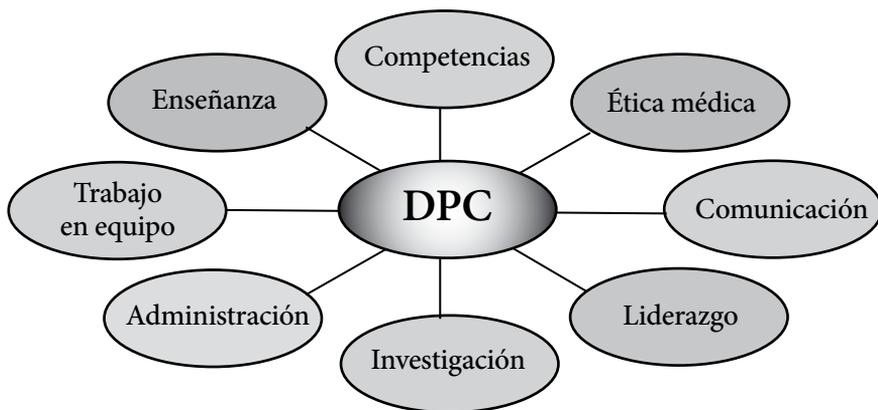


Figura 4. El Desarrollo Profesional Continuo en el Médico de Primer Contacto. Actividades involucradas de atención para la salud en el Desarrollo Profesional Continuo.

DPC Competencias del Médico de Primer Contacto

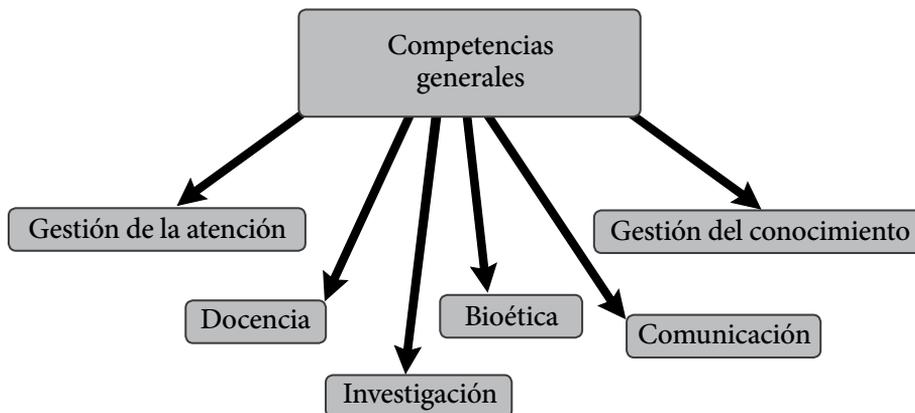


Figura 5. El Desarrollo Profesional Continuo en el Médico de Primer Contacto. Competencias Generales del médico de primer contacto. Tomado de: SEMERGEN, *El desarrollo profesional continuo*. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria..

Modelos Educativo implementado por el Hospital General de México a partir del año 2007,¹³ y que a la fecha mantiene buenos resultados. De manera general este modelo:

- Define claramente las competencias que todo médico que desarrolle su actividad en atención primaria debe poseer.
- Aporta un método evaluativo, individual y adaptable a cada situación, que permite evaluar el grado de competencia alcanzado en un momento dado.
- Planifica las actividades formativas necesarias para poder alcanzar el nivel de competencia deseado.
- Permite una monitorización que permita el mantenimiento del grado de competencia alcanzado.
- Posibilita una acreditación y certificación del nivel de competencia.

Podemos concluir entonces que el Desarrollo Profesional Continuo (DPC) en la Medicina de Primer Contacto (MPC) corresponde al período de la educación y formación de los médicos, que comienza después de finalizar la educación básica y la formación sistemática de postgrado a lo largo de su trabajo profesional, y es aplicable a todos los médicos involucrados en los procesos de atención dentro de un sistema de salud, por lo que el DPC es la actividad de más largo alcance durante todo el proceso de la educación médica; además, el DPC debe ser un imperativo profesional de cada médico, y al mismo tiempo también un requisito para mejorar la calidad de la atención de la salud.

Competencias específicas DPC del Médico de Primer Contacto

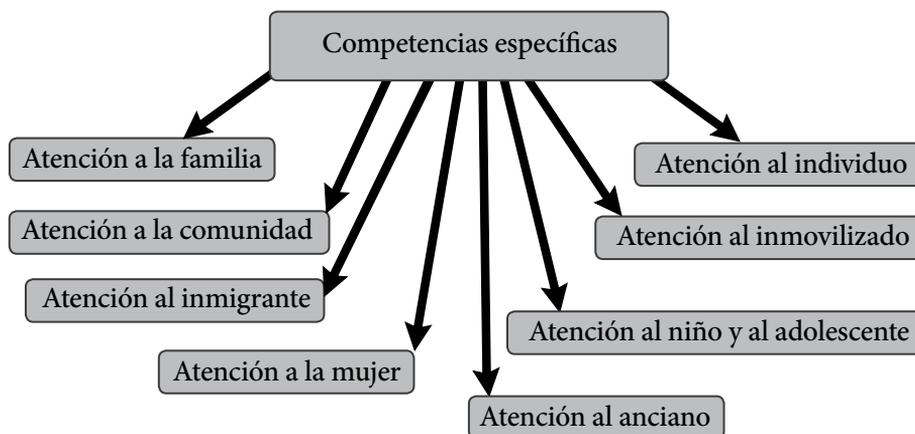


Figura 6. El Desarrollo Profesional Continuo en el Médico de Primer Contacto.

Competencias específicas del médico de primer contacto

Tomado de: SEMERGEN, *El desarrollo profesional continuo*. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria..

Por su parte, la educación médica básica y la formación de posgrado se llevan a cabo conforme a determinadas normas y reglamentos, en tanto que el DPC implica necesariamente el aprendizaje auto-dirigido y actividades basadas en la práctica profesional diaria, mas que el entrenamiento supervisado; y tiene como principal objetivo incrementar y mantener las competencias profesionales de cada médico, es decir, desarrollar de manera sistemática y continuada el incremento de conocimientos y el desarrollo de habilidades y actitudes; todo ello con la única finalidad de hacer frente a las cambiantes necesidades de servicios de salud que los pacientes requieren, y que a su vez conlleva a la mejora continua de la calidad en la atención para la salud de las poblaciones, generando el progreso de los sistemas nacionales de salud y la prestación de los servicios que éste último ofrece.

En este sentido el DPC se enmarca no sólo dentro de las competencias requeridas para la practica de la medicina de primer contacto de alta calidad, sino también el contexto multidisciplinario de cuidado de los enfermos. La figura 4 muestra las actividades del proceso de la atención médica involucrados en el DPC.

En los últimos años se ha realizado un notable esfuerzo para establecer qué competencias profesionales deberían adquirir los licenciados en ciencias de la salud para asegurar que la formación en el período universitario se adapta óptimamente a lo que se requerirá de ellos como graduados, corriente que no ha sido ajena al DPC. Este objetivo ha sido especialmente importante en las facultades de medicina, donde algunas de ellas han conseguido finalizar el largo camino con el establecimiento de tales competencias en sus centros.

Tradicionalmente en México el enfoque en las facultades y escuelas de medicina se ha centrado en las competencias generales (figura 5) que todo graduado debe adquirir para el ejercicio de su profesión dentro del campo de la medicina de primer contacto; como consecuencia de ello se ha obviado la preocupación por la instauración de ciertas competencias específicas (figura 6), a pesar de ser consideradas como importantes dentro de la práctica médica profesional.

El Diccionario de la Real Academia Española define la competencia como “pericia, aptitud, idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto importante” y, en educación, es común distinguir entre aquellas que son generales y las que son específicas o transversales; las primeras caracterizan una profesión y la distinguen de otras, por lo que son motivo de especial atención en la formación que lleva a la evaluación sancionadora y al otorgamiento del título académico que reconoce socialmente su adquisición y, con ello, el desempeño de la profesión. En ciencias de la salud, existe un reconocimiento más o menos unánime sobre las competencias que debe tener un médico para ejercer su profesión en un primer nivel de atención.

Por otro lado, dentro del DPC en ciencias de la salud, las competencias específicas son aquellas que rebasan los límites de una disciplina para desarrollarse potencialmente en todas ellas; son habilidades necesarias para ejercer eficazmente la profesión médica pero no es frecuente que se consideren de forma explícita en una asignatura determinada, al menos en ciencias de la salud, pero que sin embargo son adquiridas a través de la práctica profesional y en el proceso de educación continua durante toda la vida.

Consideraciones finales

De acuerdo con la WFME, el DPC corresponde al período de educación y entrenamiento de los médicos que comienzan después de la terminación de educación médica básica y de posgrado; a partir de entonces la ampliación en todas partes de la vida laboral profesional de cada médico es considerada como parte de su DPC como una actividad de ejercicio individual de gran alcance en un continuo desarrollo de su educación médica.

El DPC se debe considerar como la educación continua de soporte imperativo del profesional de la salud, y al mismo tiempo es también un requisito previo para mejorar la calidad de asistencia médica. El DPC se diferencia, en principio, de las dos fases precedentes formales de educación médica –la educación básica médica y educación sistemática posgraduada médica–, pues mientras que estas dos últimas acepciones se conducen según los reglamentos especificados por las facultades o escuelas de medicina, el DPC implica principalmente actividades de estudio autodirigidas, a diferencia de la educación tradicional supervisada.

Es de esta forma que el profesional de la salud involucrado en el DPC constantemente mantiene y desarrolla capacidades o competencias (conocimiento, habilidades y actitudes) de manera individual, y se encuentra en la búsqueda constante de las cambiantes necesidades de servicios de salud de los pacientes, y de los cambios en la prestación de servicios dentro del sistema de salud, con la única intención de tener la capacidad de

responder a los nuevos desafíos del desarrollo científico en la medicina y con ello superar las exigencias que se demandan dentro de una sociedad.

En la adecuada práctica de la APS el médico de primer contacto necesariamente debe mantenerse actualizado, lo que implica un constante contrato con alguna forma de educación continuada con la intención de mantener la calidad más alta en el cuidado del paciente, por lo que el esquema adoptado de un DPC debe estar dirigido a la mejora continua de sus capacidades o competencias, tanto de habilidades clínicas como de su conocimiento teórico, de comunicación, ética médica, enseñanza de la medicina, investigación y administración para la salud.

El constante incremento de nuevos conocimientos en la medicina transforma conceptos y métodos, por lo que la profesión médica debe adoptar programas adecuados de DPC que incorporen de manera regular este nuevo conocimiento. Asimismo hoy en día existen nuevas demandas éticas y nuevos acontecimientos socioeconómicos a los cuales la profesión médica se enfrenta cada vez de manera más continua, que representan un desafío cada vez mayor para el médico al asumir nuevos roles en la atención de primer contacto. En este sentido el DPC se vuelve cada vez más necesario y significativo como medio que garantiza el desarrollo de una práctica profesional de calidad de la atención en los sistemas de servicios de salud.

Referencias

1. Fernández Mondejar E, Alía E.I. Formación médica continuada y desarrollo profesional continuo. Una obligación compartida. *Med Intensiva*. 2008; 32(1):1-2.
2. Peck C, Mc Call M, Mc Laren B, Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ*; 2000; 320(7232): 432--435.
3. WFME. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Office: University of Copenhagen, Denmark. 2003.
4. Larre Borges U, Petruccioli D, Niski R, *et al*. Continuing medical professional development in Uruguay as the country faces the 21st century. *Rev Panam Salud Pública*. 2003; 13(6): 410-418.
5. Ricas J. A deficiência e a necessidade: um estudo sobre a formacao continuada de pediatras em Minas Gerais. Sao Paulo, Brasil: Universidad de Sao Paulo; 1994.
6. Tejada De Rivero D. Alma Ata: 25 años después / Soul Ties: 25 years later. *Revista Perspectivas de la Salud*, 2003; 8(2).
7. WHO WHA 56/27 Provisional agenda item 14.18.24 April 2003.
8. The World Health Report 2003: shaping the future: Chapter 7.
9. Fernández-González H.J. La educación médica en México en la globalización. *Medicina Universitaria* 2007; 9(35): 92-97.
10. Salcedo RA, García-de Alba GJ. Programa de atención integral al paciente diabético tipo 2. México: IMSS/CONACYT/UI5ESS; 2004.
11. Aguilar Rebolledo F, Erasmo Hernández H. La educación médica continua. Parte I. ¿Una necesidad, una obligación, un compromiso? *Plast & Rest Neurol*, 2006; 5(1): 58-61.
12. The National Education Goals Panel. *Getting a good start in school*. Washington, DC: National Education Goals Panel, 1997.
13. Ramírez-Higuera J.F, González-Martínez J.F, García-García J.A. El nuevo modelo educativo del Hospital General de México. Dirección de Enseñanza, México DF: El Hospital, 2007.

14. Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Competències que han d'adquirir els estudiants de Medicina durant els estudis de pregrau a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2003.
15. Banos J.E, Pérez J. Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Educ. méd.*, 2005; 8(4): 40-49.



Topron®



Los desafíos del médico para el siglo XXI

Lic. José Antonio García García, Dr. José Francisco González Martínez

Introducción

ESTAMOS VIVIENDO EL ÚLTIMO tramo de la primera década del siglo XXI, y es buen momento para reflexionar sobre cómo se han ido desarrollando y cumpliendo predicciones, no ya las de carácter mágico, sino las que resultan del análisis de prospectiva enfocados para este siglo.

Si bien la relación enfermo-médico es la parte medular de la práctica profesional, reconocemos que está inserta en un entorno nacional e internacional cambiante cada vez más rápido, contexto que afecta a ese binomio y los escenarios en los que se realiza; por ello es importante exponer cuáles son las tendencias sociales y del ejercicio de la profesión que permitan delinear cierto perfil –en ocasiones con un enfoque más dogmático que pragmático– del desempeño deseado de aquella esperanza enfundada en bata blanca.

En forma sucinta se expondrán primero las tendencias identificadas que modifican el entorno y, posteriormente, las tendencias en el ejercicio de la práctica médica; es menester recalcar que el enfoque y escudriñamiento de las siguientes líneas se modificará grandemente dependiendo de los años del ejercicio profesional del lector, lo que repercute en sus necesidades y expectativas futuras. Queremos atisbar a través del presente capítulo en los dos campos helenísticos de la actividad profesional: el humanismo y el humanitarismo.

Aunque dentro de lo posible se trató de evitar su presencia, como en toda revisión narrativa, existen sesgos involuntarios en la bibliografía seleccionada y en la expresión de las opiniones personales, de ahí que no sea una opinión unívoca, y el principal detractor podrá ser también el principal aliado: el tiempo.

Tendencias para el siglo XXI

Desde los tiempos más remotos, a la gente le ha interesado y creado incertidumbre conocer lo que depara el futuro; en el siglo IV a.C. los hombres que deseaban conocerlo acudían a los oráculos, siendo el más conocido el griego de Delfos, dedicado al dios Apolo. A la fecha se ha evolucionado de la adivinación y profecía al desarrollo de la prospectiva, misma que consiste en atraer y concentrar la atención sobre el porvenir, imaginándolo a partir del futuro y no del presente; no busca adivinarlo sino construirlo, anticipando la configuración de un futuro deseable para luego, desde ese futuro imaginado, reflexionar

sobre el presente, con el fin de insertarse mejor en la situación real, actuar más eficazmente y orientar nuestro desempeño hacia ese futuro objetivado como deseable. La prospectiva se interesa especialmente en la evolución, el cambio y la dinámica de los cambios sociales.

Existen varios estudios acerca del futuro, y uno de los mejor diseñados, en lo que se refiere al presente siglo, se desarrolló en los primeros meses del año 2000; fue el de 23 expertos de diferentes nacionalidades, bajo la dirección de Enric Bass, que tenía como propósito muy claro delinear las megatendencias para el siglo XXI. Ahora que ha transcurrido ya casi una década del presente siglo podremos tener una mejor perspectiva sobre la factibilidad o no de los escenarios planteados en ese estudio.

Las megatendencias fuertes y los escenarios posibles que se desprenden de ese estudio se agrupan en cinco áreas (figura 1).

Escenario económico

- Asia, especialmente China, se convertirá en el poder económico dominante en los próximos 25 años.
- Continuarán las fusiones para formar grandes empresas internacionales.
- Tendencia a la total computarización de la vida humana en los países desarrollados, con los riesgos inherentes a ello como el tele trabajo (trabajo a distancia), y uso masivo de internet.
- Las innovaciones e iniciativas alternativas se impondrán a las entidades corporativas transglobales.
- Movimientos sociales, incluso violentos, dirigidos a reducir el poder de las corporaciones multinacionales y contra la creciente polarización social.



Figura 1. Megatendencias para el siglo XXI con base en el estudio coordinado por Enric Bass.

Escenario político

- Hacia el año 2025 el sistema mundial, formado por entidades glocales (globales-locales) con un poder reducido de las naciones-Estado, será gobernado por coaliciones organizadas en torno a asuntos puntuales, con la ONU como organismo director.
- La forma dominante de organización política será la región geográfica (ciudades y áreas urbanas), sustituyendo en términos prácticos a la nación-Estado.
- Los sistemas basados en internet serán ampliamente utilizados para el control político y de la opinión pública.
- La ascensión de partidos políticos extremistas aumentará, principalmente en sociedades polarizadas y subdesarrolladas en los próximos 25 años.
- La democracia participativa basada en internet será algo usual en la Comunidad Europea, los Estados Unidos de Norteamérica, y en la mayoría de los países desarrollados.
- El poder político masculino será transformado por el poder femenino.

Escenario cultural

- En el año 2050 habrá una cultura global de corte occidental, principalmente estadounidense, a pesar de una fuerte cultura regional.
- En el año 2020 habrá tensiones basadas en lo cultural, entre la democracia liberal de corte occidental y las sociedades fundamentalistas, con un fuerte componente religioso e ideológico.
- Hacia el año 2025 el idioma inglés se convertirá en el lenguaje universal del comercio, la política, la tecnología y la cultura; para el año 2050 será el primer idioma en países desarrollados debido al proceso de socialización de los niños por internet.
- Hacia el año 2025 habrá crecimiento y generalizado crecimiento de comunidades virtuales y grupos de interés.
- En el año 2025 las naciones estado serán incapaces de controlar la currícula educativa, al contrario de cómo lo hicieron en el pasado.
- En los próximos 50 años las culturas nacionales y los idiomas estarán en peligro de perder su originalidad y rasgos esenciales debido al proceso de globalización.
- En el año 2050 la mayoría de los estudiantes desarrollarán sus capacidades y el acceso a la educación desde su hogar por medio de recursos electrónicos.
- En los próximos 25 años los individuos formarán parte -cada vez más- de comunidades electrónicas "virtuales" y estarán menos involucrados en el nivel local de las comunidades "reales".

Escenario en el ecosistema

- En el 2050 el control y la reparación ecológicos serán un asunto global dominante para evitar el colapso ecológico.
- Habrá enormes movimientos migratorios provenientes de las regiones y países subdesarrollados.

- En el año 2050, 75% de la población mundial vivirá en ciudades.
- Habrá catástrofes locales en todo el mundo, aunadas a una insuficiente y poco sólida cooperación entre Estados.
- Las tecnologías de la información y comunicación no menguarán el transporte sino que aumentará la proclividad a viajar.
- En el 2030 los estilos de vida cambiarán para responder al deterioro del ecosistema en una forma sostenible de vivir, incluyendo la participación activa de organizaciones ambientales de carácter global.
- Las ciudades serán transformadas en una red de pequeñas áreas.
- Las casas y oficinas tendrán en gran medida sistemas ecológicos autosuficientes.

Escenario en seguridad

- En el año 2050 serán fuerzas ambientales (en lugar de militares) la verdadera amenaza para la supervivencia del planeta.
- No se prevé guerra mundial en las próximas décadas.
- Proliferarán los conflictos locales originados por la escasez de recursos y la desigualdad, aunque estén disfrazados de aspectos ideológicos, nacionalistas o religiosos.
- Serios problemas de seguridad en los sistemas de tecnología de la información generarán situaciones de crisis; el caber terrorismo provocará un gran caos alrededor del 2025.
- Hacia el 2025 las diferencias sociales entre regiones y países, acentuadas por la exclusión de amplios grupos de población de la economía informal, se convertirán en un riesgo tanto para la seguridad intraregional como para la interregional.
- La privacidad individual será progresivamente vulnerada por la vigilancia electrónica y la especulación con datos personales, ejerciéndose así una especie de control social generalizado basado en la electrónica.
- En el 2050 la vigilancia electrónica aumentará tanto a nivel de los barrios como regionalmente, a través de centro de seguridad comunal.

Es importante recordar que lo que ocurra en el entorno internacional necesariamente repercute, y en general no positivamente, en nuestro ámbito nacional, incidiendo en el terreno de la salud; el cambio, como lo refería Heráclito, el oscuro de Efeso hace alrededor de 2500 años, es lo único constante; ese cambio sucede en la actualidad muy rápidamente, y cada vez cuesta más adaptarse a el, pero sobre todo controlarlo, experiencia que genera gran incertidumbre, debiendo tener una gran tolerancia a la frustración.

Las tendencias en la atención a la salud

Los cambios que se presentan en el ámbito nacional e internacional inciden en la práctica de la atención a la salud; factores políticos, económicos y sociales que, entre otros varios, modifican el fondo, pero sobretudo la forma del ejercicio de la profesión médica.

A continuación se presentan las tendencias a la atención a la salud descritas en la década de los noventa del siglo xx por Enrique Ruelas Barajas y Antonio Alonso Concheiro; de su ya clásica publicación, se enlistan las 18 tendencias más evidentes:

- Acumulación (polarización) epidemiológica.
- Énfasis en la prevención sobre la curación.
- Desarrollo tecnológico hacia el nivel molecular y hacia procedimientos no invasivos.
- Resurgimiento de la bioética.
- Aumento de la visibilidad de medicinas alternativas.
- Mayor exigencia del consumidor.
- Modificación de la mezcla público-privado.
- Incremento de la competencia entre organizaciones y profesionales.
- Mayor regulación del mercado.
- Mayor necesidad y exigencia de información sobre el desempeño de organizaciones y profesionales.
- Calidad y eficiencia como imperativos.
- Necesidad de coaliciones de proveedores.
- El ocaso del hospital moderno.
- Profesionalización de los directivos de organizaciones de atención médica.
- Incremento de las telecomunicaciones y las tecnologías de la información.
- Nuevos materiales en la práctica médica.
- Modificación en el patrón de ejercicio profesional del médico.
- Nuevo balance entre especialistas y médicos generales o familiares.

No es un listado acabado, pero sirve como pivote para nuevas y futuras propuestas. En las líneas siguientes haremos algunas consideraciones consideradas pertinentes relacionadas con el listado anterior.

Bioética y economía de la salud: perspectiva para el siglo XXI

El concepto de ética médica denota fundamentalmente principios y conductas concernientes a la práctica médica, tendentes a calificar lo correcto o incorrecto de la actividad diaria realizada por los profesionales de la medicina. Por su parte, la ética médica en el campo de la economía de la salud se refiere de manera principal a la aplicación de dichos principios para evaluar los logros de una sociedad por alcanzar un desarrollo más equitativo, solidario y con mayor justicia social, en donde la salud de la población sea parte esencial. Esta revisión es posible a partir del análisis de la congruencia y pertinencia de las políticas sociales y económicas puestas en práctica por el Estado para lograr que el desarrollo social se traduzca efectivamente en mejorar las condiciones de salud de los habitantes.

Tendencias sociales en México

Es importante contar con un marco conceptual que permita esclarecer la relación entre los determinantes de la salud, el desarrollo económico y el desarrollo humano.

- Aumento en el número de pobres.
- Mayor concentración de la riqueza.
- Caída en los ingresos salariales.
- Menor creación de empleos, incremento de la economía informal y una mayor exclusión de los beneficios de la seguridad social.
- La transición (polarización) epidemiológica y el desarrollo social.
- La inversión en salud: motor fundamental del desarrollo humano y económico, y la salud, derecho social esencial de los individuos.
- El bajo crecimiento económico de la región.
- La vulnerabilidad de la región ante el proceso de integración de las economías.
- Proporcionalmente menor participación pública en el PIB (Producto Interno Bruto) destinado a la salud.
- Erróneo concepto de atención a la salud sin costo.

Conclusiones

Los indicadores de salud, a nivel regional, ubican a México en un rango de desarrollo en salud intermedio; no obstante, este resultado no parece congruente para la economía número nueve a nivel mundial, la de mayor recepción de inversión extranjera directa en América Latina (según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y que forma parte del selecto grupo de las economías más desarrolladas que forman el grupo de la Organización de Comercio para el Desarrollo Económico, OCDE.

La inversión en salud, tal y como lo ha señalado el Banco de México (BM) desde su informe de 1993, es una inversión que mejora el capital humano, la productividad de la economía y reduce la pobreza. Esta afirmación es algo que se confirma cada vez más dado que un estudio realizado en América Latina y el Caribe muestra cómo la EVN es una de las variables que mayormente explican el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB); los resultados sugieren que por cada año de esperanza de vida que se gana es posible esperar, quince años más tarde, un crecimiento de un punto porcentual en el PIB. Las implicaciones de estos hallazgos son fundamentales para justificar con amplitud por qué es importante y sugiere la inversión pública y privada en salud.

El papel de la bioética es fundamental ya que constituye un espacio de reflexión y análisis, en la evaluación de las políticas sociales justas e incluyentes que puedan revertir las inequidades sociales existentes dentro del sistema económico actual; por ello, dentro de las políticas sociales, la salud deberá ocupar un lugar estratégico. Nuestro país ha tenido un enorme avance en materia de libertades políticas y democracia, sin embargo no es posible hablar de una sociedad plenamente libre si no se combate el hambre, el desempleo, la ignorancia y la enfermedad. Refrendar el derecho a la salud

sigue siendo un ideal válido, dado los nuevos retos que tendrá que enfrentar México en el milenio que inicia.

Tendencias y desafíos

En términos de tendencia, si se examinan las reformas más importantes como la segunda generación de Chile desde el 2000; la reforma de Colombia en 1994, y la misma reforma de México, se puede interpretar de dos maneras: la primera habla de un tremendo esfuerzo por asegurar la cobertura universal de la población, y la segunda de un gran esfuerzo por transformar, en los hechos y no en las palabras, el derecho a la salud en un auténtico derecho, por medio de hacer explícitos los derechos que sean exigibles.

Inequidad en el gasto del gobierno en salud

El gasto en salud es de aproximadamente 5.6% del PIB, y ahí se incluye el gasto público (el cual representa 46% del total), el prepago privado (2% del total), y el gasto de bolsillo (52% del total); éste último es muy alto e inequitativo debido a que más de 50% de la población no tiene ningún tipo de seguro médico, lo que a su vez ocasiona que un gran número de familias incurra en gastos catastróficos en salud, es decir que desembolsen en este rubro 30% o más de su ingreso disponible. Los deciles más bajos de ingresos son los que tienen un mayor porcentaje de familias que sufre este tipo de imprevistos (Knaul et al, 2001).

Conclusiones y recomendaciones

En este texto se presentó un diagnóstico de la situación del gasto público en salud y se realizó un análisis estadístico que muestra que existe inequidad horizontal y vertical en la distribución de los recursos fiscales y públicos per cápita en este sector. El origen de estas inequidades es que se gasta más en las personas amparadas por la seguridad social que en la población abierta, y la distribución de las personas incluidas en la seguridad social se encuentra sub representada en los deciles de menores ingresos de la población y sobre representada en los estados con menor marginación.

Otro factor que tiene un fuerte impacto en la distribución en los recursos públicos destinados a la población abierta están representados de manera inequitativa entre la población de las diferentes entidades federativas; esta inequidad se debe a las transferencias que se hacen a través del Ramo 33 a los servicios estatales de salud y al gasto propio de los estados. También se encontró que los recursos destinados a programas federales como el PAC, el Progres a y el IMSS-Solidaridad parecen tener una distribución más equitativa, sin embargo el porcentaje de los recursos totales otorgado a los servicios estatales de salud es mucho mayor que el dado a los programas federales, por lo que la distribución de los recursos dedicados a la población abierta en su conjunto resulta ser inequitativa en el ámbito estatal.

Para disminuir la inequidad horizontal del gasto fiscal en salud se debería otorgar el mismo monto de recursos per cápita, sin importar si las personas gozan de un trabajo que les permite poseer los servicios de la seguridad social o de la entidad federativa en que residan.

Bibliografía

1. ABIM Foundation, ACP Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millenium. A Physician Charter. *Annals of Internal Medicine* 2002; 136: 243-246.
2. ABIM Foundation, ACP Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millenium. *The Lancet* 2002; 359: 520-522.
3. Adamo G. Simulated and standardized patients in OSCEs: achievements and challenges 1992-2003. *Med Teach* 2003; 25(3): 262-270.
4. Arzoz J, Knaul F.M. Inequidad en el gasto del gobierno en salud. *Caleidoscopio de la salud*. 185-194.
5. Baum K, Axtell S. Trends in North American medical education. *Keio J Med* 2005;54 (1):22-28.
6. Baeza C. Las tendencias y desafíos en los sistemas de salud. *Salud de los Mexicanos en el siglo XX*. 339-346.
7. Bennett N.L., Davis D.A., Easterling Jr. W.E., Friedmann P., Green J.S., Koeppen B.M., Mazmanian P.E., Waxman H.S. Continuing Medical Education: A New Vision of the Professional Development of Physicians. *Acad. Med.* 2000; 75: 1167-1172.
8. Berwick D.M. Developing and Testing Changes in Delivery of Care. *Ann. Intern. Med.* 1998; 128: 651-656.
9. Bowen J. Educational Strategies to Promote Clinical Diagnostic Reasoning. *New England Journal of Medicine*. 2007; 355: 2217-2225.
10. Carvallo A. Médicos y profesionalismo: Pacientes e información. *Rev. Med. Chile* 2005; 133: 253-258.
11. Cantillon P, Jones P. Does continuing medical education in general practice make a difference. *BMJ* 1999; 318: 1276-1279.
12. Chen FM, Bauchner H, Burstin H. A call for outcomes research in medical education. *Acad Med* 2004; 79: 955-960.
13. Cooke M., Irby D.M., Sullivan W., Ludmerer K.M. American Medical Education 100 Years after the Flexner Report. *NEJM* 2006; 355: 1339-1344.
14. Davis D.A., Mazmanian P.E., Fordis M., Van Harrison R., Thorpe K.E., Terrier L. Accuracy of Physician's Self-Assessment Compared With Observed Measures of Competence. A Systematic Review. *JAMA* 2006; 296: 1094-1102.
15. Duffy F.D., Holmboe E.S. Self-assessment in Lifelong Learning and Improving Performance in Practice. Physician Know Thyself. *JAMA* 2006; 296: 1137-39.
16. Duffy F.D., Gordon G.H., Whelan G., Cole-Kelly K., Frankel R., Buffone N. et al. Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 2004; 79(6): 495-507.
17. Epstein R.M. Assessment in medical education. *N Engl J Med* 2007; 356(4): 387-396.
18. Klass D. Viewpoint: A performance-based conception of competence is changing the regulation of physicians'professional behavior. *Acad Med* 2007; 82: 529-535.
19. Gale, R. & Grant, J. (1997). AMEE Education Guide No 10: Managing change in a medical education context: guidelines for action, *Medical Teacher*; 19, pág. 239-249.
20. General Medical Council (1993). Tomorrow's Doctors: Recommendations on undergraduate Medical Education (London, GMC).
21. Goldstein E., Maestas R., Fryer-Edwards K. et al. Professionalism in medical education: An institutional challenge. *Acad. Med.* 2006; 81: 871-876.

22. Gorman PJ., Meier AH, Rawn C, Krummel TM. The Future of Medical Education is no Longer Blood and Guts, it is Bits and Bytes. *Am. J. Surg.* 2000; 180: 353-356.
23. Haig A., Dozier M. (2003). Systematic searching for evidence in medical education- BEME Guide N° 3. *Med Teach*; 25 (4): 352-363 and 25 (5): 463-484.
24. Hammick M. & Haig A. (2007). The Best Evidence Medical Education Collaboration: Processes, Products And Principles. *Clinical Teacher*; 4: 42-45.
25. Harden, R.M., Grant, J., Buckley, G. & Hart, I.R. (1999) BEME Guide No. 1: Best evidence medical education, *Medical Teacher*, 21(6), pág. 553-562.
26. Harden R.M., Lilley P.M. (2000). Best evidence medical education: the simple truth. *Med Teach*; 22: 117-119.
27. Hart I., Harden R. (2000). Best evidence medical education (BEME): a plan for action. *Medical Teach*; 22: 131-134.
28. Hatem C.J. Teaching approaches that reflect and promote professionalism. *Acad. Med.* 2003; 78: 709-713.
29. Hirsh D., Ogur B., Thibault G., Cox M. Continuity as an Organizing Principle for Clinical Education Reform. *New England Journal of Medicine.* 2007; 356: 858-866.
30. Horwitz N. El sentido social del profesionalismo médico. *Rev. Med. Chile* 2006; 134: 520-524.
31. Keith A., Brownwell W., Côté L. Senior residents' views on the meaning of professionalism and how they learn about it. *Acad. Med.* 2001; 76: 734-737.
32. Keckley P. Evidence-based Medicine: Ten Hard Facts. Vanderbilt Center for Evidence-based Medicine 2004 www.ebm.vanderbilt.edu.
33. Klein E., Jackson J.C., Kratz L. et al. Teaching professionalism to residents. *Acad. Med.* 2003; 78: 26-34.
34. Kurtz SM, Silverman JD. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Med Educ* 1996; 30(2): 83-89.
35. Joos SK, Hickam DH, Gordon GH, Baker LH. Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *J Gen Intern Med* 1996; 11(3): 147-155.
36. Leach DC. The ACGME Competencies: Substance or Form? *J Am Coll Surg* 2001; 192: 396-398.
37. Landon B.E, Normand S-L, Blumenthal D, Daley J. Physician Clinical Performance Assessment. *JAMA* 2003; 290 (9): 1183-1189.
38. Lee, T.H. Eulogy for a Quality Measure. *NEJM* 2007; 357: 1175-1177.
39. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322(7284): 468-472.
40. Ludmerer K. Learner - Centered Medical Education. *New England Journal of Medicine.* 2004; 351: 1163-1164.
41. Ludmerer K.M. and Johns M.M.E. Reforming Graduate Medical Education *NEJM* 2006; 294: 1083-1087.
42. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001; 76(4): 390-393.
43. Mazmanian P.E., Davis D.A. Continuing Medical Education and the Physician as a Learner. Guide to the Evidence. *JAMA* 2002; 288: 1057-1046.
44. Medical professionalism in the new millenium. A statute for medical practice. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6; 387-396.
45. Miller G. (1990). The assessment of clinical skills/ competence/ performance. *Academic Medicine* 65: S63 - S67.
46. Norman G.R., Shannon S.I., Marrin M.L. The need for needs assessment in continuing medical education. *BMJ* 2004; 328: 999-1001.

47. O'Brien M.A., Freemantle N., Oxman A.D., Wolf F., Davis D.A., Herrin J. *Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes* (Review). The Cochrane Collaboration, The Cochrane Library, 2006.
48. Papadakis M. Early detection and evaluation of professionalism deficiencies in medical students: One school's approach. *Acad. Med.* 2001; 76: 1100-1106.
49. Peck C., McCall M., McLaren B., Rotem T. Continuing medical education and continuing professional development: international comparisons. *BMJ* 2000; 320: 432-435.
50. Pruiitt S.D. and Epping-Jordan J.E. Preparing the 21st century global healthcare force. *BMJ* 2005; 330: 637-639.
51. Ramírez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996; 347(9003): 724-728.
52. Rees L.H. Medical education in the new millennium. *Journal of Internal Medicine* 2000; 248:95-101.
53. Regher G. Trends in medical education research. *Acad Med* 2004; 79: 939-947.
54. Reznek M, Harter P, Krummel T. Virtual reality and simulation: training the future emergency physician. *Acad Emerg Med.* 2002; 9: 78-87.
55. Rider EA, Keefer CH. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Med Educ* 2006; 40(7): 624-629.
56. Robins L., Braddock C., Fryer-Edwards K. Using the American Board of Internal Medicine's "Elements of Professionalism" for undergraduate ethics education. *Acad. Med.* 2002; 77: 523-531.
57. Roff S., McAleer S., Harden R.M., Al-Qahtani M., Uddin A.A., Deza H., Groenen G. and Primparyon P. (1997). Development and Validation of the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM). *Medical Teacher*, 19(4), 295-299.
58. Roff S., McAleer S. and Skinner A. (2005). Development and Validation of an instrument to measure postgraduate clinical learning and teaching educational environment for hospitalbased junior doctors in the UK. *Medical Teacher*, 27(4), 326-331.
59. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995; 155(17): 1877-1884.
60. Ruelas BE, Concheiro AA. Tendencias a futuro de las organizaciones de la atención médica en México; en: Frenk MJ (editor): *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*. Fundación Mexicana para la Salud. 1997, 379-400.
61. Ruíz A, Molina J, Nigenda G. Médicos y mercado de trabajo en México. *Caleidoscopio de la Salud* 115-124.
62. Ruiz J., Mintzer M. The impact of e-learning in medical education, *Acad Med* 2006;81: 207-212.
63. Sachdeva A.K. The New Paradigm of Continuing Education in Surgery. *Arch Surg* 2005; 140: 264-269.
64. Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B. and Richardson W.S. (1996). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312: 71-72.
65. Shaw G.B. (1946). The doctor's dilemma. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books. cit. en Leibovici L. Medicalization: peering from inside Medicine. *British Medical Journal* 2002; 324: 866-868.
66. Slotnick H.B. Physician's Learning Strategies. *Chest* 2000; 118: 18S-23S.
67. Soberón G, Torres J.L, Zurita B. Bioética y economía de la salud: perspectiva para el siglo XXI. *Caleidoscopio de la Salud*. 135-151.
68. Sotelo J. El médico general en la medicina del futuro. *Gac Med Mex* Vol.140 No. 3, 2004.
69. Swick H.M. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad. Med.* 2000; 75: 612-616.

70. Tamblyn R, Abrahamowicz M, Dauphinee D, Wenghofer E, Jacques A, Klass D et al. Physician scores on a national clinical skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. *JAMA* 2007; 298(9): 993-1001.
71. Thomas N. Resident Burnout. *JAMA* 2004; 292(23):2880-2889.
72. Towle A. Continuing medical education: Changes in health care and continuing medical education for the 21st century. *BMJ* 1998; 316: 301-304.
73. Tyles-Smith K. Early attrition among first time elearners: A review of factors that contribute to drop-out, withdrawal and non-completion rates of adult learners undertaking elearning programmes. V *Journal of Online Learning and Teaching*. 2006 2 Van der Vleuten CPM, et al. The need for evidence in education. *Med Teach* 2000; 22: 246-250.
74. Uribe M. Conocimiento y ejercicio de la medicina moderna. FUNSALUD. *Salud de los Mexicanos en el siglo XXI*. 82- 88.
75. Vozenilek J, Huff JS, Reznick M, Gordon JA. See one, Do one, Teach one: Advanced Technology in Medical Education. *Acad Emerg Med*. 2004; 11: 1149-1154.
76. Ward J.P., Gordon J., Field M.J., Lehmann H.P. Communication and information technology in medical education. *Lancet*. 2001; 357: 792-796.
77. World Federation of Medical Education (1993). The changing medical profession: Implications for medical education. *Medical Education*, 27(3), 291-296.
78. Ziv A., Wolpe P.R., Small S., et al. Simulation-Based Medical Evaluation: An ethical Imperative. *Academic Medicine* 2003;78: 783-788.



Traumazol®



El reto de la prevención de las Enfermedades Crónicas Degenerativas con Atención Primaria de Salud

Dra. Diana Atheri Alabat Bernal, Dr. José Francisco González Martínez

LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL de las Enfermedades Crónicas Degenerativas (ECD) debe ser una prioridad para el sector salud, y significa uno de sus mayores retos; esto debido a varios factores, entre ellos:

- El gran número de casos afectados.
- Su contribución creciente a la mortalidad general.
- La conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento.

Su emergencia como problema de salud pública fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población; y su crecimiento y letalidad justifican plenamente la prevención de los padecimientos que se encuentran involucrados en el síndrome metabólico.

El efecto social de estas anomalías será creciente, ya que afectan a individuos en edades productivas y representan costos elevados para el sector salud, contribuyendo a la acentuación de la pobreza. Por lo anterior, el gobierno federal debe operar un conjunto de acciones para confrontar las ECD. Los objetivos de éstas medidas son:

- La prevención de nuevos casos, y
- La disminución de la incidencia de las complicaciones en los casos afectados.

La suma de ambas medidas permitirá obtener beneficios a corto, mediano y largo plazo.

La posibilidad de reducir la incidencia de complicaciones a corto plazo es el tratamiento integral y eficaz de los casos actualmente afectados; recientemente en México –como resultado de múltiples estudios–, se ha demostrado que la atención de las ECD es costosa, tardía y poco satisfactoria en muchos casos.

Dimensiones epidemiológicas

Las ECD son un grupo heterogéneo de padecimientos que contribuyen a la mortalidad mediante un pequeño número de desenlaces (Diabetes mellitus, Enfermedades Cardiovasculares y Enfermedad Vasculares Cerebral).

Las defunciones son consecuencia de un proceso que hubiera iniciado décadas antes; la evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares pueden modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia, entre ellas se encuentran:

- El sobrepeso.
- La obesidad.
- Dislipidemia (Concentraciones anormales de lípidos en la sangre).
- Hipertensión Arterial.
- Tabaquismo.
- Sedentarismo.
- Dieta inadecuada.

La suma de dos o más de estos factores pueden determinar la presencia del síndrome metabólico, pero al mismo tiempo pueden darnos la pauta para desarrollar acciones y herramientas que nos lleven a la prevención, tanto del padecimiento de base como de sus posibles complicaciones que atentan potencialmente contra la función de uno o más órganos y la vida misma.

Como parte importante del proceso en el que el paciente adquiere la enfermedad, pasa a la cronicidad o muere por las complicaciones de la misma, se consideran los diferentes tipos de prevención, en los que se basa el programa de Atención Primaria a la Salud (APS).

1. Prevención primaria. Conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad, la cual comprende:

- a) Promoción a la salud, que es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad, por ejemplo las campañas antitabaco para prevenir el cáncer pulmonar y otras enfermedades asociadas al tabaco. La educación para la salud, incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario.
- b) La protección específica de la salud: la sanidad ambiental, la higiene alimentaria y los esquemas de vacunación.
- c) La quimioprofilaxis, que es la administración de sustancias químicas con la finalidad de prevenir enfermedades, ya sea por contacto con algún paciente portador o en el caso de cáncer aumentar la supervivencia.

2. Prevención secundaria. También se denomina diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, cribado o tamizaje. Es un programa de detección precoz, universal, que sirve para detectar una enfermedad grave en fase inicial o precoz en una población determi-

nada y asintomática, con el objetivo de disminuir la tasa de mortalidad y puede estar asociada a un tratamiento eficaz y curativo.

3. Prevención terciara. Es el establecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad, aplicando un tratamiento para curar la enfermedad o intentar mitigar los síntomas, así como evitar nuevos contagios. Incluye la rehabilitación.

4. Prevención cuaternaria. Actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario.

En nuestro país existen factores en la cultura médica y del paciente que impiden que la prevención primaria tenga el éxito ideal para cumplir con sus objetivos, partiendo desde el hecho que lo verdaderamente difícil es lograr cambios significativos focalizados en las conductas.

Conducta médica: la estructura y los procedimientos de la mayoría de las instituciones de salud no están preparados para brindar los cuidados de prevención, y continúan enfocando la formación del capital humano en salud en el ámbito curativo. Debido a la sobredemanda de la atención médica se requieren tiempos mayores de consulta que no pueden ser satisfechos, y aún no se da la coparticipación de los diversos profesionales de la salud (médicos, nutriólogos, educadores, instructores físicos, psicólogos, entre otros); como si todo lo anterior no fuera suficiente, la preparación de los profesionales de la salud no corresponde a la realidad nacional.

Los programas educativos aún conceden una prioridad intermedia a las enfermedades crónicas y degenerativas; muchos egresados tienen los conocimientos, pero carecen de las habilidades para obtener un tratamiento efectivo, y no se considera la incorporación de la familia al tratamiento, pese a que es clave para modificar el estilo de vida. En consecuencia, el tratamiento no se basa en las necesidades y expectativas del paciente, por lo que resulta insuficiente, tardío y costoso, resultando que el paciente no comprende los objetivos del tratamiento y las modificaciones necesarias no se incorporan a su estilo de vida. Asimismo, la participación de los especialistas se limita, en muchos casos, al tratamiento de las complicaciones.

Conducta social: la concepción de alimentación ha cambiado y, con ésta, la percepción de la obesidad. En su origen la alimentación cubría una necesidad fisiológica, y posteriormente esta acción debía satisfacer placenteramente esa necesidad. Se considera que la alimentación y sus trastornos son procesos de aprendizaje establecidos por distintos factores: la conducta, la interacción ambiental y la genética. La transición epidemiológica en la que nos encontramos, y el proceso económico de transformación de la sociedad ha resultado en la modificación de los procesos de salud-enfermedad. En los países desarrollados disminuyen progresivamente las patologías infecto-contagiosas que fueran originadas por mala higiene y alimentación, dejando surgir aquellas enfermedades cró-

nicas que son determinadas por condiciones de dieta y estilos de vida; mientras tanto, en los países subdesarrollados no se aprecia esta situación de forma tan marcada, ya que se observa un aumento considerable en las patologías crónicas, mientras que las infecciosas aún constituyen un problema de salud importante.

A lo anterior se suman factores culturales que limitan en gran medida el cumplimiento terapéutico, por lo que es preciso desarrollar mejores conductas de control; de lo contrario, la mayor parte del gasto en la economía del país asignada a la salud se destinará al pago de las complicaciones e incapacidades prematuras.

El trabajo de la prevención va mucho más allá que sólo hacer colonoscopías, mastografías, y determinaciones de antígeno prostático. Si bien se ha pensado que forman parte de la prevención primaria, lo real es que su verdadera utilidad es diagnosticar una enfermedad específica en un estadio temprano que permita iniciar tratamiento oportuno con su resultante de mejorar la sobrevida con calidad; pero no previenen la enfermedad pues, en cada caso, los factores para desarrollarla suelen ser múltiples y únicamente los factores de riesgo que implican el estilo de vida y la alimentación son realmente prevenibles, no así el factor genético y/o la exposición a sustancias presentes en el ambiente que también pueden desencadenarla.

Obesidad: es una entidad que por sí misma conlleva el riesgo de padecer otras enfermedades de tipo crónico, sin mencionar el riesgo para sufrir complicaciones en cualquier tipo de intervencionismo; sin embargo también es realmente prevenible y tratable, partiendo del punto en el que existen básicamente dos tipos de obesidad: la endógena, en la que se encuentra involucrado principalmente el factor hormonal-metabólico, el cual al ser corregido se corregirá como resultado la tendencia a la obesidad; y la exógena, en la que el aporte calórico en la alimentación del individuo y su limitada o casi nula actividad física llevan al tejido adiposo a la hipertrofia, dando como resultado sobrepeso y obesidad que, de no recibir manejo, podría llevar al individuo a adquirir Diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia venosa periférica, enfermedad vascular cerebral, dislipidemia y sus consecuencias cardiovasculares; es por ello que, en definitiva, se trata del padecimiento que requiere mayor atención preventiva.

En la interacción y colaboración multi e interdisciplinaria con el paciente y su entorno social y cultural, el médico detecta el diagnóstico a través de una historia clínica completa, y se apoya de la valoración por los especialistas para determinar el tipo de obesidad y las acciones estratégicas a seguir para tratar la enfermedad y disminuir la posibilidad de sufrir sus complicaciones; para ello será indispensable la acción del nutriólogo que le diseñará un plan de alimentación de acuerdo a sus necesidades nutrimentales, actividad física y actividades diarias; el psicólogo intervendrá para asegurar el apego al manejo integral y disminuir la posibilidad de incumplir con el programa, que posteriormente se convertirá en el estilo de vida del paciente; el instructor físico otorgará al paciente una o varias rutinas de ejercicio, que irán incrementándose no sólo para lograr disminuir el Índice de Masa Corporal (IMC), que define actualmente el grado de sobrepeso y obesidad de los individuos, sino que se asegurará de que las rutinas de actividad física sean del agrado

del paciente para que en un futuro por sí mismo se encargue de su actividad física, siendo él mismo, potencialmente, un educador en salud por la experiencia propia. Si tomamos en cuenta que nuestro paciente trabaja, estas actividades deberán acercarse a su entorno laboral; pero de no ser laboral o económicamente activo, deberán acercarse a su domicilio, y optimizar los recursos al alcance del paciente para garantizar así, la Atención Primaria a la Salud en cuanto a la obesidad. Además el sistema de salud estará contando con una componente activo más en la Prevención, y al hacer cíclico este proceso estaríamos en posibilidad de coordinar acciones preventivas en cuanto a la obesidad desde la casa de los pacientes, educando a los miembros de su familia desde edades tempranas, pues el mayor impacto logrado de la prevención es el cambio de hábitos higiénicos, dietéticos y de actividad física desde casa; o bien desde el trabajo, haciendo extensivo lo aprendido a otros miembros del entorno laboral.

Diabetes: se trata de una enfermedad adquirida por diversos factores (genéticos, alimenticios, poca o nula actividad física), cuyas complicaciones se encuentran íntimamente relacionadas a la falta de apego al tratamiento integral y el sobrepeso u obesidad.

Diversos autores pronosticaron una pandemia de diabetes para los próximos años, y observan que su impacto se puede prevenir con estrategias que impliquen cambios en el estilo de vida de la población, sobre todo en aquellos individuos con mayor riesgo a padecerla. Al ser un problema de salud pública a nivel mundial, se ha invertido mucho en la identificación de los factores de riesgo y en métodos de tamizaje para la detección de pacientes en riesgo, además de la evidencia acumulada de que la diabetes puede ser prevenida y retrasada en su aparición y complicaciones.

Para el caso específico de esta entidad patológica el equipo en APS trabajará en lo mencionado previamente; en un caso existente, el médico lo detectará y comenzará el manejo con medicamentos hasta ajustar dosis requerida por el paciente; el nutriólogo construirá un plan alimenticio basado en las necesidades, gustos y actividades del paciente; la intervención psicológica deberá realizar (en caso de que no cuente con él) un plan de vida, o mejorarlo si es que ya lo tiene, considerando las actividades de cuidado para su salud y retrasar las complicaciones; el odontólogo le instruirá en el cuidado correcto de la cavidad oral además de instruir al paciente para estar en posibilidad de manejar oportunamente alguna complicación a este nivel.

El médico general coordinará las valoraciones por los médicos especialistas pertinentes cuando así lo requiera. El instructor en actividad física proporcionará al paciente, la información sobre la importancia del ejercicio físico en la edad media de la vida, y las ventajas del aeróbico y el de resistencia, así como su efecto reductor de la resistencia a la insulina.

El profesional de APS debe recalcar al paciente la importancia del manejo integral en el tratamiento de la diabetes, el cual consiste en tres principales factores: medicamento, dieta y ejercicio, lo cual le dará un panorama más amplio al paciente sobre su patología, logrando una adhesión más efectiva.

La intervención en el estilo de vida es definitivamente, y la más poderosa herramienta que tenemos para la prevención de la diabetes en población de alto riesgo. Esta estrategia

debe centrarse en la educación, ya que no ha sido posible intervenir en el factor genético; advirtiendo y concientizando a la población de los factores de riesgo, la importancia de mantener un estilo de vida saludable y mantener un peso adecuado desde la niñez, acompañado de estrategias de salud que permitan al médico hacer diagnósticos más tempranos y precisos, con la posibilidad de reducir y retrasar de manera importante las complicaciones a mediano y largo plazo.

Cardiovascular: la enfermedad cardiovascular se encuentra vinculada con la obesidad y otros factores de riesgo como la dieta rica en grasas de origen animal, mínima o nula actividad física, y también tiene un factor genético con el que no es posible intervenir; sin embargo, el resto de los factores son altamente influenciables en cuanto a la disminución de la posibilidad para desarrollar la enfermedad.

Básicamente las intervenciones en prevención para la enfermedad cardiovascular implican cambios en el comportamiento, lo cual tiene una dificultad inherente en su aplicación, ya que cambiar los hábitos (realización de ejercicio, medidas higiénico-dietéticas en escuelas y centros de trabajo, entre otras) es más difícil que el tratamiento farmacológico que representa una mayor facilidad para su aplicación.

Existe la idea de que la aparición de las enfermedades crónico degenerativas (Diabetes mellitus, obesidad, enfermedades cardiovasculares, oncológicas) es consecuencia de un proceso biológico degenerativo inevitable que acompaña al envejecimiento; que dicho proceso generalmente es irreversible y que, por tanto, no es mucho lo que se puede hacer con intervenciones de prevención y tratamiento. Sin embargo, la evidencia científica muestra que la probabilidad de padecer este tipo de enfermedad disminuye de manera importante cuando se elimina o mitiga la exposición a sus factores de riesgo, y que hoy existen tratamientos efectivos que disminuyen sus complicaciones y su letalidad.

Conclusiones

La aplicación de medidas de prevención primaria no deben ser aplicadas a todo tipo de enfermedades; las acciones de prevención deben ser dirigidas a evitar alguna patología específica, no así a detección oportuna, pues en ese caso la prevención pierde su sentido más importante, por lo que ninguna enfermedad se puede prevenir de la misma forma.

En las enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y neoplásicas, se aplica la prevención secundaria como principal medida preventiva, por lo que se puede concluir que tanto las infecto-contagiosas como las crónico-degenerativas son susceptibles de prevención, aunque claro; con diferentes estrategias, pues todas ellas dependen de múltiples factores.

Para el sistema de salud de nuestro país los esfuerzos en prevención deben considerar el costo-beneficio en todo momento, diseñando las estrategias necesarias para lograr la meta principal que es disminuir la incidencia de las enfermedades y sus complicaciones en los casos de pacientes ya diagnosticados.

El médico en la educación del paciente y la sociedad

Dr. José Francisco González Martínez, Lic. Elsa Fabiola Saldaña Santamaría

HABLAR DE LA EDUCACIÓN del paciente y la sociedad desde la práctica médica es, como lo refiere el título de este libro, todo un reto, ya que analizar un tema en el cual todos los profesionales son expertos nos lleva también a cuestionar los desafíos diarios de la vida médica. Ser un profesional comprometido, con un quehacer en pro y bienestar de la sociedad, es una prueba constante que implica mantenerse a la vanguardia, actualizado y prospectivo, integrando un servicio de calidad.

El título de este libro es totalmente adecuado y reflexivo sobre una práctica milenaria, que en la actualidad, como un saber, impacta directamente en el desarrollo humano de una sociedad, en el crecimiento económico y en el orden social de la misma.

El médico no es una figura aislada en el sistema de salud, sino más bien forma parte de un grupo de profesionales con la necesidad de abordar de manera sistémica e integral los procesos de salud y enfermedad de la población. M Roy Schewarz refiere que los médicos forman parte de este mundo globalizado, el cual se manifiesta en todos los ámbitos: el mundo científico, la salud pública, el medio ambiente, la seguridad, etcétera. El proceso de globalización genera sistemas que enlazan la economía, interconectan un lenguaje global, se procesan avances en la revolución informática y la velocidad de desplazamiento; y la medicina no se queda al margen de este fenómeno. El médico que requiere este mundo globalizado es aquel que vincula el uso del conocimiento, la tecnología y, al mismo tiempo, es capaz de responder a las expectativas de los ciudadanos que requieren sus servicios.

La medicina ha sido vista como un modelo de las profesiones de la salud, y siempre ha traspasado las fronteras nacionales por medio del conocimiento, la investigación y la educación médica; por lo que se ha considerado una profesión globalizada. Así como las aptitudes y los compromisos de la profesión con los pacientes son universales, no es menos cierto que el ambiente presenta la urgencia de implementar nuevas respuestas a la población.

La educación médica ha planteado las competencias necesarias a desarrollar en la comunidad médica, como son el conocimiento de las bases científicas de la medicina y las habilidades clínicas. Existen también otras más, como las habilidades relacionales y de comunicación, capacidad de razonamiento y juicio clínico, aptitud para el trabajo en equipo, principios y conductas éticas, voluntad autoevaluativa y capacidad para el aprendizaje autodirigido.

El Comité Nuclear del Instituto para la Educación Médica Internacional (IIME) ha definido el núcleo de competencias necesarias esenciales mínimas a desarrollar en la comunidad médica agrupándolas en siete dominios:

- Valores, actitudes, conductas y ética profesional.
- Bases científicas de la medicina.
- Habilidades clínicas.
- Habilidades relacionales o comunicativas.
- Salud poblacional y sistemas sanitarios.
- Gestión de la información.
- Pensamiento crítico e investigación.

De esta forma, la importancia de la habilidad comunicativa se transforma en un valioso instrumento para el médico y facilita la posibilidad de crear un buen clima relacional con los pacientes y sus familiares, o con otros miembros del equipo de trabajo. La buena comunicación es esencial para que el médico pueda comprender el contexto de valores, creencias o cultura de los pacientes, dentro del cual se brindará la educación acerca de su enfermedad, tratamientos, factores de riesgo o estilos de vida saludables. Por lo tanto, resulta indispensable analizar el paradigma de la curación a la prevención.

Los paradigmas son realizaciones científicas universalmente reconocidas que proporcionan modelos y posibles soluciones a los mismos. Los paradigmas impulsan el conocimiento y también generan puntos ciegos que sesgan nuestro pensamiento. Esto precisamente sucede en el paradigma mencionado, y nos preguntamos: ¿existe el cambio de paradigma de la curación a la prevención? Si es preciso, se requiere analizar diversos elementos para establecer un proceso real de transformación en el esquema ante la posibilidad de brindar una verdadera y auténtica educación al paciente y su familia.

La educación del paciente es una necesidad actual. Según la Psicología, una necesidad se puede definir como “un estado de carencia, de escasez o falta de una cosa, que se tiende a corregir”. La necesidad es la expresión de lo que un ser vivo requiere indispensablemente para su conservación y desarrollo, siendo así que la necesidad resulta ser el sentimiento ligado a la vivencia de una carencia. Existen diversas clasificaciones para las necesidades, sin embargo todas corresponden a un carácter de requerimiento, y es la combinación de todos los estados de necesidad la que puede llevar al constructo de una fuerza impulsiva o a motivaciones; por ello, vincular la educación del paciente a un requerimiento o necesidad del paciente y su familia resulta indispensable. ¿Por qué ver la educación del paciente como algo imperioso y por qué no hacerle sentir que, precisamente, conocer sobre su padecimiento, su tratamiento y su evolución de una manera ampliamente informada es el único elemento que permite que los sujetos puedan tomar una decisión informada y voluntaria?

“Saber es poder”. Esta frase tiene un carácter dual, porque representa tanto el poder frente a la enfermedad como el poder frente a un ser humano que carece de este conocimiento. Esta situación obliga al médico a servir por medio de un diálogo educativo con

ese ser humano que requiere tomar el poder sobre su salud y sobre su vida. El conocimiento es potencia para la acción, y la iniciativa que el paciente pueda tomar sobre su futuro en relación con la salud tendrá una relación profundamente estrecha con ese lazo educativo que se teja en la relación médico-paciente.

Es trascendente analizar el proceso que se genera entre datos, información y conocimiento. Los datos son un conjunto de hechos que provienen de múltiples fuentes, pero los datos se transforman en información cuando cobran significado y se expresan como un mensaje audible o visible. El significado potencial del mensaje existe en la mente del emisor; no obstante es el receptor el que decide si el mensaje tiene significado para él y modifica su percepción o interpretación del mundo.

Por lo tanto, el componente fundamental en la calidad de la atención médica que puede recibir el paciente por parte del profesional de la salud, es la educación sobre su proceso salud-enfermedad. Establecer una auténtica relación educativa en la relación médico-paciente fortalece los elementos educativos y de formación en los individuos involucrados en este proceso. La atención cuidadosa en la formación de las poblaciones se ha modificado indefectiblemente.

La formación médica se ubica predominantemente para la determinación de un diagnóstico; una serie de prescripciones que den solución parcial o total ante una enfermedad, el conocimiento de la ciencia y la utilización de estos conocimientos en pacientes con padecimientos específicos. Sin embargo, brindar un plus en la relación médico-paciente se centra en cómo el médico transmite estos conocimientos que se generan y aplican en la atención a un padecimiento, de tal manera que toda esta información y datos puedan servir, formar y educar a quien padece la enfermedad.

La necesidad de identificar los elementos que enriquezcan la relación médico-paciente se transforma cuando el médico centra su atención en el ser humano, al que interroga, explora, determina un diagnóstico e involucra en un proceso educativo lejos de centrarse en la enfermedad que atiende.

Desarrollo de habilidades con el paciente

De acuerdo con los estándares para la certificación de hospitales (AOP), la evaluación del paciente es un proceso constante y dinámico que da como resultado la oportunidad y asertividad en la toma de decisiones, resultando indispensable la obtención de información sobre las necesidades específicas de cada paciente.

Según establece el estándar (PFE), la educación del paciente y su familia, para brindar la posibilidad de mejorar la participación y toma de decisiones informadas sobre su atención, todos los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de participar coordinadamente, centrados en las necesidades de aprendizaje del paciente y su familia, recordando que éste será más efectivo si se toman en consideración los valores culturales, religiosos y destrezas, además de efectuarse en el punto adecuado de la atención, implementando técnicas acordes con las necesidades del paciente; siempre tomando en cuenta las barreras, limitaciones, disposición y desarrollo de habilidades del paciente y su familia.

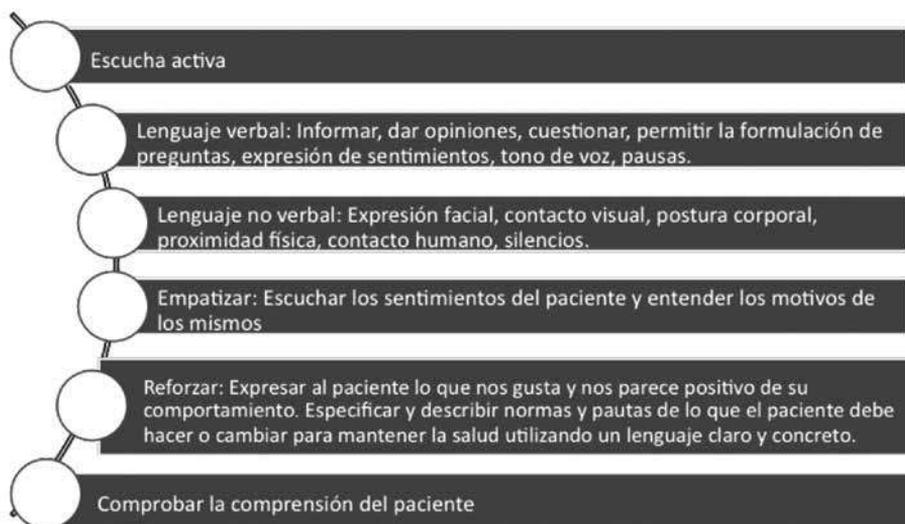


Mejorar la calidad de la atención es responder a una necesidad de salud, ubicando al paciente no dentro de una institución o un consultorio sino en la historia de su proceso de salud-enfermedad, respondiendo a las expectativas que el paciente tiene acerca de su padecimiento; verificando si se comprendió la información, el diagnóstico y el tratamiento, así como creando canales de comunicación horizontal que favorezcan el diálogo como fuente primaria para conocer sobre el paciente de formación y educación; de transmisión educativa que forma al sujeto de manera activa, y desarrolle un aprendizaje significativo de acuerdo con aquellos elementos que correspondan.

Elementos que favorecen la educación del paciente

La educación para la salud es la mejor alternativa y la más viable para desarrollar los procesos de transmisión de conocimientos, actitudes y valores tendientes a crear conductas favorables que ayuden a preservar y a mejorar su salud; así como crear las condiciones para que se dé la formación y el médico desarrolle un espíritu de cooperación con el paciente que tienda a devolverle la información y los conocimientos que se deriven del proceso.

Partiendo de la relación médico-paciente estableceremos que ésta constituye un ámbito para la transmisión educativa. Esta interrelación médico-paciente debe redundar en un incremento de los conocimientos que tiene el paciente sobre su cuerpo y su salud. Analizar la calidad y naturaleza del proceso educativo es establecer una relación educativa.



Un proceso efectivo y adecuado de evaluación del paciente tiene en cuenta el estado, la edad, las necesidades de salud y sus preferencias, siendo más eficaz y destacado cuando se implementa la integración multidisciplinaria.

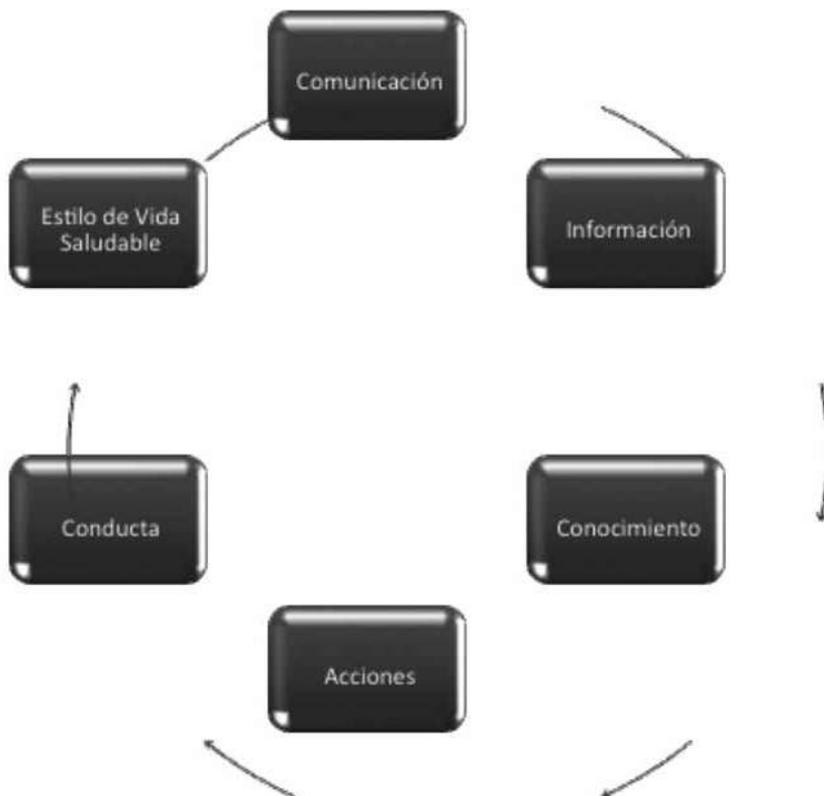
El proceso educativo y la comunicación

Resulta indispensable establecer una comunicación adecuada entre el paciente, sus familiares y los profesionales de la salud; la comunicación debe ser completa y veraz; y aunque por sí misma no es suficiente, constituye un elemento indispensable para transformar la información en conocimiento y, a su vez, en acciones que modifiquen una conducta o estilo de vida.

La importancia de la comunicación

Hace apenas veinte años se planteó que únicamente un proceso educativo formal, sistemático, consistente y bien estructurado, rendiría frutos maduros para la prevención de enfermedades en nuestra sociedad, descubriendo que el impacto de la educación al paciente actualmente se demuestra como un logro para el control y prevención de enfermedades.

La actividad educativa con el paciente debe ser planeada y enfocada a un proceso de enseñanza-aprendizaje, implementando siempre una metodología educativa específica, rebasando la barrera de sólo transmitir información; planteando objetivos específicos con el paciente y su familia, que permitan realizar cambios de conducta y modificación de estilos de vida, así como planear un programa educativo adecuado a los recursos, cir-



cunstances y lugar; viendo al paciente como un ser humano con múltiples capacidades de aprendizaje.

Los profesionales de la salud involucrados en la educación del paciente deberán contar con un amplio conocimiento sobre el padecimiento, así como desarrollar la capacidad pedagógica para transmitir ese conocimiento.

En los cuatro niveles de atención resulta indispensable que el profesional implemente programas educativos para la población demandante, en un planteamiento progresivo que inicie con aspectos elementales para la prevención de las principales causas de morbilidad en el país, incrementando los objetivos y metas del programa de acuerdo a las complicaciones que se pudieran presentar.

Hay que considerar en su justa dimensión a la educación, en y para la salud, como una función sustantiva, y una responsabilidad ética compartida por todos los profesionales de la salud que se encuentran involucrados en la atención al paciente. Los procesos de aprendizaje desarrollados en la vida cotidiana resultan ser significativos, motivo por el cual el

médico debe potencializar al máximo el acercamiento con el paciente, la comunidad y la sociedad misma. Aprender bien lo que se desea aprender es el proceso que la educación debe tratar de inducir al paciente y a su familia, motivando el deseo de aprender más cosas sobre su padecimiento. Se dice que cuando un ser humano aprende algo y aprecia la necesidad de aprenderlo, lo aprenden mejor.



Resultaría indispensable plantear un sistema educativo para el paciente que:

- Facilite el aprendizaje del paciente, basado en sus necesidades y requerimientos.
- Permita un fácil aprendizaje.
- Le motive a aprender sobre su diagnóstico, en beneficio propio y de su núcleo familiar.

La flexibilidad que ahora brinda la educación al paciente es sumamente adecuada para el aprendizaje en lo cotidiano, y apegado a aquello que el paciente realmente desea aprender, necesita aprender y valora aprenderlo.

Bibliografía

- Consejo de Salubridad General. (2012). Estándares para la certificación de Hospitales. México.
- Davenport T, Prusa K L. (2000). Working knowledge: How organizations manage whatthey know. Boston MA USA: Harvard Business School Press
- C. Eseverri, J. A. Diego, et al. (1995). Educar para la salud, Madrid: C.C.S.
- Freidson E. (1978). La profesión médica. Barcelona, España: Ediciones Península.
- Hamilton, J. D. (2000), Editorial International standars of medical education: a global responsibility, Medical Teacher.
- Kuhn T. (1992). La estructura de las revoluciones científicas. Buenos aires, Argentina: Fondo de cultura Económica;
- I. Lerman. (1994). Atención Integral del Paciente Diabético. México. McGraw-Hill. Ed. Intera-mericana.
- Sánchez Rosado Manuel, (2009). Manual de Trabajo Social, UNAM.
- Schwartz, M.R. (2001) Editorial Globalization and medical education, Medical Teacher.
- Stehr N. Practical Knowledge. (1992) Thousand Oaks CA, USA.
- World Federation for Medical Education Task Force (2000) Defining international standards in basic medical education. Report of a Working Party, Copenhagen 1999, Medical Education.



Troferit[®]



La presente edición de 30 000 ejemplares se terminó de imprimir en el mes de abril de 2017 en Lito Offset Nueva Imagen, Calle 8 Núm. 204, col. Granjas San Antonio, Iztapalapa, Ciudad de México.



Alin[®]



Antiflu-Des[®]



Neuralin
Relief[®]



Contraportada, imagen superior: Fotografía del Laboratorio de Calidad. Planta Chinoi. Aguascalientes. México.

