

niones, deseos e información. Puede haber una libre comunicación. A veces los alumnos sienten que ser médicos los pone en un status muy por encima del paciente: ¿cómo es posible que me rebaje a preguntarle cómo le fue ayer con su perrito que llevo al veterinario?

Es importante ser congruente con la misión. Estos son componentes de la comunicación que sirven de reflexión para ustedes. Tenemos componentes verbales muy obvios que manejamos en la interacción directa con el paciente, pero también tenemos componentes no verbales como miradas, posturas, actitudes, apariencia personal, que le dice mucho al paciente y que muchas veces no cuidamos. A veces se dice que " el hábito no hace al monje". Puede ser un médico impecable y tener elementos en su comunicación de tipo paralingüístico, como intensidad de la voz, ritmo, etc. En el que no es congruente el mensaje que está emitiendo con lo que quiere decir al paciente.

Yo les planteó a los jóvenes en broma cuando el esposo recibe a la suegra:

"Pase suegrita, cómo le va" (tono apático). Estamos ofreciendo una sonrisa, pero el mensaje que le damos a la suegra es: "No la quiero recibir". Muchas veces no somos congruentes entre nuestras actitudes corporales y el mensaje que enviamos. Una comunicación efectiva es hacer concordante lo que se quiere decir con lo que tratamos de dar a entender.

A veces nuestra forma de hablar nos hace parecer muy sapientes pero ¿entiende el paciente lo que le decimos? ó ¿estamos ocultando ignorancia?. No podemos ponernos al nivel del paciente en un lenguaje que entienda. No hay que olvidarnos de aplicar este esquema.

El Instituto de Comunicación Humana ha servido como modelo para dos centros: uno en Washington, EU. y otro en Toronto, Canadá y también se ha aplicado en algunos otros centros. En Francia se va a abrir otro centro similar. La doctora Alvarez, profesora de Bioética dijo en 1997: "La educación universitaria proporciona la ciencia para pensar, para descubrir el conocimiento, pero el poder del conocimiento sin ética no sirve".

Y nos hemos olvidado de muchos principios éticos, de muchos principios que a lo mejor por la prisa que hay para atender al paciente se han quedado guardados. Les aplicamos el "artículo cesto": "el cesto de la basura".

Estas son sólo algunas reflexiones para todos ustedes.

### Las condiciones para una Comunicación Humana en la relación Médico-paciente

**DR. LEONARDO VINIEGRA VELÁZQUEZ**

*Egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialista en Medicina Interna. Ex coordinador de Educación Médica del INNSZ. Ex investigador titular de los Institutos Nacionales de Salud de*

*la SSA. Ex jefe de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM. Ex jefe de la Unidad de Investigación Educativa de la Coordinación de Investigación Médica del IMSS. Profesor de pre y post grado actualmente titular del Seminario de Formación de Investigadores en Educación del IMSS con opción a maestría y doctorado. Investigador del SIN, actualmente nivel II. 120 artículos publicados en revistas. 32 capítulos de libros y 6 libros publicados. Actualmente titular de la Coordinación de Educación Médica del IMSS. Sociólogo por la Universidad Autónoma Metropolitana. Maestría en la Universidad de Lovaina. Doctorado en sociología del desarrollo en la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica), con una tesis sobre la modernización rural en México. Profesor titular "A" de la Universidad de Guanajuato y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Fue jefe de planeación y evaluación en la Secretaría de Educación del estado de Guanajuato.*

Buenos días, lo que voy a presentar son las condiciones para que se dé una comunicación humana, analizando el papel y los obstáculos que se presentan en la relación médico-paciente. Creo que podemos profundizar más si en esta plática entramos por los obstáculos para llegar a calificar las condiciones propicias que, a mi juicio, existen y que ubico justamente en los ambientes donde se practica y se enseña la medicina.

Estos ambientes son crecientemente adversos para esta relación humana, que vamos a destacar siempre a la luz del humanismo, es decir, cualidades de la comunicación con ciertos atributos.

Hay que destacar tres aspectos que configuran los ambientes adversos para que el humanismo impere en la relación médico-paciente: la creciente dependencia tecnológica, la actual división del trabajo médico y las condiciones laborales de los médicos. Hay que analizar el asunto de la dependencia tecnológica a través de dos conceptos, lo que llamamos tecnocentrismo y tecnofetichismo. Por tecnocentrismo se entienden las formas de organización de los quehaceres sociales en torno a la tecnología. En medicina son las tecnologías de diagnóstico y tratamiento las que determinan los niveles de atención y la configuración de las unidades, esto es a lo que estamos llamando tecnocentrismo.

Actualmente domina la concepción en la que el médico especialista justifica, cada vez más, su existencia por el tipo de técnicas que domina, por la tecnología de punta que es capaz de operar y por interpretar los resultados de su aplicación. Esto es un efecto de ese tecnocentrismo.

En cuanto al tecnofetichismo, está considerado como la representación idealizada de la técnica y la tecnología, que les confiere un valor y un poder propios, sobrestimando

sus posibilidades de alcance y fincando en ellas la solución de nuestros problemas, esto también es la raíz de lo que se llama la tecnocracia.

En medicina, el tecnofetichismo socava la actitud clínica y degrada el quehacer médico. En esa representación idealizada la tecnología tiende a suplantar, desde luego ilusoriamente, al ejercicio clínico cuidadoso. Esto nunca será suplantado, pero en esta visión tecnofetichista, que avanza, en mayor o menor medida, en todos los ámbitos, propicia este desplazamiento del ejercicio clínico como el centro del quehacer médico. Tenemos así un círculo vicioso: el tecnofetichismo provoca abuso de la tecnología y esta, a su vez, degrada la aptitud clínica, acrecienta la dependencia tecnológica, lo que retroalimenta el tecnofetichismo. En el terreno del fetichismo se elaboran lo que se ha dado a llamar "aforismos científicos". La verdadera función de la tecnología es hacerte creer que la controlas; la mejor hechura de la tecnología es un fanático feliz; el tecnofetichismo tiene más adictos por privación que por posesión. No hallarás una tecnología que te haga olvidar la que no puedes poseer. La realidad virtual no está detrás de la pantalla sino enfrente de ella; esto es pues un intento de clarificar esta visión idealizada de la tecnología que deposita en ella lo que correspondería a nuestro poder de decisión y de razonamiento.

También partimos de un supuesto, cualquier tecnología tiene utilidad potencial, pero no de hecho y éste planteamiento no se fomenta en la educación médica. La utilidad potencial de la tecnología se hace patente cuando su uso está supeditado a un ejercicio clínico reflexivo y cuidadoso.

La base de un ejercicio clínico cuidadoso, está justamente en la relación médico-paciente, fincada en una comunicación respetuosa, con reciprocidad y empatía.

Lo que hoy impera es un ejercicio clínico burdo, rutinario, que suele hacer un uso indiscriminado, excesivo y contraproducente de la tecnología, ocasionando encarecimiento de los servicios, dilación en la resolución de los problemas, molestias innecesarias y perjuicios a los pacientes. La mejor tecnología usada indiscriminadamente se vuelve un despropósito. La mejor tecnología utilizada en un ambiente donde el ejercicio clínico es burdo y rutinario no da los beneficios potenciales que entraña.

No hay tecnología que tenga una utilidad intrínseca sino potencial, por lo mismo, sólo un ejercicio clínico cuidadoso y crecientemente refinado, fincado en el humanismo puede sustentar ese necesario uso juicioso, ponderado, que diferencia y que es selectivo, de la técnica y la tecnología. Entonces la técnica y la tecnología sí pueden manifestar sus potencialidades, sus utilidades, de aquí deriva entonces esa necesidad de fomentar el humanismo en la relación médico-paciente, lo que puede fortalecer esta actitud clínica y permitirá, entre otras cosas, el uso del juicio, ponderado, selectivo de la tecnología.

Otro aspecto a analizar es la división del trabajo, lo que llamo especialización excluyente: los ámbitos del quehacer médico se siguen parcelando en espacios más restringidos. Cada espacio por minúsculo que parezca tiende a la autonomía y a volverse un fin en sí mismo, desvinculándose del contexto; así cada espacio tiende a autoexcluirse en relación con los demás. Tenemos que organizar Congresos para que los diferentes espacios se conozcan, pero de suyo cada espacio sigue restringiéndose a su ámbito y se va desconectando del contexto, esto es lo que llamamos especialización excluyente.

Otro efecto del tecnocentrismo convierte al médico, cada vez más, en un operador de la tecnología o en un operador de técnicas y esto lo va haciendo, por la necesaria actualización permanente en este manejo de las tecnologías que constantemente cambian, desentenderse de otros quehaceres más relevantes, esto configura lo que se ha dado en llamar "reduccionismo en la visión dominante del quehacer médico", esto quiere decir que progresivamente se desvanece la mirada del conjunto del paciente y también la suplantación del todo, es decir del paciente y su contexto.

Los pacientes son percibidos como un corazón isquémico, como un hígado insuficiente, como una sepsis grave, como una depresión mayor, como una nefropatía en fase sustitutiva o un cáncer avanzado, la relación que se establece tiene más que ver con el órgano o sistema afectado que con la persona que sufre y que vive un contexto peculiar y único, esto es lo que genera la división del trabajo en contra de una comunicación humana en la relación médico-paciente.

El tercer aspecto tiene que ver con las condiciones laborales de los médicos. Esas condiciones, bajo las cuales los prestadores de los servicios de salud se ven obligados a trabajar y que propician la degradación paulatina de la experiencia. ¿Cuáles son estos elementos?

Tenemos en las instituciones públicas algo que es muy conocido por todos: el burocratismo, que no sólo no se ha atenuado, sino que se ha acentuado en la forma en la que se organizan y controlan las actividades: el autoritarismo y la verticalidad de las decisiones de alcance colectivo cuyo efecto por supuesto es atenuar o inhibir la participación y la iniciativa con base en la desmotivación; también en algunos espacios las cargas de trabajo son excesivas.

Otros elementos: nadie ignora los sueldos castigados, las insuficiencias de equipo y materiales, el escaso reconocimiento a las labores bien realizadas, lo que configura un ambiente degradante en las instituciones públicas. Por supuesto hay muchísimos matices. Hay lugares francamente deteriorados al extremo y otros no tanto, con condiciones más apropiadas.

En las instituciones privadas también ganan terreno estas condiciones degradantes: grandes capitales, con requerimientos de alta rentabilidad y optimización de ganancias, se apoderan de las instituciones privadas y esto da como

resultado una mercantilización creciente de la relación médico-paciente. Además las compañías aseguradoras tienden a convertirse en los principales compradores de los servicios privados.

Hace su aparición esta especie de trabajo a destajo para los prestadores directos de los servicios, en lo que importa es la cantidad. Esto implica restricción de tiempo en la relación médico-paciente.

En síntesis, los tres obstáculos ya mencionados son los que configuran los ambientes donde se practica y se enseña la medicina, y que hacen muy difícil el imperio de una comunicación humana fincada en el humanismo. Las condiciones adversas laborales degradantes de la experiencia de los médicos se expresan en lo que se ha llamado la deshumanización de la relación médico-paciente.

Desde luego que la palabra deshumanización habría que ponerla entre comillas, por que lo más humano también son las peores cosas que existen en el mundo. Visto de otra manera, si los propios prestadores del servicio médico reciben un trato deshumanizado, es de esperar, desde luego no deseable, que la deshumanización en las relaciones interpersonales que se establecen en las instituciones tienda a generalizarse, particularmente en lo que se refiere al trato con los usuarios.

En cuanto a la educación, la deshumanización de esta relación médico-paciente no es un descuido de la educación, que por supuesto la educación puede hacer mucho, sino una consecuencia histórica de la división del trabajo, social, económico e institucional que se expresa en ambientes degradantes, donde las relaciones interpersonales están mediadas por fenómenos como el burocratismo, intereses mercantiles ó actitudes de revanchismo ante las situaciones de abuso y opresión de que son víctimas los prestadores de servicios.

En esta búsqueda para aproximarnos a una relación médico-paciente fincada en una comunicación respetuosa con reciprocidad y empatía, nos encontramos con los tres obstáculos ya mencionados: la dependencia tecnológica en virtud de ese tecnocentrismo y el tecnofetichismo, esta especialización del quehacer médico que va excluyendo cada uno de los espacios y que ve al paciente como parte, como órgano o sistema y no como persona, y las condiciones laborales que degradan la experiencia de los médicos.

¿Qué hacer?, ¿cómo avanzar? Hay que definir el plano social, en donde se defina el fortalecimiento de los prestadores de los servicios, los médicos en particular, para que presenten de manera más vigorosa sus intereses, aspiraciones y expectativas en el accionar de las instituciones. Es una condición social necesaria para revertir los ambientes laborales degradados. Esto plano no se debe soslayar en el plano particular, en donde trabajamos. Es la experiencia reflexiva el principal antídoto contra la degradación, el principal obstáculo para una comunicación humana con el paciente.

¿Qué es la experiencia reflexiva? El recuperar la experiencia cotidiana para la reflexión tiene muchos matices y grados, pero cuando conduce al hábito de cuestionar, buscar, indagar, proponer y poner a prueba encausa por el camino de la superación. Esto se debe buscar a través de la educación, y la gestión médica. Por medio de la experiencia que nos han hecho lo que somos, la experiencia reflexionada que va mas haya de lo inmediato y perentorio, (porque cuando sólo nos abocamos a reflexionar sobre lo urgente, cancelamos la posibilidad de mirar hacia adelante y tomar medidas para cambiar el futuro), hacen su aparición otros aspectos del quehacer médico que adquieren relevancia creciente.

En una discusión sobre los problemas clínicos, nos restringimos a la enfermedad, a los problemas directos del paciente y prácticamente nunca reflexionamos sobre otros aspectos que nos atañen y condicionan nuestra forma de trabajar. Por ejemplo, la dependencia tecnológica: ¿por qué le creemos tanto a las máquinas? ¿Por qué delegamos en ellas decisiones que nos competen? ¿Por qué está deshumanizada la medicina? Estas discusiones deberían estar en primer plano en los procesos educativos de cualquier especialista o de cualquier médico. También la relación médico-paciente y su lugar en el cuidado de la salud. Entender que sin esa relación vigorosa, respetuosa, que da pie a una actitud clínica cuidadosa, el uso de la tecnología será contra-productiva o un despropósito. Esto es lo que quería presentarles en cuanto a las condiciones que requiere esta recuperación de la relación médico-paciente fincada en el humanismo, y que hoy está lejana precisamente por los obstáculos que expresado aquí.

### La Comunicación con pacientes en los extremos de la vida (CONAMED-CIESS)

**DR. GUILLERMO FAJARDO ORTIZ**

*Médico cirujano, por la UNAM. Master Hospital Administration, University of Minnesota. Maestría Ciencias Administrativas, Instituto Politécnico Nacional México. Posiciones directivas y de asesoría en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para trabajadores al Servicio del Estado, exsecretaría de salubridad y asistencia, Secretaría de Salud del Departamento del D. F. Profesor titular «C» tiempo completo de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor y conferenciante de la benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Universidad Autónoma de Nayarit, Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de Veracruz, Universidad de Buenos Aires, Universidad de la Plata, Argentina. Asesor a corto plazo de la Organización Pa-*