

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 encauza 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-

americana de la Salud - Organización Mundial de la Salud en Bolivia, Cuba, Chile, Venezuela y Argentina. Asesor a corto plazo de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, Suiza. Asesor de la dirección del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México. Ocho libros publicados acerca de servicios de salud, historia de la medicina, gerontología. 180 artículos publicados en México, Argentina, Venezuela, Estados Unidos, Costa Rica, Gran Bretaña, España, Bélgica, Japón, India.

Introducción

La comunicación con pacientes en las edades extremas de la vida es muy interesante, tiene facetas diversas: médica-neurociencias-, filosófica, ética, legal, lingüística, psicológica, antropológica, etc. En esta ocasión se abordará básicamente el aspecto médico y ético, en particular, la comunicación verbal, sin olvidar que hay múltiples estrategias de comunicación recordando que comunicar en un sentido etimológico y estricto es "hacer común una idea, un mensaje o un conocimiento", en una forma más amplia, "comunicarse significa comprender a otros, comprenderse a sí mismo y ser comprendido, y por lo tanto compartir un código común o lenguaje simbólico"⁽¹⁾. La comunicación es así un proceso de intercambio de información entre personas para llegar a una comprensión y entendimiento mutuo, hay emisores y receptores, destinatarios y destinadores, corrientes y contracorrientes, hay un continuum; en la atención médica se busca encontrar puntos de acuerdo entre médicos y pacientes para la satisfacción recíproca de necesidades e intereses para resolver problemas de índole de salud, mediante la confrontación de ideas, es decir a través del diálogo; la comunicación va encaminada a generar una actitud efectiva, propositiva y educativa ⁽²⁾ se ha dicho recientemente, y yo agregaría afectiva.

De acuerdo con lo expresado ¿Es posible el intercambio de ideas, el diálogo entre médicos y pacientes niños? ¿Entre médicos y personas mayores? El diálogo pretende que el médico obtenga información del paciente en cuanto a su totalidad para establecer medidas de promoción de la salud, de prevención de enfermedades, tomar medidas diagnósticas o terapéuticas; por otra parte a través del diálogo el paciente desea conocer su situación, su diagnóstico y pronóstico. En la atención médica el tipo y calidad de la comunicación en la relación médico-paciente varía de acuerdo a los escenarios: medicina general, medicina de especialidades, consulta externa, servicio de hospitalización, servicio

de urgencias, domicilio del paciente, también cambia con la edad y estado de salud-enfermedad del paciente, antigüedad de la relación médico-paciente y empatía médico-paciente ⁽³⁾, sin olvidar el estado anímico del niño o adulto mayor.

En la comunicación médico-paciente de tipo verbal hay que tener en cuenta dos hechos básicos: la capacidad del médico para comunicarse, y la capacidad del paciente para comunicarse. En un niño no todas las capacidades que permiten una buena comunicación se han desarrollado, la situación varía de acuerdo con la edad, puede ser un bebé un menor que hace pinitos, un pequeño que empieza a hablar, un infante que llora atemorizado; puede ser también un adolescente: en este tipo de comunicación hay que tener en cuenta las actividades corporales.

"Las dificultades que se presentan en la comunicación con un paciente niño son, su mayor parte, únicas. Hablar a un niño exitosamente requiere pues, técnicas especiales, que los pediatras y quienes trabajar regularmente con niños descubren y dominan a medida que continúan, técnicas que otros no adquieren con facilidad" ⁽⁴⁾. A los médicos cuyos contactos son poco frecuentes y que, como resultado, se ven forzados a emplear solamente la habilidad de comunicación que han adquirido con los adultos, comunicarse con un niño puede resultarles una experiencia frustrante y perturbadora. En el otro extremo de la vida, en un adulto mayor se están deteriorando o están deterioradas algunas funciones, en las personas de edad suele haber patologías múltiples, enfermedades no específicas o de presentación insidiosa, con rápido deterioro de la salud sino no son tratadas oportunamente, hay una elevada incidencia de complicaciones secundarias y necesidad de rehabilitación ⁽⁵⁾.

En el tema en cuestión surgen muchas preguntas ¿Cuáles son las fronteras reales no etarias para definir un niño o un adulto mayor? ¿Cómo se determinan los problemas de la comunicación en los menores o los ancianos?

A los niños y a las personas mayores no les es raro que se les trate o califique como entes sin capacidad para razonar, al respecto el Dr. Fernando Martínez Cortes ha expresado: "Es trágicamente frecuente que los médicos reduzcan al paciente en un cuerpo humano y a veces hasta un hígado, útero o un ojo" ⁽⁶⁾, esta aseveración tiene particular importancia en los extremos de edades de la vida, al paciente debe estudiársele integralmente, como unidad psico-bioló-

1. Jankilevich A. Teoría pura de la comunicación social. El mensaje es la libertad. Argentina. Ediciones Gama SRL. 1996. p. 11.

2. Gómez Montero A. Guerra Macías Y. Comunicación por el cambio social. Epidemiología. México. Secretaría de Salud. 2002. 36:2.

3. Beauchamp TL. Mc Cullough LB. Ética Médica. Las responsabilidades de los médicos. Madrid. Editorial Labor, S.A. 1987. p. 66-67.

4. Bird B. La conversación con los pacientes. Buenos Aires, Argentina. Editorial Vitae. 1960. p. 8.

5. Fu H. Implications for health services for ageing population, artículo publicado en libro: Ageing and Health. Belgium. World Health Organization. p. 1999.

6. Martínez Cortés F. Relación médico-paciente capítulo del libro: La salud en México en el próximo milenio. México. Instituto Nacional Salvador Zubirán, A. C. Grupo editorial Ángel Porrúa. 2000 p. 136.

gica y socio-cultural, recurriendo en particular a la comunicación.

El médico a través de la comunicación pretende obtener y valorar información acerca del "padecer de la persona", es decir como siente, sufre, teme o valora su enfermedad, pretende además interpretar las molestias del paciente. Lo anterior significa que todo paciente debe ser considerado con la más amplia visión. Es posible esto siempre?

En otros términos el propósito de la comunicación con un paciente es conocer no sólo sus molestias inmediatas, sino también sus fuerzas y debilidades, sus experiencias y vivencias. El paternalismo, cuya base es dejar de lado el principio de respeto a la autonomía apoyándose en el principio de beneficencia. ¿Debe aplicarse? Si la comunicación es difícil con el niño o el adulto mayor ¿Quién debe decidir: el paciente, el médico o sus familiares? No hay respuesta única, ni definitiva. Una realidad que incide en el problema es que el que el médico al tratar un paciente niño o un paciente viejo, por lo general nunca los trata solos, debe tratar con otros actores, sus familiares. ¿Aplicar el modelo de autonomía? Surgen muchas otras preguntas: ¿Recurrir al paternalismo?, ¿a la benevolencia?. ¿En que medida basarse en el consentimiento informado? ¿Aquí la aplicación de la Carta de los Derechos de los Pacientes? Y la de los niños, y la aplicación de la Carta de los Derechos Generales de los Médicos.

Con otro enfoque ¿Se puede cuantificar la magnitud del problema? en México en el año 2000 había 99'582,000 habitantes, niños menores de 9 años eran 21'952,000 y personas mayores de 60 años eran 6'917,000 (?) respectivamente, el 22% y 7% de la población. Si bien es verdad que no todos presentaban problemas de enfermedad ni comunicación, si es cierto que en promedio el primer grupo tenía tres consultas por año y el segundo seis, lo que significaba 107'358.000 atenciones por año o sea 294,131 consultas por día, o sea casi 300,000 problemas de comunicación por día.

En resumen la comunicación con los pacientes en los extremos de edad de la vida es un reto para la atención médica. ¿Cómo lograr la calidad? ¿Cómo evitar conflictos?

El paciente pediátrico hospitalizado

DR. CARLOS DAVID GONZÁLEZ LARA

Médico por la UNAM. Especialista en Pediatría Médica y Cirugía Pediátrica. Recertificado en ambas especialidades. Maestría en administración de Instituciones de Salud. Diplomado de Alta Dirección en el IPADE. Ha obtenido numerosos reconocimientos por su labor en el campo de la

pediatría. Amplia experiencia docente. Diversas publicaciones en revistas y libros. Actualmente director del Hospital de pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Introducción

El presente trabajo fue el resultado de la tesis de maestría de Administración de Instituciones de Salud en la Universidad La Salle, México, favorecida por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Se llevó al cabo en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Las quejas de la atención médica, son el arma más valiosa del directivo, para mejorar la calidad de dicha atención. El presente comunicado, fue motivado precisamente por esta serie de descontentos, en los que finalmente se concluyó que la mayoría se generaban por la falta de una adecuada comunicación que favoreciera la relación médico paciente, o médico familiares, tratándose de niños.

En la práctica médica la relación con los pacientes y en caso de los niños de gran importancia, la relación con sus padres, fue formalizada desde 1910 en los Estados Unidos de Norteamérica con una serie de reglas y compromisos por parte de los profesionista que enfocaban fundamentalmente la asistencia, la capacitación, el atuendo y la "mayor información a la sociedad". El ingrediente fundamental fue desde luego infundir confianza, agregándose el respeto y la interdependencia en el proceso de la comunicación. Los resultados de dicha comunicación, están íntimamente relacionados con los atributos de médicos y pacientes, de los que se ha escrito en términos conductuales para ambos personajes, evocando modelos ideales.

El entorno político, social, profesional, laboral, cultural, educacional y religioso forma parte muy importante de esta relación. El proceso de la comunicación, se convierte en una interdependencia del facultativo y el enfermo o sus familiares, común y vital para ambos, con un objetivo definido que tiene que ver con el proceso salud enfermedad.

Este proceso, resulta estar lleno de dificultades relacionadas además de las naturales para superar la enfermedad, con las inherentes al sistema de información al través de la comunicación misma y la puesta en juego por los médicos, padres y otros familiares de los principios de beneficencia, autonomía y justicia que ante la gravedad de las enfermedades, se mueven en muy diversos sentidos y en ocasiones perjudicando a los niños afectados.

Marco teórico

La información, serie de datos emitidos, procesados y emitidos, debe ser transformada para que forme parte del sistema de comunicación, en señales con total comprensión para el receptor, que a su vez retroalimenta también con mensajes de total entendimiento al emisor, en este caso el médico.

7. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de Población de México. 1996-2050. México. CONAPO. 2000. p. 20.