

política, habría que referirse a la tecnológica, o a aquella otra que afecta al paradigma de la pragmática lingüística donde el sujeto no aparece como un observador, sino como un hablante que interactúa con un oyente. Las dos dimensiones que constituyen al sujeto son entonces la *autonomía personal* y la *autorrealización individual*. En este sentido, la autonomía, por la que nos reconocemos como personas, es descubierta en la *acción comunicativa*, en las situaciones concretas del habla, que supera, entre otras cosas, la separación kantiana entre los dos mundos, ya que ahora la autonomía no consiste en la represión de los intereses empíricos de cada sujeto, sino que el contenido del discurso práctico son los intereses de los individuos, insertos en la historia.

En este nivel es necesario cuestionarse sobre cuáles son las posibles rutas que pueden presentarse en el marco de un procedimiento democrático en los diversos ámbitos de la ética aplicada. En estas líneas, hago referencia exclusiva a los procedimientos de transición entre las ciencias aludidas, si bien es evidente que no todos los procesos terminan en una reinstauración democrática de saberes. Por el contrario, existen, al menos, otras dos posibilidades: la estabilización de algún tipo de forma híbrida que combine ciertos componentes paternalistas con la existencia restringida de principios participativos, o el fracaso global del impulso globalizador con el consiguiente retorno del autoritarismo médico.

Sin embargo, y de acuerdo a lo expuesto hasta ahora, sólo se hace referencia al estudio de los factores de carácter genérico que influyen o no en la redemocratización de las ciencias de la salud. Por lo tanto, esta estrategia analítica supone una taxonomía previa de las posibles *fronteras*, siendo necesario analizar cuales de sus combinaciones presagian un espacio de inclusión.

Una primera *frontera* de democratización tiene como dimensión central los *factores universalizables*, ya sean éticos o jurídico-políticos capaces de dar respuesta al reconocimiento como personas los interlocutores por ser afectados con capacidad de decisión o porque son capaces de asumir la perspectiva de la universalidad.

Una segunda *frontera* contempla, como dimensión central, los factores de naturaleza distintiva entre intereses que son defendibles con argumentos, y por lo tanto, aceptados por los demás interlocutores, y aquellos que por pertenecer a la propia idiosincracia, no son defendibles con argumentos que tengan que ser universalmente aceptados. En este marco, conviene seguir manteniendo la distinción entre *éticas de mínimos normativos universalizables*, y *éticas consiliatorias de máximos*, referidas a la especificidad idiosincracia de los individuos y los grupos, que han de ser respetadas en la medida que no violen los mínimos universalizables.

Finalmente, un tema al que hay que referirse desde el punto de vista democrático, la necesidad de construir una *técnica parlamentaria de saberes* que sugiera tanto la idea

de que el paciente es un sujeto capaz de y legitimado para tomar decisiones acerca de cuestiones que le afectan vitalmente, como la idea de que el personal sanitario no tiene derecho a arrebatarse tales decisiones, salvo en los casos en que el grado de autonomía del paciente no sea suficiente como para dejar la decisión en sus manos. Y tiene derecho a ello porque "*desde una autonomía dialógicamente entendida, el paciente, tiene derecho a ser un interlocutor válido*" (A. Cortina, 1993).

Tópicos selectos en la relación médico-paciente

DR. GABRIEL MANUELL LEE

Médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con especialidad en Medicina Interna, certificado por el Consejo de Especialidad. Asimismo ostenta el grado de master en dirección de Empresas (MEDEX-IPADE). Entre otras responsabilidades cabe mencionar que se desempeñó como subdirector médico del Hospital General «Dr. José María Rodríguez» (1988-1989), y director del Hospital General «Dr. Gustavo Baz Prada» (1989-1993), ambos hospitales de 144 camas, de la zona metropolitana. Más tarde director de operación y de servicios de salud del DIF del Estado de México (1993-1994). Ocupó el cargo de coordinador de asesores del subsecretario de servicios de salud y posteriormente del subsecretario de coordinación sectorial (1995-1999), y el de titular de la Dirección General de Extensión de Cobertura, en la Secretaría de Salud (2000). Es profesor de la Universidad Nacional Autónoma de México y autor de diversos artículos, y capítulos de libros científicos. Desde enero de 2001 se desempeña en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como Subcomisionado Nacional «A» de Arbitraje Médico.

La Medicina y su práctica, han experimentado con el tiempo cambios muy importantes y actualmente observamos situaciones que hace pocos años no se presentaban o eran muy raras. Me refiero a que la relación médico-paciente era de franca confianza, credibilidad y por que no decirlo, fiabilidad, ya que, por lo general, el paciente admitía un margen de error y de posibles desviaciones o complicaciones esperadas, propias de la práctica de la medicina. "*Para mi médico toda mi consideración y respeto*" decían algunos.

El acto médico se ha visto y debe verse desde dos puntos de vista. El primero, se refiere al componente científico-técnico-ético (*lex artis*) y el segundo, se refiere a la relación interpersonal, que necesariamente existe: entre el que brinda la atención y el que la recibe. Toda esto en un contexto de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía o

permiso que necesariamente el paciente otorga invariablemente a su médico. Todo esto, le da una dimensión muy amplia a la práctica médica. *"Ciencia y arte"*.

Los problemas ocultos de la relación médico-paciente, son el origen de las características conflictivas del vínculo entre las dos partes, sobresaliendo siempre la falta de claridad ya sea de la relación propiamente dicha, como en las intervenciones o procedimientos a ejecutar, resaltan, la ausencia de calor humano, de franqueza y de otros valores necesarios, los cuales lamentablemente algunos médicos han perdido y están dando a los pacientes un manejo impersonal, distante, frío, breve, si no confuso y muchas veces descortés, llevando a que se hable en forma generalizada de la deshumanización de la medicina. *"Pero todo es realmente culpa del médico"*.

La mayoría de los autores coinciden que en más del 90% de cualquier queja o demanda se encuentra una relación médico defectuosa, tortuosa o maltratante, dando lugar a que un resultado clínico no deseado sea interpretado como desinterés, falla o error, incapacidad del profesional y cualquier otra peculiaridad negativa se torna, desafortunadamente, en una denuncia presuponiendo, de entrada, mala práctica.

"Todo médico está expuesto, independientemente de su especialidad, experiencia o capacidades".

Es un hecho que el acto médico en sí, se ha visto influido por tendencias, modas, carencias institucionales, formas de financiamiento, diversos esquemas de provisión de servicios y las visiones reduccionistas enfocadas a costos entre otras; dicho de otra manera, los médicos corremos el riesgo de no advertir que en medicina lo que priva soberanamente, es el enfermo, un ser padeciente, y doliente. Ni las máquinas ni los extraordinarios equipos tecnológicos, que si bien son capaces de proporcionarnos información, y elementos de decisión, no pueden ni deben suplir a ese ser humano, con su problemática existencial, ya que en sí, es el objeto mismo de la medicina y para el médico su razón de ser".

La relación médico-paciente es una relación principalmente humana.

Ante estas realidades podemos decir que la medicina requiere un cambio, particularmente en la forma de ver y tratar al paciente y su familia y al entorno en donde uno y otro se desenvuelven.

No hay enfermedades, hay enfermos, es una expresión que lleva en sí misma toda una filosofía de integración y que supera la comprensión fisiopatológica para adentrarse en el universo de la persona, de sus angustias y también de su familia, que, inevitablemente, vive junto con él su padecer.

Es para su servidor, motivo de gran satisfacción el poder coordinar este importante panel, en el cual participan distinguidas personalidades, para abordar el temario: la demanda como efecto de la mala comunicación médico paciente; la comunicación en el paciente difícil; la revela-

ción del efecto adverso en la práctica médica, los factores que afectan la relación médico-paciente y finalmente, la comunicación humana en la atención del enfermo terminal. Al término de las presentaciones contamos con algunos minutos para preguntas y respuestas, por lo que les pido las anoten en los formatos que las sritas edecanes les facilitaran.

Para dar inicio a este panel, tengo el agrado de presentar a ustedes a los panelistas:

La demanda como efecto de la mala comunicación médico-paciente

DR. CARLOS TENA TAMAYO

Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guanajuato. Egresó como especialista en Medicina Interna del Hospital General.

Egresó como especialista en Cardiología del Instituto Nacional de Cardiología. Fungió como presidente del Colegio de Médicos de Irapuato.

Fundó junto con otros médicos guanajuatenses el Colegio de Médicos del Estado de Guanajuato del cual fue presidente. Ha participado como ponente en diversos congresos, foros y cursos de la especialidad. Secretario de Salud del estado de Guanajuato. Promovió la creación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, y participó en ella como consejero fundador. Como resultado de su gestión figuran, entre otros, la disminución de la mortalidad infantil y materna, así como el abatimiento de los casos de lepra y brucelosis.

Colaboró durante la etapa de transición de la administración federal como coordinador del área de salud y seguridad social. Actualmente Comisionado Nacional de Arbitraje Médico y Presidente del Consejo Mexicano de Arbitraje Médico.

Quisiera en mi intervención dejar algunas reflexiones, inquietudes y compartir con ustedes algunos datos que en el momento de las preguntas fueran tema de comentario por los presentes.

El tema me obliga a vestirme de abogado, dar explicaciones y ofrecer definiciones jurídicas de lo que significa *demanda* y de su diferencia con el concepto de la *denuncia*. Aspectos que, por ser médicos, no tendríamos la obligación de conocer plenamente, sin embargo, posteriormente veremos por qué es necesario.

Hablamos de *demanda* como el acto procesal por el que el demandante solicita, generalmente por escrito, a un órgano jurisdiccional frente al demandado, una determinada tutela jurídica en forma de sentencia. Es decir, aquella persona que le solicita a un órgano que tiene la competencia de que se le repare el daño que le ocasionaron porque fue