

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

afectado en su persona o en un bien que él posee. Esto es muy importante identificar, porque *denuncia* quiere decir que es un acto oral o escrito por el cual cualquier persona declara el conocimiento que tiene de un hecho que reviste carácter delictivo ante el juez, ministerio público, la policía o la contraloría.

Hay una gran diferencia entonces entre demandar y denunciar. Frecuentemente escuchamos que se utilizan los términos como si fueran sinónimos y aquí queda claro que no lo son.

Dentro de sus funciones, las instituciones de arbitraje médico reciben *demandas*, el ministerio público recibe *denuncias*, hay que investigar un hecho que se presume ilícito, de tal manera que el tema tiene que ver con la demanda pero pues haciendo esta aclaración voy a hablar de algunos efectos de las demandas y por otro lado los efectos de las denuncias.

Es importante, y seguiré insistiendo en contextualizar las demandas que ocurren con relación en la atención médica; son las que están registradas por la SSA, IMSS e ISSSTE y la propia CONAMED respecto al número de atenciones que existen en nuestro país diariamente.

El año pasado se atendieron a través de la consulta más de 697,000 pacientes, solamente del sector público; más de 7,400 cirugías diarias; prácticamente 16,000 egresos hospitalarios diarios. En contraste, se registraron 34 demandas diarias formales, es decir, aquellas que se presentaron ante las instituciones porque había que considerar si había negligencia o impericia en el acto médico. En esas tres instituciones se identificaron sólo 9 casos diarios de mala práctica, contra casi 700,000 acciones médicas cotidianas. Este es el contexto, es mucho, es poco, se lo dejo a su consideración. Obviamente no es todo, es lo que se ha logrado documentar. Pero resulta importante identificar, según la información que tenemos en la CONAMED: de los casos que se resuelven a través de la conciliación o el arbitraje, en el 62% de los asuntos no hay mala práctica y en el 38% hay actos de negligencia o de impericia.

Y de los dictámenes que realiza la Comisión a petición de las autoridades de procuración justicia o las contralorías, en el 40% no hay mala práctica. Si vemos, se invierte la relación, pero es muy importante identificar por qué demandaron o denunciaron estas personas, pues el factor fundamental tiene que ver con una mala comunicación médico-paciente.

Eso está bien identificado. Cuando el médico o la Institución no comunican adecuadamente al paciente sobre su problema de salud, pronóstico, tratamiento y estudios o expectativas, ocurren hechos inesperados y se llega a pensar que el médico puede ocultar algo.

Sobre el modelo aquí presentado, y que seguimos insistiendo en él, vale la pena seguir reflexionando. Cuando se habla de la calidad de la atención médica, no podemos ignorar que hay médicos que no se apegan a la *lex artis*, no

hacen lo que les corresponde y sus pacientes están insatisfechos de la atención recibida. Es cuando se habla de que hay mala calidad en la atención médica: hay mala calidad técnica y de relación interpersonal. Sin embargo, también hay médicos que no hacen lo que deben hacer, pero sus pacientes están muy satisfechos. Se ha identificado claramente que muchos pacientes, cuando se les trata de esta manera, aceptan el error del médico, aceptan incluso el daño que pudiera haberse ocasionado. A esto se le denomina "medicina de ornato": el médico que apapacha, buena gente, manda telegrama el día de las madres, el regalo el día de navidad... Ojalá que ocurriera así y fuera acompañado de una buena práctica médica apegada a la *lex artis*. Por tanto, no podemos separar las dos cosas.

Les platico el caso de la persona que acudió a la Comisión por un médico que le había operado la columna vertebral. Declaró que había quedado mal por su culpa y fue operada posteriormente. Cuando analizamos el caso, encontramos que el primer médico la había operado bien y el segundo mal. Cuando se lo dijimos a la paciente nos pidió que al segundo no le hiciéramos nada. "En contra de quien tengo algo es del primero. Retiró la demanda porque al segundo no quiso que lo tocaran. "Es muy cariñoso, amable y atento conmigo", nos dijo. En general, los pacientes, cuando encuentran ese comportamiento del médico, son capaces de perdonarnos casi todo, incluso un daño ocasionado.

Nos preocupa mucho que hay médicos que hacen bien su trabajo, conocedores de su tarea, que se ajustan a la *lex artis*, pero sus pacientes no están satisfechos con ellos. Y es ese 40 o 60 por ciento el que demanda o denuncia al médico, pese a que hizo bien su trabajo. Es en este porcentaje donde encontramos que la comunicación no es la adecuada para satisfacer a sus pacientes.

Lo deseable es que, naturalmente, el médico tenga las habilidades, las destrezas técnicas y los conocimientos suficientes y, por otro lado, tenga la actitud de servicio que ya se mencionaba para con su paciente.

Finalmente, los médicos concebimos a la medicina como arte y también como ciencia. Cuando vemos el corazón, nos apasionan las coronarias y la aterosclerosis, y la obstrucción. ¡Cómo se comporta el corazón! Es apasionante, por eso estudié cardiología. Pero no se puede desligar de la parte del arte, en la que se involucra la preocupación o el ocuparnos de nuestros pacientes: consolarlos, atenderlos, y cuando hacemos ciencia y arte es cuando ejercemos cabalmente nuestra profesión.

Ahora, ¿qué motiva una demanda o a una denuncia? Hay varios factores; probablemente, uno sea la venganza contra el médico cuando hay una pésima relación, en la que hubo problemas; en ocasiones, a causa de fricciones, son los familiares los que exigen al médico que responda, no necesariamente es el paciente. Se presentan desacuerdos con los procedimientos, sobre todo cuando no se ha explicado claramente lo que se espera de ellos. El mal trato

en el hospital y la mala atención, naturalmente son factores a revisar en estos casos.

Hay que estar vigilante, porque no sólo tiene que ver la comunicación, sino la calidad de la atención médica, por ejemplo, la falta de cortesía. Con el hecho de que el médico entre a la sala de hospitalización y no salude al paciente o al familiar, es suficiente para que la relación médico-paciente no sea la adecuada.

También ocurre que la opinión de otro médico influye en el índice de demandas: en más del 30% de los casos que atiende la CONAMED un médico opinó en contra de otro. Los pacientes informan sobre este tema: "Sí, otro doctor ya me dijo que eso estaba mal hecho, que era una barbaridad lo que me hicieron".

Otro factor son los prejuicios que se presentan entre los propios médicos. Se prejuzga sin conocer a fondo los hechos. Menudean los informes mal intencionados, frecuentemente del personal paramédico de la misma institución. Están involucradas las relaciones entre los propios compañeros. En síntesis, el deseo de ganar dinero, en algunos casos, la deficiente información y una mala relación médico-paciente, son causas de demandas.

Entre las causas de la mala relación y deficiente comunicación se encuentran, y ahora lo pongo en primer lugar porque es reconocido por todos los especialistas, la falta de tiempo del médico. En instituciones saturadas de consultas, es realmente complejo que el médico cumpla con la exigencia de explicar clara, suficiente y veraz su enfermedad al paciente, y por tanto que converse sobre sus dolencias. Es evidente que el médico frecuentemente considerará imposible esta práctica por la falta de tiempo.

Otra causa: los cambios frecuentes de médicos para atender un caso, principalmente en las instituciones. El enfermo llega a su consulta y está el médico suplente.

Además, los abusos de las consultas en urgencias. Quienes han vivido en los hospitales saben que cuando un paciente tiene una urgencia y no lo atendemos en consulta externa lo enviamos a urgencias. Lo recibe un médico que no lo conoce, que nunca lo había visto, que no reconoce cuál es su problema. Deberíamos los médicos preocuparnos más por el paciente. El abuso en la consulta de urgencias significa que cuando no dio tiempo de ir a la consulta se busca resolverlo en urgencias.

Una más. Se han creado expectativas muy altas por la creencia difundida en los medios. El discurso actual ha sido: "hoy la medicina lo puede todo y tenemos el equipo, la tecnología, los procedimientos y los conocimientos que pueden ayudar a resolver casi todo". Eso crea expectativas exageradas en los pacientes que, cuando no se cumplen, dificulta la relación entre médicos y pacientes.

Por otro lado, el lenguaje médico. Nadie entiende cuando los médicos hablamos con términos médicos y hablar de esa manera no ayuda a mejorar la comunicación con nuestros pacientes.

Hay otros factores:

- Uno muy importante, el miedo del paciente a preguntar. Cuando no aseguramos los médicos que el paciente nos entendió y éste tiene miedo a preguntar, pues la comunicación no se consumó. Frecuentemente el miedo del paciente a preguntar se da, en muchos casos, seguramente por la actitud que el médico tiene cuando se le pregunta.
- Deficiente información de posibles complicaciones. Los médicos somos en general muy optimistas, generalmente les decimos: "no se preocupe", "no le va a pasar nada" y sí pasa. No somos dados a informar sobre las posibles complicaciones que pueden ocurrir. Tuve un maestro en el INC, el Dr. Fernández de la Reguera, que hablaba de la intolerancia médica al fracaso. Hay que tener tolerancia al fracaso. Las cosas están evidentes. No salieron como queríamos, los resultados no son los que perseguíamos, pero no los queremos reconocer: "no puede ser que me haya equivocado", "no puede ser que esto me haya resultado mal". Esta actitud no permite que se lo comuniquemos al paciente adecuadamente.
- La baja capacidad de entendimiento del paciente. Es un factor muy importante. Se debe identificar cuál es la capacidad de cada paciente para entendernos.
- La desconfianza del paciente a la atención médica en ciertos hospitales del sector público. Particularmente algunos pacientes van porque no les queda otro remedio que ir, a veces no tienen dinero ni opción.

La Asociación Médica Mundial hizo algunas declaraciones sobre la negligencia médica y dejó por escrito una Declaración Mundial que marca el motivo del incremento de las demandas y denuncias:

- 1.- El progreso en los conocimientos médicos con nuevos riesgos.
- 2.- La obligación que se le impone al médico en algunos lugares a limitar los costos.
- 3.- La confusión entre el derecho a acceder a la atención y el derecho a mantener la salud.
- 4.- El papel perjudicial de la prensa.
- 5.- Las consecuencias indirectas de la medicina defensiva.

Respecto al segundo punto, el presidente de la Asociación Médica Colombiana, Dr. Fernando Guzmán, quien estuvo el año pasado en el simposio, habló de los terceros pagadores que exigen a los médicos limitar los costos en la atención. Cuando esto ocurre puede ocasionar una insatisfacción del paciente, sobre todo, cuando se le ocasiona un daño.

En cuanto al tercer apartado, se ha comentado ampliamente y ha sido producto de controversia: ¿a qué tiene derecho el ciudadano, al acceso a los servicios ó a la salud? La Constitución marca el derecho a la protección de la salud y para lograrlo hablamos del derecho al acceso. El derecho a la salud se identifica como un derecho al acceso y como tal se debe dar siempre resultados satisfactorios.

Se reconoce, por otra parte a nivel mundial, que la prensa es un factor que ocasiona el incremento de demandas o denuncias: el exagerar, prejuzgar y exhibir los casos en donde se presenta un problema de atención médica ocasiona que se piense que el servicio de ese lugar o país no es de calidad suficiente.

Por último, en relación con la medicina defensiva, hemos hablado mucho de ésta: no es ética, es costosa y daña a la relación entre los médicos y pacientes. Estos últimos identifican que su médico no se preocupa por él sino por las consecuencias de una posible demanda o denuncia.

El ejercicio de la medicina defensiva, la elevación del costo de la atención médica, el deterioro de la relación médico-paciente influyen en las demandas que generan un impacto psicológico en el médico. Si bien, cuando al médico se le demanda en la CONAMED sí hay un impacto, pero es menor que cuando se le denuncia ante el ministerio público.

El Dr. Fernando Guzmán se dedicó a investigar qué le pasa al médico cuando lo denuncian: aquí les presento un extracto en donde nos hace reflexionar sobre lo que le sucede al médico cuando lo denuncian:

Primero lo niega: "este citatorio no es para mí, se equivocaron". Cuando lo acepta, se angustia, "qué me va a pasar", "que va a suceder". Después, depresión: "tanto esfuerzo para nada". Luego, resentimiento: "así me pagan". La medicina defensiva: "si ya me ocurrió, esto no me lo vuelven a hacer. Tendré que vigilar que esto no me ocurra y si ocurre pues podré ganar". Complejo de culpa: "ahora todos me rechazan". Posteriormente, esperanzas vanas: "tal vez retiren la demanda, tal vez se den cuenta de que yo no soy tan malo" y, finalmente, aceptar que hay un problema que debe asumirse y demostrar que actuó correctamente. Si no, asumir lo que conocemos como responsabilidad médica. Reparar el daño que ocasionó por negligencia o impericia.

¿Qué se puede hacer? ¿qué podemos hacer cada uno para mejorar la relación médico-paciente? Es importante saber qué espera el paciente de su médico. Una encuesta demuestra que el paciente generalmente espera ser escuchado, ser comprendido, sentir que su médico se preocupa por él, le atine al diagnóstico ó que el tratamiento sea efectivo; algunos esperan ser tratados correctamente. Sin embargo, no es suficiente, hay que conocer un poco más de sus expectativas.

Hoy, cuando hablamos de un servicio de calidad, es fundamental conocer las expectativas del cliente, identificarse con el paciente, que sepa quienes somos, dar tiempo al paciente para contar su historia e investigar lo que el paciente no contó para hacer un diagnóstico.

Les platico el caso de un médico cardiólogo que lo denunciaron por un caso de probable infarto al miocardio y en su historia clínica no hacía referencia al dolor. Cuando le preguntamos al doctor por qué si le mandaron este caso no hizo referencia al dolor en la historia clínica, respondió: "la paciente nunca me dijo que tuviera dolor" y...

- ¿Le preguntó?
- bueno no le pregunté pero no me dijo...
- Si se lo mandaron con diagnóstico de infarto ¿no tendría que preguntarlo?

En conclusión, ver y escuchar nos cuesta trabajo a los médicos. Ahí están los 18 segundos que dejamos que nuestros pacientes hablen antes de interrumpirlos.

Algunas recomendaciones que dan algunos autores:

- No escribir y escuchar a la vez. Aunque en algunas instituciones no se puede hacer, pero cuando estamos escribiendo y no volteamos a ver al paciente, no sabe si nos estamos interesando ó pensando en otra cosa.
- La empatía, comprender los sentimientos del paciente.
- Educar al paciente sobre su salud, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Instruirlo para modificar su enfermedad, su estilo de vida. Asegurarse que comprendieron sus explicaciones indicaciones y eso tiene que ver con...
- Retroalimentación, que toda buena comunicación exige preguntar al paciente si realmente entendió nuestra explicación.
- Hay que tener cuidado de hacer comentarios delante de los pacientes, pues no se sabe cómo lo vayan a entender.

Las recomendaciones que la CONAMED junto con las Comisiones Estatales hicimos hace ya casi dos años tienen que ver con mejorar la comunicación médico-paciente y generar actitudes que eviten las demandas o las denuncias:

- Respetar al paciente.
- Actuar de acuerdo a su deber profesional o *lex artis*.
- Actuar con conciencia y prudencia.
- Informar al paciente y obtener su consentimiento informado.
- Documentar su actuación, la historia clínica y su expediente.
- Ayudar en caso de urgencia.
- Mantener la confidencialidad.

De todo lo que he dicho no hay nada nuevo, pero insisto en ponerlo en práctica, hacerlo propio y cambiar la actitud para evitar esta problemática que hoy nos aqueja a los médicos.

Comunicación con el paciente difícil

DR. ALBERTO LIFSCHITZ

Egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Examen profesional con mención honorífica. Especialista recertificado en medicina interna por el Consejo Mexicano de Medicina Interna. Fundador de la Asociación de Medicina Interna. Profesor definitivo de asignatura de la Facultad de Medicina UNAM. Ex director del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.