

El reto de ser médico

Coordinadores Dr. José Francisco González Martínez Dr. Ángel Ignacio León Paoletti El reto de ser médico Tercera edición, 2022 Coordinadores Dr. José Francisco González Martínez Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

© 2022 Rafael Zúñiga Sustaita (Ediciones y Servicios Editoriales)

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 exclusiva de los autores y colaboradores y no reflejan necesariamente las del editor, o patrocinador.

La presente edición se realizó gracias al patrocinio de Chinoin Productos Farmacéuticos (Productos Farmacéuticos S. A. de C. V.), como un servicio de difusión profesional y académico para la comunidad médica. Se prohíbe la venta al público.

Rafael Zúñiga Sustaita (Ediciones y Servicios Editoriales). Rio Jordán Mz 97 Lt 13, colonia Valle de San Lorenzo, Iztapalapa, CP 09970, Ciudad de México. Tel. 55 58453513. Correo electrónico: rafaelsustaita@yahoo.com

Coordinación editorial: M. Eduardo Rueda Aguirre. Diseño y formación de interiores: Yesenia Ruiz Llerena. Diseño de portada: Yesenia Ruiz Llerena. La portada fue diseñada usando los recursos: "Doctora en el hospital con máscara: Freepik.com" y " Galeno. Litografía de P. R. Vignéron". Wellcome Collection. bajo la licencia CC BY 2.0 / Desaturación y recorte del original.

Impreso y hecho en México

Coordinadores y autores

Dr. José Francisco González Martínez

Profesor de Asignatura. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Médico Internista y Geriatra del Hospital General de México (HGM). Director de Educación del HGM 2006-2015. Director Nacional de Enseñanza e investigación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) 2015- 2016. Coordinador de Educación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) 2016-2017. Académico Titular de la Academia Mexicana de Cirugía. Presidente y Fundador de la Academia Nacional de Educación Médica.

Dr. Ángel Ignacio León Paoletti

Médico Internista del HGM. Profesor de Medicina Interna en Internado Rotatorio de Pregrado, Facultad de Medicina UNAM.

Coordinación médica y autores

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci

Director de la Facultad de Medicina, UNAM. Subsecretario de Salud 2012. Comisionado Nacional de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) 2006-2011.

Dra. Ma. Del Carmen Cedillo Pérez

Médico Internista UNAM-HGM. Profesora Facultad de Medicina de la UNAM. Jefe de Posgrado HGM 2009-2019.

Lic. Miguel Eduardo Rueda Aguirre

Egresado de la Facultad de Derecho. Universidad de Guadalajara. Asesor en Comunicación Integral.

Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones

Profesor Facultad de Medicina UNAM. Subdirector de Calidad de la Dirección General del ISSSTE.

Autores y coautores

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Presidente de la Academia de Escritores Médicos. Presidente fundador de la Academia Nacional de Educación Médica. Jefe de la Unidad de Educación e Investigación IMSS.

Dr. Jorge E. Valdez García

Decano de Medicina del Tecnológico de Monterrey. Director de Calidad y Educación Secretaría de Salud (SS) 2012. Académico Academia Nacional de Medicina.

Dr. Carlos A. Viesca y Treviño

Profesor Titular C, TC, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. Investigador Asociado, Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac. Presidente de la International Society for the History of Medicine (ISHM). Presidente Honorario de la Academia Panamericana de Historia de la Medicina. Coordinador, Seminario Interdisciplinario de Bioética.

Dra. Maríablanca Ramos de Viesca

Miembro titular, Seminario Interdisciplinario de Bioética, Seminario Interdisciplinario de Bioética. Profesor Titular A, TC, Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. Investigador Asociado, Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac; International Society for the History of Medicine (ISHM); Academia Panamericana de Historia de la Medicina.

Dr. Víctor Martínez Bullé Goyri

Investigador Titular C, TC, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. Coordinador Académico, Seminario Interdisciplinario de Bioética; Investigador Asociado, Facultad de Bioética, Universidad Anáhuac.

Dr. Joaquín J. López Bárcena

Profesor Facultad de Medicina UNAM. Presidente de la Academia Nacional de Educación Médica 2019-2021.

Dra, Emma Zamora Espinosa

Nutrióloga de la Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE. Maestra en Alta Dirección en el Centro de Postgrados del Estado de México (CEPEM). Dra. en Alta Dirección CEPEM

Dra. Silvia Uriega González Plata

Pediatra del HGM. Jefe de Pregrado del HGM 2008-2014. Maestra y Dra. en Alta Dirección CEPEM.

Dr. Rogelio Chavolla Magaña

Jefe de Servicio de ORL en el HGM 2000-2010. Profesor Facultad de Medicina UNAM. Secretario Académico de la División de Posgrado Facultad de Medicina UNAM.

Dra. Marcela González de Cosío Ortiz

Directora de Educación de la SS 2009-2015. Jefa de Enseñanza e Investigación ISSSTE.

Dr. Julián Espinosa Rey

Médico Internista del HGM. Profesor Facultad de Medicina UNAM. Presidente de la Asociación Mexicana de Medicina Interna 1996–1997.

Dr. Jorge Aldrete Velasco

Presidente del Colegio de Medicina Interna 2012. Médico Internista.

Dra. Lydia Zerón Gutiérrez

Jefa de División de Programas Educativos IMSS 2014-2020. Presidente de la Academia Nacional de Educación Médica 2014-2016.

Dr. Moisés Elí Guerra Delgado

Cirujano Maxilofacial ISSSTE-UNAM. Jefe de División de Programas Académicos de la Coordinación de Salud IMSS 2016-2019.

Dr. Víctor Hugo Rosales Salyano

Jefe de Servicio Medicina Interna HGM. Profesor Pre y Posgrado Facultad de Medicina UNAM.

Dr. Lorenzo García

Jefe del Servicio de Geriatría del HGM. Profesor Facultad de Medicina UNAM e Instituto Politécnico Nacional (IPN).

Lic. Elsa Fabiola Saldaña Santamaría

Lic. en Trabajo Social, UNAM. Maestra en Desarrollo Organizacional CEPEM. Miembro del Colegio Nacional de Trabajo Social.

Dra. Diana Atheri Alabat Bernal

Jefatura de Enseñanza e Investigación ISSSTE. Especialidad en Gerontología UNAM.

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 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 HGM. Maestro y doctor Alta Dirección, CEPEM, HGM.

VIRGINIA RAMÍREZ NOVA

Pediatra y reumatóloga. Profesora de la Universidad Nacional Autónoma de México y CIDES. Médico Adscrito sl Servicio de Pediatría del Hospital General de México.



Contenido

Mensaje del patrocinador
Prólogo
Introducción
EL RETO DE SER MÉDICO Y SUS VALORES
LOS PROPÓSITOS DE LA MEDICINA
Grandes retos del sistema de salud en México 35 Lic. Miguel Eduardo Rueda Aguirre
EL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO Y SU PARTICIPACIÓN EN TIEMPOS DE PANDEMIA
LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA DE PROGRESO 51 Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg
NUEVAS COMPETENCIAS, NUEVA COMPETITIVIDAD57 Dr. Jorge E. Valdés García / Dra. Lydia Zerón Gutiérrez
RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, CLAVE PARA UN NUEVO CONTRATO SOCIAL. ÉTICA MÉDICA
EL RETO DE LA PREVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD (APS)

COMPETITIVIDAD DOCENTE Y COMPETENCIAS TECNOLÓGICAS 87 Dr. Moisés Elí Guerra Delgado / Dr. José Francisco González Martínez
LA CONSULTA MÉDICA, ALGUNAS REFLEXIONES
CÓMO DECIR BIEN LAS MALAS NOTICIAS EN MEDICINA
EL FUTURO DE LA MEDICINA Y DE LA EDUCACIÓN MÉDICA
EL "SEÑOR DOCTOR": UNA REFLEXIÓN
EL DESENCANTO DE LOS MÉDICOS
LOS DESAFÍOS DEL MÉDICO PARA EL SIGLO XXI
LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE Y LA SOCIEDAD
EL RETO DE SER PACIENTE
EL MÉDICO COMO PACIENTE
SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> O DESGASTE PROFESIONAL. VISIÓN ACTUAL
EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA MEDICINA
ABORDAJE CLÍNICO DEL DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO PARA EL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO. CÓMO MANTENER VIGENTES LAS COMPETENCIAS CLÍNICAS	223
EDUCACIÓN MÉDICA EN LA ERA DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN, COMUNICACIONES Y CONECTIVIDAD	237
Importancia del sistema inmune en tiempos de pandemia por Covid-19	259
FORMACIÓN DE EDUCADORES EN SALUD	269
Aprendizajes con la pandemia Covid-19: adaptación y resiliencia	275
LA BIOÉTICA EN TIEMPOS DE CRISIS	285



Mensaje del patrocinador

La tercera edición de un libro nos conduce de inmediato a pensar que las dos anteriores tuvieron éxito en cuanto a su apreciación por los lectores a quienes se dirigieron. Cuando esto sucede, una nueva edición produce gusto y supone en forma natural pensar en las palabras actualización, revisión, cambios, avances, análisis, propuestas. Estamos seguros de que el contenido de este nuevo libro es consecuente con esos términos.

A nosotros, los que trabajamos en Chinoin, nos llena de gran satisfacción contribuir a dar vida a esta obra escrita por un grupo de selectos médicos que han conjuntado sus experiencias, conocimientos y reflexiones, para darle una estructura atractiva y dinámica a cada tema que se aborda.

En el devenir humano nos ha tocado vivir una época en la que los descubrimientos en el campo de la ciencia médica y del gran desarrollo de la tecnología se suscitan con enorme rapidez; se puede decir que, hasta ahora, nunca antes se había avanzado con tal velocidad en los cambios, que ayudan mucho a practicar el arte de la medicina con más respaldos, destinados a la salud humana.

Mas una nueva aportación no es valiosa per se, sólo por sí misma; en realidad su valor se lo proporciona el conocimiento y el empleo de ella. Por eso, difundir lo nuevo con cuidadosas reflexiones y análisis, hechos por los autores en un haz de temas que se estiman necesarios para el bien de la profesión médica, constituye no sólo una necesidad o un deseo, sino que consideramos es una obligación ética, porque de esa manera contribuimos a defender y afianzar la calidad de vida de la población.

No dar a conocer el esfuerzo de quienes además de practicar la medicina en la clínica y en el hospital, quieren que se conozca lo que representa el progreso médico, podría ser dique para detener la evolución social. Mantener oculto algo que se descubre o dejarlo dentro del conocimiento de pocos, no representa la generosidad que es inherente a la profesión médica.

En oposición a lo anterior, aquí, en nuestra empresa, creemos que si nuestro apoyo destinado a diseminar dentro del campo médico libros como el presente, ayudan en mucho a que más médicos se impregnen de nuevos entusiasmos para perfeccionar su quehacer, envuelto en la aplicación de la ciencia y la empatía por los pacientes. Si esto se consigue, crecerá a la vez en nuestro sentir íntimo una sensación de estar presentes en las acciones nobles que harán mejor nuestro hoy y el mañana.

Por supuesto, nuestro reconocimiento a todos los dignos y sabios autores y, de manera especial, a los doctores José Francisco González Martínez y Ángel Ignacio León Paoletti por ser los artífices de esta gran contribución a la educación médica.

A todos los lectores, nuestro mejor deseo para que se valore esta oportunidad, como una opción para reflexionar acerca del crecimiento de su autoridad ética y práctica en beneficio de sus pacientes.

Sean o no tiempos de pandemia, nuestro reconocimiento a la gran profesión médica. Nuestra empresa está orgullosa de aportar lo que le corresponda en la ruta de la permanente educación médica.

Cordialmente:

Chinoin Productos Farmacéuticos

Prólogo

INICIO ESTAS PALABRAS QUE constituyen el prólogo de la nueva edición de *El reto de ser médico* planteando dos interrogantes: ¿Es necesario escribir un prólogo? ¿Es necesaria una tercera edición de esta obra? La respuesta a ambas preguntas es con un categórico sí.

Pero, ¿qué importancia tiene un prólogo? ¿Será sólo un formulismo o una arraigada costumbre? Consideremos que un libro nace para leerse y, en algún momento, aquel que tiene en sus manos un libro, necesita interesarse en su contenido. A eso está destinado el prólogo: a motivar al potencial lector y a crear un estado de disposición para leer; para que nazca en su interior el deseo y el entusiasmo de adentrarse en los temas que integran el contenido. Y eso es precisamente lo que se busca con este prólogo.

Por tal motivo, centro la respuesta a la segunda pregunta en afirmar que, primero, por la aceptación de los médicos lectores a las dos ediciones anteriores, ya era necesaria una tercera que aporte más temas y análisis sobre tres puntos.

- Una nueva información y reflexiones sobre temas ya conocidos.
- Nuevos y muy necesarios temas que aborden la irrupción avasalladora para asumir una nueva y rápida actitud de aprendizaje, debido a la pandemia que se inició a fines del 2019.
- Temas que por primera vez se incorporan y tienen que ver con la exigencia de nuevas necesidades de educación y actualización médica en esta época de comunicación y atención médica en línea y que imponen una nueva visión del ejercicio, a veces a distancia, de la consulta médica; esto es: actualización.

La primera edición de *El reto de ser médico* se publicó en 2009; la segunda en 2017 y hoy, en este 2022, era perentoria una nueva edición. En ésta se podrá encontrar un contenido que sin duda revitaliza el amor por la profesión médica y la responsabilidad que por vocación se asume. Cada capítulo es un recorrido por una siembra de ideas que se recogen como frutos privilegiados que, al saborearlos, se asimilan para crear más conciencia del valor de la profesión humanista por antonomasia, respondiendo a la marcha inexorable del tiempo que trae cambios. En forma especial se aborda la transformación en los enfoques que tienen que ver con los cambios sociales y los avances en la ciencia y la tecnología médica.

Dentro de los muchos retos que se presentan a los médicos, se encuentra el de saber conjugar el trato humanista que debe darse a los pacientes, resultado de una comunicación

cálida y de esperanza con el de los saberes científicos, unidos a los avances de la tecnología, que hoy han permitido el notorio crecimiento en la expectativa de vida de la población.

En esencia, esta tercera edición confirma que este es un libro en el que los autores reflexionan con base en datos reales, aunados al acervo de sus opiniones y experiencias sobre el luminoso territorio de las decisiones que les permitan fortalecer la vocación y orgullo por su profesión; actitud que se debe renovar a cualquier edad.

No se exagera al afirmar que al leer cada capítulo nos encontraremos con un hilo conductor que no soltamos para hacer una lectura de principio a fin. Encontraremos palabras clave, conceptos y frases que invitan a su análisis y hacerlos práctica cotidiana sustentada con sólidos argumentos.

Haciendo una revisión de las ediciones anteriores, se conservaron once capítulos de ellas, cada uno examinado y actualizado minuciosamente. Entre otros, por ejemplo, se conservaron: *El síndrome de burnout* y *El abordaje clínico del diagnóstico difícil*, con un enfoque diferente, actual y nuevos autores. En otros capítulos, dada su valiosa redacción e ideas propuestas, pocos cambios se requirieron, como es el caso de *El desencanto de los médicos*, mismo que se recomienda leer de nuevo, ya que nos muestra una visión crítica de enorme valor.

Siete nuevos capítulos de temas importantes y diversos, incluyen referencias o análisis que tocan contenidos de la pandemia del SARS-CoV-2. Mencionamos algunos para aquilatar la utilidad de esta nueva edición:

- El médico de primer contacto y su participación en tiempos de pandemia.
- Aprendizajes con la pandemia de Covid-19. Adaptación y resiliencia.
- La bioética en tiempos de crisis.

Por otra parte, se incluyeron nueve capítulos nuevos, que versan sobre temas que nunca deben ser eludidos en el panorama de los retos que tiene el médico en su profesión. Basta mencionar algunos para incentivar nuestro interés en su lectura:

- El médico como paciente.
- El reto de ser paciente.
- Nuevas competencias. Nueva competitividad.
- La educación como estrategia de progreso.

Como se puede apreciar, en el contenido de este libro se reafirma que la medicina sin duda es arte y ciencia; es cambio constante y, por tanto, es educación permanente y, por si ya se nos había olvidado, es experiencia combinada con estudio que nunca concluye.

Por eso mismo, el ejercicio de ser médico es apasionante. De cuando en cuando introducirse en reflexiones de verdadera filosofía médica, no significa alejarse de la praxis; al contrario, es el camino para enriquecerla. La adaptación a un mundo de cambios, a veces vertiginosos, nos conduce a entender que la verdadera vocación no sólo es un impulso inicial, sino renovación permanente.

Finalizo aseverando que leer este libro provocará un cambio. La sociedad actual de ayer y de ahora ha considerado al médico como su salvador, porque se acuerda de él cuando siente un dolor y cuando se percibe enfermo, pero a partir de la epidemia multimencionada no sólo le debe brindar reconocimiento sino una revaloración y un justo

agradecimiento. A partir de ahora la sociedad debe considerar al médico como su aliado y guía para actuar en bien de la conservación de su salud.

Un cambio en la mentalidad de la sociedad entera será producto de la educación enfocada a la salud. Hoy, la comunicación del médico con los pacientes debe crear una revolución en la conducta preventiva.

M. Eduardo Rueda Aguirre



Introducción

EL PRESENTE TEXTO ES UNA REFLEXIÓN filosófica centrada en la realidad de lo que significa la profesión médica. Los pensamientos aquí expuestos buscan, con su contenido, el análisis histórico de lo que significa el profesionista de la salud para la sociedad. Hemos evidenciado cambios trascendentes, muy importantes para comprender el ejercicio de la profesión. México y América Latina, en su conjunto, han presentado cambios políticos, sociales y económicos que, traducidos a la época actual de globalización mundial, repercuten de forma vital en los cambios del ejercicio profesional de la medicina.

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 los temas de las diversas actividades y actitudes en las que está inmerso el desarrollo de la medicina contemporánea.

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

Planteamos temas novedosos, con la única intención de provocar una reflexión respecto al quehacer diario del médico, los valores del médico, la consulta médica, el desencanto de los médicos y el nuevo contrato social, el síndrome de desgaste profesional, así como algunos capítulos sobre la educación médica, que se consideran fundamentales para el progreso de la profesión, e incluimos los temas sobre el Covid-19, incluyendo algunos otros contenidos, que ilustran los diferentes retos que vive, sufre o goza la profesión médica en la actualidad.

No son textos referentes a la fisiopatología, diagnóstico o terapéutica para actualizar conocimientos técnicos; son, más bien, una pincelada filosófica, ética y antropológica, que actualiza los conocimientos relacionados íntimamente con el conocimiento médico global y su entorno.

Existen 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, en la época de los siglos XIX y XX, a su labor se le reconocía como un apostolado o como un sacerdocio, lo cual limitaba el desarrollo de otras inquietudes no médicas como su apariencia física, trayectoria, y hasta su economía, las cuales estaban ya signadas 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, así como los valores de una sociedad en la que, 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 deshumanización de la medicina, le deteriorada relación entre el médico y el paciente, la deficiente preparación ética y científica de algunos médicos, así como el abuso terapéutico y quirúrgico, con un notable incremento 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, lo cual viene afectando o impactando a corto y mediano plazo la imagen de nosotros como profesionistas 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 recuperar 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 y experiencia.

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, sin duda, las acciones que nos harán retomar el importante lugar que el médico debe tener dentro de toda sociedad.

Dr. Germán E. Fajardo Dolci Dr. José Francisco González Martínez



El reto de ser médico y sus valores

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, y 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 elementos terapéuticos con los que se enriqueció la pobre terapéutica médica del viejo mundo; existen abundantes documentos y códices que demuestran esta aseveración.

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 la conservación de la misma. 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 petequial 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 XX 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 de 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, Valdés Villareal, Bosque Pichardo, Flores Espinoza, Montaño, 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, en los cuales 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, se 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? Yo pienso que no; creo firmemente que en nuestros consultorios, salas de hospitalización, quirófanos, en diversidad de 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 permitir 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 de 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 los que a ella asisten 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 Víctor 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 a 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
- Vocación de servicio
- Educación
- Honestidad
- Integridad
- Sólida ética profesional
- Responsabilidad
- Decisión
- Perseverancia
- Valor
- Humildad
- Solidaridad

- Liderazgo
- · Sentido común
- Diálogo
- Comunicación
- Mente clara
- Corazón generoso
- Trabajo en equipo
- Unidad
- Ejercicio
- Disciplina
- · Sentido del humor
- Sentido del deber

Trabajar compartiendo estos deseables valores 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

- Castañeda G, Jinich H. El médico, el paciente y la medicina. Serie Nuestros Maestros. Facultad de Medicina, UNAM. 1983.
- 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.



Los propósitos de la medicina

Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones Dr. José Francisco González Martínez

Es una realidad que la medicina se ocupa de aspectos fundamentales de la condición humana, desde una etapa previa de su concepción, nacimiento, crecimiento y desarrollo, salud, funcionamiento, vulnerabilidad y muerte. En cualquiera de estas etapas existen los problemas para que las personas busquen ayuda, siendo en todas las latitudes y tiempos históricos a través de un médico. El encuentro clínico entre médico y enfermo es, por ello, un acto inalterable de la medicina a través de la historia del hombre.

Debemos comprender que la comunicación es un proceso complejo y multidimensional que puede tener una gran variedad de significados. En principio, en un sentido muy amplio podemos decir que la comunicación es un fenómeno que involucra la transmisión de información desde una fuente emisora hacia un receptor. Para que la información sea transmitida exitosamente debe existir un código compartido entre ambos polos. La comunicación humana en medicina podría considerarse una variedad muy específica, relacionada con la forma en que las personas manejan las situaciones que tienen que ver con la salud.

La comunicación humana, en general, es el resultado de una compleja interacción entre factores neurofisiológicos, psicológicos y socioculturales. La dimensión o aspecto de esa relación se refiere a los aspectos del mensaje que tienen que ver con la forma de vincularse de las personas involucradas. Cuando las relaciones entre las personas son conflictivas, lo relacional adquiere más importancia que los contenidos del mensaje. Por el contrario, cuando no lo son, los contenidos adquieren mayor relevancia. El significado del mensaje dependerá de la interacción entre su contenido y las relaciones con las personas participantes.

La medicina actual, en el mundo occidental particularmente, ha pasado por diversas etapas. En los inicios del siglo XX se presentaron dos tendencias de importancia en el pensamiento médico que son el mecanicismo y el biológico molecular.

El primero antecede a las concepciones mecánicas que culminaron en la robótica, evolucionando hasta la construcción de máquinas cada vez más sofisticadas y precisas, lo cual sirvió de sustento a las ideas rectoras de la práctica médica; la biología molecular, a su vez, permitió el conocimiento de la estructura genética, un adecuado discernimiento de la estructura molecular de los virus y las bacterias, comprensión de la génesis de las enfermedades y la forma en que actúan en el organismo y, además, explicar la fisiología y fisiopatología del cuerpo.

Nuestra cultura ha estado dominada por la concepción mecanicista que analizó el cuerpo humano como una máquina, desde el punto de vista de sus partes; ha visto a la enfermedad como una falla de los mecanismos biológicos y a la tarea del médico como la reparación de esta máquina. Además, ha definido la salud como la ausencia de enfermedad. La medicina, como las otras ciencias, se apoyó en el modelo newtoniano-cartesiano para adquirir un estatuto científico de influencia de este paradigma en el pensamiento médico, resultando en el llamado modelo biomédico, que ha constituido la base conceptual de la medicina científica moderna.

Los términos de lo que hoy llamamos la ciencia o el arte de la medicina son tan antiguos como la humanidad misma, pero su constitución racional, al menos en nuestro mundo occidental, no se remonta más allá de la figura de Hipócrates de Cos, en el siglo V a.C. Es en este siglo cuando aparece en occidente la filosofía y, con ella, la teoría sobre la razón; la afirmación de Aristóteles –que considera que los hombres comenzaron a filosofar movidos por la admiración y siguen haciéndolo– es válida aún en la actualidad, entendiendo por admiración filosófica el asombro ante los fenómenos y acontecimientos inexplicables, de lo cual surge la cuestión acerca de las causas.

Se considera que la estética, la filosofía y la medicina, tienen en el mundo griego un punto de partida común: las tres parten de una admiración, una reflexión y una investigación de la *physis*. La naturaleza es el objeto de todos aquellos saberes que quieren desarrollar un talante racional, científico y técnico. Desde luego, ese talante es el de la medicina, que representa un tipo de conocimiento que compagina lo especulativo y lo empírico, porque está consciente de que el saber teórico es sólo, en el mejor de los casos, una superestructura montada sobre la base de una experiencia bien fundada.

Es posible afirmar que la concepción de la medicina en el mundo griego encuentra su origen en un contexto estético, el de la épica homérica, que muestra la unión de lo empírico y lo mágico; pero la medicina, para llegar a ser un saber científico, tuvo que dar un paso más, como lo dieron el arte y la filosofía: ese paso es el tránsito de lo mítico a lo racional, pues sólo así puede surgir como conocimiento.

Paracelso ya se cuestionaba: ¿a quién honran el cielo y la tierra sino al médico filosofo que los conoce? A su vez, Galeno mencionaba: El buen médico ha de ser también filósofo.

En el transcurso del tiempo nos hemos cuestionado, entre otras cosas, sobre nuestra propia razón; igualmente se ha ido configurando la práctica de la medicina. De esta manera, se fue desarrollando la ciencia del logos, que también es el arte de lo que llamamos lógica; al mismo tiempo que la especulación sobre el carácter científico, técnico y práctico de la medicina. Y ambas ocupaciones, la práctica y teorías médicas y la especulación sobre la razón o el logos, han crecido de manera tal que la medicina resulta ser un elevado exponente de lo que son y representan los cuatro modos de la razón: la razón teórica, la razón técnica, la razón empírica y la razón práctica.

Por lo anterior, es posible inferir la dificultad para llegar a una definición completa, comprensiva y unánime de medicina, así como el lugar que ocupa en la clasificación de los conocimientos humanos, lo que ha cautivado la atención de filósofos, juristas, humanistas y científicos en general, debido a la importancia de la función social de esta práctica.

Aristóteles pensaba que las ciencias especulativas, en las que primera y propiamente reside el uso de la razón teórica, como la aritmética y la geometría, las cuales son, desde la antigüedad, los arquetipos de las ciencias teóricas, nacieron por el solo deseo de saber. Posteriormente, los hombres habrían visto cómo los conocimientos matemáticos, y otros, podrían ser usados con una finalidad que hoy llamaríamos práctica, como: la construcción, la agricultura, la navegación y la consecución de la salud, que es el objetivo de la medicina; así, de la aplicación de la razón teórica a la consecución de una obra, se originó la técnica.

Dos conceptos están en la base de la concepción científica de la medicina: *physis y tékhne*, naturaleza y arte. Physis significa nacer, brotar, crecer, conceptos eminentemente dinámicos que nos llevan a indagar el origen y desarrollo de las cosas. La tarea de los fisiólogos, tanto médicos como filósofos, es justamente la de indagar sobre el principio genético o fundamento de lo real: *arkhé*. En esta búsqueda se complementan, a un tiempo, planteamientos metafísicos y empíricos, pero los resultados se orientan siempre hacia lo racional.

Del arte, decía Aristóteles que se trata de la recta razón de lo factible, de lo que puede ser hecho como algo independiente del autor de la misma. Ante ello, la razón práctica, en sentido propio, es la recta razón de lo actuable; es decir, de la acción misma que queda en el interior del autor; de la actividad moral individual, de la ética individual o social.

Si vemos a la medicina como un arte, en el sentido inicial, podemos concluir que se trata de una ciencia teórica, de aquello que pretende conseguir –la ciencia de la saludque toma su primera concreción en Hipócrates bajo la forma de la teoría del equilibrio de los humores, unida al conjunto de conocimientos necesarios para producir la salud en el enfermo.

Así, la medicina se convertirá en un saber técnico, en un auténtico arte *tékhne -iatriké*, porque la medicina es arte cuando quien la práctica sabe qué hace y por qué hace lo que hace. El médico es artista en un doble sentido: por un lado, posee el conocimiento teórico preciso para identificar la naturaleza del hombre y de su enfermedad, y, por otro, tiene el conocimiento práctico y la destreza para aplicar los medios que terminen con ese mal.

El arte ejercido en la medicina es un arte sui generis. No coincide de manera exacta con lo que los griegos llamaban techne y lo que otros denominan arte. El concepto de techne es una creación de la cultura griega, del libre reconocimiento pensante de las cosas, y del logos, de esa disposición a dar cuenta de los fundamentos de todo lo que el hombre considera como verdadero. Este concepto es muy importante en la medicina. A partir de allí el médico deja de figurar como curandero, con todos sus poderes mágicos, y pasa a ser un hombre de ciencia. El curandero tiene un saber sobre lo general y el médico sabe la razón por la cual una determinada forma de tratamiento tiene éxito y entiende su acción, porque persigue la relación entre causa y efecto.

El concepto de la *techne* no se refiere a la aplicación práctica de un saber teórico, sino que constituye una forma propia del conocimiento técnico. La *techne* es aquel saber que representa una determinada habilidad. Desde el comienzo, está ligada a una excelente capacidad de producir. Ha surgido de ella y supone el conocimiento de las causas. De allí, surge un *ergon*, una obra que es fruto de la actividad de producción.

Desde la concepción del arte es justo plantear la medicina, no como el arte de curar, sino más bien el arte de aliviar, verlo como una profesión que algunas veces cura, otras alivia y siempre acompaña. El acto del médico es fundamental, cuando de por medio está la vida en peligro, cuando se trata del dolor de los seres humanos, el quehacer médico, su palabra y su acompañamiento, lo cuales resultan muy importantes. Sin lugar a dudas, la relación que el profesional de la salud establece con su obra es bastante enigmática, ya que lo que acontece allí es imposible de demostrar a sí mismo y a los demás. Hay situaciones inherentes a esta actividad, que ni siquiera están escritas y hacen parte de su ritual. Sólo sabe dar cuenta de ello aquel que tiene la investidura médica. Por lo tanto, dentro de este concepto de arte no es fácil ubicar a la medicina.

En medicina puede existir empirismo, lo que es conocido como ojo clínico, consistente en diagnosticar con base en la experiencia, también se aplica a ciertas prácticas más o menos efectivas cuyos mecanismos desconocemos.

Durante mucho tiempo han persistido especulaciones sobre la relación de la medicina y las ciencias. Esta actividad médica ha gozado de la sustentación de la ciencia antigua. Algunos inscriben su estatuto dentro de la ciencia positiva o de la ciencia pura y ciencia aplicada. Dichas ideas obligan a pensar que la ciencia no lo puede todo, no tiene la verdad absoluta, no puede explicar al hombre en su integridad, ya que no sabe decir nada acerca de su fe o del sufrimiento.

Algunos pensadores consideran que la medicina no es ciencia, es precisamente una profesión, una actividad práctica. Como tal, significa un punto de vista diferente de la ciencia. Se propone curar o mantener la salud en la especie humana. Para este fin echa mano de cuanto parezca a propósito entra en la ciencia y toma de sus resultados cuanto considera eficaz, pero deja el resto; esto debería ser suficiente para diferenciar radicalmente la medicina de la ciencia. Ésta consiste en una inquietud de plantear problemas. Cuantos más planteamientos, más puramente cumple su misión. Pero la medicina está ahí para aportar soluciones. Si son científicas, mejor. Pero no es necesario que lo sean. Pueden proceder de una experiencia milenaria que la ciencia aún no ha explicado ni siquiera consagrado.

El objetivo de la técnica médica es la salud, y ésta es un bien para el hombre, el médico no puede gozar del calificativo de bueno, como tal, si no orienta su actividad a la producción de la misma. Esta es la razón de que el contenido del juramento hipocrático se considera inseparable de la práctica médica.

La medicina también se pregunta sobre el hombre. A primera vista, su objeto de estudio es más limitado: el hombre como ser corporal, como hombre. La medicina ha intentado siempre responder a la pregunta ¿Quién es el hombre? Su abordaje característico es el hombre como enfermo. ¿Existiría la medicina si no existiera la enfermedad o el dolor?

La historia nos enseña que el médico ha estado siempre perseguido por el sufrimiento. Parece entonces que la medicina tuviera una perspectiva más reducida que la de la filosofía: el hombre como hombre de la antropología filosófica frente al hombre como hombre enfermo de la medicina. Durante el transcurrir de los tiempos la medicina y la filosofía se han hecho algunas preguntas: ¿Por qué enferma el hombre? ¿Es la enfermedad connatural al ser humano?

En el sentido más primario de ejercer la medicina es importante atender directamente las necesidades de salud de la persona; se llama medicina por extensión, a todas las otras actividades relacionadas con la más primaria y la medicina clínica es la que incluye el trato directo con los pacientes. Etimológicamente, es la que se realiza junto al lecho del enfermo, del griego *kliné*, cama; el médico por antonomasia es el que hace la historia clínica a un paciente y podemos afirmar que la medicina clínica se ha hecho mucho más científica; la clínica refiere que se podría definir como un saber práctico, un saber hacer que se perfecciona con la experiencia, y en el que son necesarias ciertas aptitudes, manualidades y habilidades técnicas. Pero cuando sólo se tiene una concepción técnica el médico queda reducido a un experto que sabe aplicar ciertas técnicas.

Tanto el arte como la ciencia nacen de la necesidad de comunicación del ser humano, el cual es gregario por naturaleza. Ambos provienen de la necesidad biológica del hombre de comunicarse para formar sociedad, mediante símbolos comunes al grupo de seres humanos que la forman.

La medicina clínica también es un arte hermenéutico, pero la medicina exige al médico más de lo que cualquier otro arte exige al artista. La medicina depende de ciertos preceptos morales y está al servicio de ciertos valores y finalidades éticas. Por tanto, la medicina no es solamente una ciencia, una técnica y un arte, es además y sobre todo una concepción moral.

Todas las facetas de la medicina tienen una dimensión ética. Los valores humanos están presentes tanto en las teorías como en las prácticas médicas. En primer lugar, porque los conceptos de enfermedad y de salud no son simples interrogantes; de hecho, incorporan evaluaciones diagnósticas concluyendo en un resultado. Y porque la toma de decisiones médicas está impregnada de juicios de valor. Pero, sobre todo, la medicina es para el que la ejerce una concepción moral porque es un estilo de vida que conlleva un compromiso ético. La afirmación más indiscutible es que la medicina es un compromiso ético comunitario. Y así se puede definir finalmente la medicina, como una profesión fuertemente comprometida con una actividad social que pretende el bienestar de salud de la sociedad y de los individuos.

El médico clínico no es sólo un científico, un técnico o un artista; es, por encima de todo, un servidor de la persona enferma y de la comunidad.

La medicina es un híbrido entre saber y hacer, un saber hacer; de ahí que la condición epistemológica previa para una teoría médica sea desarrollar la disciplina médica como ciencia de acciones y buscar en la práctica concreta los rasgos que la distinguen de la pura especulación o la pura técnica, que aplica principios. La segunda tarea pragmática para una metateoría es indagar acerca de las relaciones entre economía, política, ciencia ritual y vida, pues la medicina, por su mismo carácter de saber hacer, no es un conocimiento puro, sino influido por el contexto en que se desarrolla la cultura, que la nutre, y la sociedad a la que sirve.

Sabemos que el hombre no es una máquina ni la enfermedad es una simple descompostura; también, que la medicina no es una ciencia, sino que es la más científica de las artes, la más artística de las humanidades, la más humanista de las ciencias, lo que le confiere un estatus epistemológico propio y diferente a las demás disciplinas.

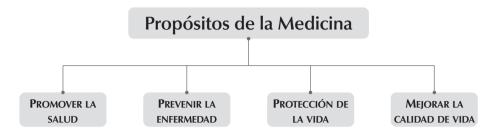


Fig. 1. Propósitos de la medicina.

Promover la salud

Un aspecto fundamental que atañe a todos los responsables de la salud es precisamente la búsqueda de la prevención. El sistema de salud tiene como propósito fundamental promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla, recuperarla y aliviarla cuando se presenta, así como buscar la rehabilitación al enfermo.

A poco más de 43 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". Recordando parte del pronunciamiento, se dejó claro que la salud es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud y 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.

El médico no es una figura aislada en el sistema de salud, sino que forma parte de un grupo de profesionales con la necesidad de abordar de manera sistemática e integral los procesos de salud y enfermedad de la población.

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, no estando la medicina al margen del fenómeno.

Resulta digno aspirar a un mundo donde las personas puedan llevar una vida sana y productiva, de manera independiente a su nacionalidad, cultura o credo. El compromiso global con el desarrollo sostenible ofrece una clara oportunidad para abordar diversos determinantes como son los sociales, económicos y políticos en torno a la salud y en la búsqueda de mejorar la salud y el bienestar de las personas. Alcanzar esta visión requiere la conformación de un sistema de salud sólido que pueda hacer frente a los nuevos, diferentes y marcados desafíos en salud y alcanzar las metas establecidas en los objetivos del desarrollo sostenible.

Siendo congruente con las necesidades actuales del siglo XXI, se requiere un sistema de salud que pertenezca a todos por igual, que gestione de manera eficaz, con recursos adecuados y orientados a resultados, dedicando atención especial a la transparencia, la responsabilidad y la optimización de recursos.

Este enfoque se basa en el razonamiento de que la salud debe considerarse determinada por múltiples factores fuera del control directo del sector de la salud, como puede ser la educación, el ingreso económico y las condiciones de vida individuales, entre muchos otros, donde las decisiones tomadas en otros sectores pueden afectar la salud de las personas y dar forma a los patrones de salud, distribución de enfermedades y mortalidad.

Los beneficios en salud, así como la equidad saludable y la realización de la salud como un derecho humano fundamental, requieren la formulación de políticas en otros sectores que fortalezcan los diversos planes y programas, incluidos los beneficios, los daños y los costos relacionados con la salud, toda vez que las medidas preventivas disminuyen los riesgos en las personas y la sociedad, así como también evitan el gasto inapropiado de los recursos.

El modelo de Leavell y Clark integra tres niveles de prevención, de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, en la que se realizan actividades preventivas primarias, secundarias y terciarias.

Niveles de prevención

Modelo de Leavell y Clark



Figura 2. Niveles de prevención

Prevenir la enfermedad

Es claro que la meta de la medicina es obtener la salud, recuperarla o bien curar la enfermedad. Se trata de un constante cambio y búsqueda constante del equilibrio.

Algunos se han expresado a favor del análisis de Immanuel Kant al considerar que "Uno puede sentirse sano", es decir, juzgar según su sensación de bienestar vital, pero "Jamás puede saber que está sano". La ausencia de la sensación de estar enfermo no permite al hombre expresar que está sano, de otro modo diciendo que está bien. Y si bien con esta visión se considera que la salud es el bien más grande e importante de todos los bienes.

El panorama mundial de la atención de la salud no es estático y se encuentra en constante cambio de acuerdo con los sistemas de salud que operan en entornos cada vez más complejos. Es una realidad que, aunque surgen los nuevos tratamientos, tecnologías y modelos de atención que pueden tener un adecuado potencial terapéutico, no podemos olvidar que también pueden plantear nuevas amenazas para la atención segura.

La seguridad del paciente, como bien sabemos, es un principio fundamental de la atención médica y ahora se reconoce como un desafío de salud pública mundial, el cual es grande y creciente. Los esfuerzos globales buscan reducir el impacto del daño al paciente,

sin embargo no se han logrado cambios sustanciales en los últimos quince años, a pesar del arduo trabajo en algunos entornos de la atención médica.

La seguridad del paciente es un marco de múltiples actividades organizadas que crea culturas, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en el cuidado de la salud, que reducen los riesgos de manera consistente y sostenible, reduciendo la ocurrencia de daños evitables y haciendo que los errores sean menos probables o disminuyendo su impacto cuando ocurren.

Es cierto que cada punto del proceso de prestación de cuidados contiene un cierto grado de inseguridad inherente. Para ello, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo organizacional, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales de la salud capacitados, así como la participación efectiva de los pacientes y las familias en el proceso de atención, con el fin de garantizar mejoras sostenibles y significativas en la seguridad de la atención médica.

Protección de la vida

Son múltiples los momentos en que la medicina interviene en la vida del ser humano; de hecho, lo hace desde el momento preconcepcional, ya que la concepción en ocasiones no es tan fácil como pudiera parecer. Lograr la concepción de un óvulo por un solo espermatozoide es ya una competencia y un gran inicio de la aventura. En ocasiones es a través de múltiples tratamientos y estudios, hasta llegar a necesitar pequeñas intervenciones quirúrgicas para, por fin, obtenerse; y si bien es un gran avance, aún no concluye.

El transcurso de los primeros días y meses resulta un gran reto: los manchados, cólicos, infecciones, etc., traducen el reto de la vida hasta, finalmente, salir adelante de una amenaza de aborto al traspasar las 20 semanas, lo que es ya un gran avance. Hasta ese momento el crecimiento continúa, pero no así los riesgos, por lo que la atención se va centrando en la detección temprana a través de la consulta prenatal. La mayoría de las veces todo suele transcurrir de una manera más favorable, sin embargo la presencia de una placenta previa que pone en riesgo la vida se encuentra latente. ¿Y qué decir de la aparición de algún estado hipertensivo del embarazo que puede llevar a la aparición de un desprendimiento prematuro de placenta, quedando la posibilidad de culminación del embarazo trastocada?

Después de una anhelada espera, el embarazo a término consigue una mayor tranquilidad, donde, aparentemente, se ha concluido el riesgo; pero sólo lo será hasta la resolución de parto o cesárea. Aparece ahí nuevamente la incertidumbre del bienestar, pero pueden transcurrir varias horas para culminar el embarazo. Asimismo, alguna indicación de cesárea puede presentarse en el último momento del embarazo.

Si bien ha culminado la gestación, inicia otra etapa con los cuidados del neonato, protección, sustento, inmunidad, etc., que resultan fundamentales durante el crecimiento y desarrollo de los primeros años de vida. Los accidentes en el hogar son frecuentes y qué decir de los que acontecen en las aulas o el transporte donde siempre está latente la posibilidad de algún daño. Las inmunizaciones propias de las etapas buscan la protección de la enfermedad. Más tarde llegan las etapas de vida productiva que, con el diario acontecer,

permiten una vulnerabilidad de la salud, las apariciones de alguna enfermedad crónica y los posibles accidentes laborales propios de esa actividad.

Con el transcurrir de los años se va requiriendo vigilancia y cuidados de los múltiples aparatos y sistemas que pueden mostrar fallas en cualquier momento, con la posibilidad de una intervención médica o quirúrgica; esos trastornos son acompañantes habituales y silenciosos del ser humano. Finalmente, la merma de diferentes funciones y la pérdida de independencia para realizar diversas actividades cotidianas aparece, ya sea a través de una prescripción médica, de una ayuda técnica, o producto de apoyo con algún instrumento o equipo que pueda prevenirlo, compensando, mitigando o neutralizando alguna deficiencia o discapacidad.

Mejorar la calidad de vida

La calidad de vida tiene una connotación amplia, con una interacción individual y colectiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en fechas reciente se ha pronunciado de una manera más contundente, ya que la pandemia de Covid-19 ha exacerbado las desigualdades en materia de salud y bienestar existentes entre los diferentes países.

Si bien es conocida la existencia de las diferencias, la enfermedad, secuelas y muerte causadas por el virus del SARS-CoV-2 han afectado en mayor medida a los grupos que sufren más discriminación, pobreza y exclusión social al hacer frente, diariamente, a condiciones de vida y trabajo sumamente adversas, particularmente durante las crisis humanitarias. Se estima que el año pasado entre 119 y 124 millones de personas más se vieron arrastradas a la pobreza extrema a causa de la pandemia. Además, existen evidencias de que esta situación ha generado que aumenten las diferencias entre hombres y mujeres en lo relativo al empleo, ya que las mujeres han abandonado el segmento de la población activa en mayor número que los hombres, en el último año.

Las desigualdades en las condiciones de vida de la población, los servicios de salud y el acceso a los diferentes servicios, complican aún más las deterioradas economías. Las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años de las familias pobres duplican la de los niños de las familias de países desarrollados.

La pandemia actual se ha propagado, favorecida por las desigualdades de nuestras sociedades y las deficiencias de nuestros sistemas de salud, resultando fundamental que los gobiernos inviertan en el fortalecimiento de sus servicios de salud y eliminen los obstáculos que impiden a las personas utilizarlos, a fin de que una mayor parte de la población tenga la oportunidad de disfrutar de una vida saludable y de calidad.

La OMS se ha pronunciado por incrementar 1% adicional del PIB en la atención primaria. Es una realidad que los sistemas de salud centrados en la atención primaria a la salud obtienen mejores resultados sanitarios de forma sistemática, aumentando la equidad y mejorando la eficiencia. La expansión de las intervenciones de atención primaria en los países de bajos ingresos podría contribuir a salvar 60 millones de vidas e incrementar la esperanza de vida media en 3.7 años de aquí al año 2030.

La reducción del déficit mundial de profesionales de la salud necesarios para alcanzar la cobertura universal antes de 2030, la cual asciende a 18 millones de trabajadores,

implica crear al menos 10 millones de puestos de trabajo adicionales a tiempo completo en todo el mundo, sin olvidar la necesidad de redoblar los esfuerzos en materia de igualdad de género. Las mujeres prestan la mayor parte de la asistencia en salud y social en el mundo y representan hasta 70% del personal de salud y asistencial, pero existen negativas de igualdad de oportunidades y a nivel salarial.

Bibliografía

- Capra F. El Punto Crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Buenos Aires: EditorialEstaciones; 1996.
- Ortiz Quesada. Medicina ciencia y humanismo. Documento en línea: www.cica.es/aliens/dflus/ medicinayfilosofia/Docs/Elpluralismodepraxis.
- Martínez M. El Paradigma emergente. Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica. México: 2º ed. Trillas S. A.; 2000.
- Diaz E. Medicina y Razón. I Jornadas de Medicina y Filosofía. Sevilla. 1998. Documentoen línea: http://www.cica.es/aliens/dflus/medicinayfilosofía/Docs/El20%pluralismodelapraxis% E9dica.doc.
- Piñero M Ricardo. Del arte de la Medicina a la Filosofía del arte en la antigüedad. I Jornadas de Medicina y Filosofía. Sevilla. 1998. Documento en línea:http://www.cica.es/aliens/dflus/ medicinayfilosofía/Docs/El20%pluralismodelapraxis%E9dica.doc.
- Gallego R. La medicina: una profesión. Revista electrónica del Departamento dePsicoanálisis Universidad de Antioquia. SIN: 0123-8884. 1999. Documento en línea:http://www.encolombia. com/pediatria34499-lamedicina.htm
- Sanz E. El papel de los medicamentos en sociedad. I Jornadas medicina y filosofía. Sevilla. 1998http://www.cica.es/aliens/dflus/medicinayfilosofía/Docs/El20%pluralismodelapraxis% E9dica.doc.
- 8. Laín E, Gracia Guillén D. Los orígenes de la patología científico natural en: Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat editores; 1973.
- González GH. Filosofía y medicina. Hermenéutica y salud. González, GH. Gadamer, Hermenéutica y Salud. I Jornadas de medicina y filosofía. Sevilla. 1998. Universidad Autónoma de Baja California Sur (México). Conacyt: 111369/111598. Documento enlínea:www.cica.es/aliens/dflus/medicinayfilosofía/Docs/El20%pluralismodelapraxism%E9dica.doc.
- Marcos Meeroff. Las especialidades médicas deben desarrollarse sobre la basecientífica biológica y antropológica: medicina integral e individual. Argentina. AGe.LA 33(2) 2003: 109-112. Documento en línea: www.actagastro.org/actas/2003/n2/07_lasespecial.pdf.
- 11. WHO urges countries to build a fairer, healthier world post-COVID-19. 6 April 2021. https://www.who.int/news/item/06-04-2021-who-urges-countries-to-build-a-fairer-healthier-world-post-covid-19.
- WHO. First Global Patient Safety Network Webinar2021: Patient safety incident reporting and learning systems. 5 March 2021. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patientsafety/gpsn-webinar/2021/01_gpsn_webinar_sirliam_05march2021.pdf?sfvrsn=3c3cdb63_7
- 13. WHO. Patient safety. 22 September2020. https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
- 14. González José, León Ángel. El reto de ser médico. 2ª edición. Ciudad de México 2017.

Grandes retos del sistema de salud en México

Lic. Miguel Eduardo Rueda Aguirre

Los grandes retos de la salud hoy y mañana

ESCRIBO ESTAS IDEAS en pleno despliegue del crecimiento de la tercera ola del SARS-CoV-2, en México y en muchos países más. Circulan, sin exagerar, cientos de informes, noticias y distintos estudios que tienen como centro generador de la comunicación a la pandemia inesperada.

¿Dónde estábamos en el vivir de 2019, antes de las primeras e incipientes noticias llegadas de la legendaria y hoy ultramoderna China? En el mundo de la ciencia médica existían otras prioridades. Los retos en el campo de la salud se centraban en las enfermedades crónico degenerativas; la pandemia de Influenza surgida en 2009, causada por el virus H1N1, estaba controlada y la población más vulnerable cada año recibía la administración de la nueva vacuna.

Pero hoy ya estamos en el año 2022 y, en efecto, el control de la pandemia que surgió a fines de 2019 atrae la atención. En este momento es, sin duda, un gran reto en el mundo de la salud y en este mismo libro se aborda en forma específica más adelante; pero no es el único desafío, más bien, desde la perspectiva de precisar con un criterio analítico y con la mira de siempre mejorar, entendemos que cada nación tiene sus propios retos para lograr una sociedad con buena salud. Cuentan muchos factores: el nivel de desarrollo, no sólo el económico, que pesa mucho, sino también el educativo y las políticas de salud de cada gobierno.

Como se asegura en distintos foros, los retos son distintos en los países más avanzados que en los que tienen mayor atraso. La epidemia del SARS-CoV-2 ha hecho más evidente este aserto y sin embargo hay retos que son comunes y que generan mediciones que involucran a todas las naciones. Partiendo de esta línea de reflexión, estos son, en mi opinión, los grandes retos de la salud, hoy y mañana:

- La salud universal.
- Mayor número de médicos.
- Más enfermeras.
- Más educación para la salud.
- Más y mejores medicamentos
- Menos obesidad, diabetes e hipertensión.
- Estrategia para una vejez sana.

La salud universal

Los seres humanos desde siempre hemos especulado filosóficamente, pero a ciencia cierta no sabemos de dónde procedemos, aunque biológicamente conocemos, reconocemos y aprendemos el proceso de la procreación. Por su lado, el gran naturalista británico Charles Darwin, al proponer su teoría evolucionista de las especies, indicó que procedemos de nuestros ancestros los monos. Ahora bien, más allá de cualquier controversia sobre nuestro origen, lo cierto es que al darnos cuenta de qué somos, que existimos y estamos en un proceso llamado vida y que debemos cuidarla para lograr nuestros fines personales, así como disfrutarla, independientemente de cualquier sinsabor o frustración, surge en nuestra conciencia el interés y preocupación por nuestra salud.

Ésta es, y debe ser, una responsabilidad personal, pero al vivir en sociedad, la responsabilidad por ella se multiplica. No son, entonces, solamente los profesionistas médicos y todos los demás trabajadores de la salud, que se afanan por ofrecer sus conocimientos y habilidades para prevenir o tratar eficazmente las enfermedades o agresiones que la quebranten, los principales guardianes de la salud social. Es el Estado y las políticas de gobierno en el campo sanitario quienes deben, por mandato de la propia población, organizar un buen sistema de salud.

Con base en lo anterior, cada nación despliega sus esfuerzos para que todos sus habitantes tengan acceso a servicios de salud de calidad. Según los parámetros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la salud universal se determina por dos mediciones:

- Acceso universal a la salud (toda la población de un país debe poder acceder a todos los servicios de salud).
- La cobertura universal (que se cubran todas las enfermedades).

Lo anterior significa que la población entera, personas y comunidades, sin ninguna discriminación, puedan tener acceso a servicios integrales adecuados, oportunos y de calidad. Se deben incluir medicamentos, servicios y seguros eficaces.

Todos los gobiernos tienen la responsabilidad de promover la salud y el bienestar general. De acuerdo con las conclusiones de este y otros organismos, debemos percibir o reiterar que el trinomio virtuoso para lograr el desarrollo con bienestar general de los países, está basado en atender y dar buenos resultados en las áreas de salud, educación y empleo digno, agregando a lo anterior finanzas sanas.

¿Cuáles son las barreras que pueden operar para impedir la buena marcha de los servicios de salud y que afectan sobre todo a la población más pobre? Se han detectado fundamentalmente tres.

- Financieras.
- Geográficas.
- Falta de disponibilidad de los recursos.

Refiriéndonos a los recursos humanos y acordes con el concepto que encabeza este capítulo denominado los grandes retos de la salud, es perentorio conocer en dónde estamos, ya que así tendremos puntos de partida y criterio prospectivo para avanzar en la

integración de un mejor sistema de salud. En este sentido vamos a revisar algunas cifras indicadoras y actualizadas de nuestras condiciones presentes.

Los parámetros más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS)², dados a conocer por el Banco Mundial en 2018³, ubican a México abajo de la media de la Organización para el Comercio y Desarrollo Económico (OCDE).

Como ejemplo, aquí se muestra una lista de diez países

Por cada mil habitantes, ¿cuántos médicos hay?

Argentina	4.0
Cuba	8.4
Costa Rica	2.9
EEUU	2.6
Grecia	5.5
Italia	4.0
México	2.4
Portugal	5.1
Turquía	1.8
Uruguay	5.1

Ahora bien, según los datos que publica la OCDE, el promedio de médicos de los países que integran este organismo es de 3.35 por cada 1,000 habitantes y México tiene 2.4

Enfermeras

En cuanto a los datos de la cantidad de enfermeras por cada 1,000 habitantes, veamos el ejemplo de los siguientes diez países:

Alemania	13.2
Australia	12.6
Bélgica	19.5
Brasil	10.1
Cuba	7.6
Croacia	8.1
Dinamarca	10.3
EEUU	14.5
México	2.4
Rusia	8.5

Los datos de la OCDE establecen que el promedio de enfermeras de los países miembros es de 9.6 por cada 1,000 habitantes.

Camas hospitalarias

Las cifras de la cantidad de camas hospitalarias por cada 1,000 habitantes en el siguiente ejemplo no favorecen a México.

Alemania	8.0
Argentina	4.0
Austria	7.8
Cuba	5.3
Corea del Norte	13.2
Corea del Sur	12.4
EEUU	2.9
Francia	5.9
México	1.0
Japón	13.0
Rusia	7.1

En este rubro, el promedio de los países integrantes de la OCDE es de 5.

Gasto en salud que sale del bolsillo del paciente

De acuerdo con los datos publicados y actualizados por la OCDE, el promedio del gasto que aporta el paciente en servicios de salud es de 21%. El porcentaje que sale del bolsillo del paciente, según el mismo organismo, en México es de 41%.

Finalizo el concentrado de estos datos con las cifras que proporciona el mismo organismo sobre el gasto en salud per cápita, en dólares. El promedio de los países OCDE es de 4.0. Estados Unidos destina 10.5% y 1.1% en México.

Conocer nuestra realidad es una necesidad para mejorarla

Exponer los datos anteriores no tiene otro propósito que el de reconocer en qué condiciones nos encontramos, para así trabajar con una mentalidad de colaboración, de propuestas y de acciones concretas. Son innegables estos retos para que, al encararlos acertadamente, la salud general de nuestro país mejore. Así pues, siguiendo la necesidad de conocer datos que pueden ser útiles para dimensionar la magnitud del trabajo que se debe hacer, consideremos lo que difunde la OCDE. Según este organismo, existen los siguientes parámetros que nos dan la imagen de los servicios de salud que hay en los países afiliados a esta organización.

- Esperanza de vida.
- · Mortalidad evitable.
- Morbilidad por enfermedades crónicas.
- Percepción del estado de salud.

Los mejores resultados los obtienen Japón España, Suiza y Países Bajos. Y por debajo del promedio están situados, entre otros, Hungría, Letonia, México y Polonia. Es claro que los resultados tienen como base uno de sus factores principales: los recursos que destina cada nación para el sector salud. Por ejemplo, el gasto del porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) en México es de 5.5%, OCDE 8.8% y Estados Unidos de 16.9% (Fuente: OCDE. Health stadistica 2019).⁴

Los hospitales

Un recurso fundamental para la recuperación de la salud es, precisamente, el nivel de los servicios hospitalarios con los que cuenta cada país, tanto en número como en calidad. Es difícil categorizarlos porque las apreciaciones suelen ser subjetivas y, desde luego, aquí también está incluido el tema del desarrollo de cada país. Sin embargo, se considera que si se miden los hospitales por el número de camas –indicadoras tanto del número de pacientes que se atienden como de la cantidad de médicos y personal de salud–, en México los diez primeros hospitales públicos, de acuerdo con la clasificación realizada por el portal Global Health Inteligence, son los siguientes:⁵

- Hospital General de México: 1,184
- Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde": 924
- Hospital General Regional N° 36 de Puebla: 802
- Hospital Central Militar: 792
- Hospital General Centro Médico la Raza: 740
- Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González: 682
- Hospital Regional General Ignacio Zaragoza: 679
- Hospital Civil de Guadalajara Juan L. Menchaca: 648
- Hospital General Regional Núm. 46 de Guadalajara: 636
- Hospital de Ginecología y Obstetricia Núm. 23 de Monterrey: 589

En cuanto a los hospitales privados, las distintas fuentes consultadas varían. Por razones de imparcialidad y de los criterios que se toman en cuenta, sería inadecuado mencionar un registro preciso.

¿Faltan médicos y enfermeras en nuestro país?

La respuesta inmediata a esta interrogante es afirmar que sí hay un déficit. Las cifras que hemos anotado arriba lo demuestran. Pero, además, si alguien con interés, paciencia y gran voluntad busca datos sobre el tema, encontrará una disparidad de números según las fuentes que consulte. Sin embargo, todas coinciden en estimar que México requiere más médicos, tanto generales como especialistas. La OCDE, que aquí hemos citado en varias ocasiones, es enfática en su análisis y la conclusión es que sí existe déficit.

Para una visión amplia de los médicos especialistas en México, se recomienda consultar el estudio denominado "Médicos especialistas en México", publicado en la Gaceta Médica de México y cuyos autores son: Gerhard Heinze Martín, Víctor Hugo Olmedo Canchola, Germán Bazán Miranda, Napoleón Andrés Bernard Fuentes y Diana Patricia Guízar Sánchez. (Universidad Nacional Autónoma de México. División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina. Ciudad de México).⁶

La actividad profesional de la enfermería

En lo que se refiere a las enfermeras y enfermeros de México, debemos afirmar que siendo la enfermería una de las profesiones que gozan de mayor respeto y aprecio en el sentir y

percepción de la población mexicana, la necesidad que tiene el país de quienes trabajan en esta área no está satisfecha.

La demanda de enfermeras es muy grande y, según la recomendación de la OCDE, estamos lejos de cubrirla. Esta organización internacional, en sus últimos análisis recomienda que haya 9 enfermeras por cada 100,000 habitantes, mientras que en México sólo tenemos 2.8. Noruega, que está en la punta en este rubro, cuenta con 17.8. (datos publicados por Código, publicación de la Cámara Nacional de la Industria farmacéutica –Canifarma–. Octubre 3/2019).⁷

Coincido con la preocupación que se tiene por esta insuficiencia, más aun en los tiempos actuales, caracterizados por el impacto de la pandemia. Conviene recordar –y se ha hecho presente–, que siendo crucial su profesión para el cuidado del paciente y para conseguir la restauración de su salud, hoy se ha evidenciado claramente que la enfermería es la actividad que no sólo se ocupa del cuidado de los pacientes y de la asistencia técnica y profesional que acompaña y complementa la terapia prescrita por el médico, sino también es fundamental para aliviar el sufrimiento. Se puede afirmar, de ahí, que a más enfermeras, más restauración y prevención de la salud.

Con estos datos concluimos esta parte del análisis sobre la salud universal, los médicos y el personal de enfermería. Apreciamos todavía mucha desventaja y desigualdad en estos parámetros, desfavorables para México, que son retos innegables. Una buena conclusión para esta parte del presente capítulo será transcribir textualmente la visión sobre la salud, que se redactó en la declaración de Bangladesh en el año 2000. En ese momento, ahora ya lejano comienzo del siglo XXI, se hicieron muchas críticas sobre las carencias de muchos países, con los vacíos que aún se tenían para alcanzar la salud universal. Desde entonces, y hasta el presente, se avanzó, pero sin duda ese avance aún es insuficiente.

Visión sobre la salud (Bangladesh 2000).

La equidad, el desarrollo ecológicamente sostenible y la paz son los ejes centrales de nuestra visión de un mundo mejor -un mundo en el cual una vida saludable para tod@s sea una realidad; un mundo que respete, aprecie y celebre toda vida y diversidad; un mundo que permita el florecimiento de los talentos y habilidades para enriquecer uno/a a otro/a; un mundo en lo cual las voces de los pueblos guíen las decisiones que afectan nuestras vidas. Hay más que suficientes recursos para lograr esta visión.

Educación en salud

No sólo es un reto, es una gran necesidad la implementación de programas dirigidos a la comunidad para crear conciencia y acciones destinadas a conseguir que cada habitante de nuestro país sea responsable en el cuidado de su salud y contribuyente de la salud colectiva.

Existen muchas definiciones sobre el concepto de educación para la salud; algunos también le llaman *educación en salud*. Una de ellas, acuñada por la Universidad de Valencia, afirma que es un proceso mediante el cual individuos y grupos de personas aprenden a comportarse de tal manera que favorecen la promoción, el mantenimiento o la restauración de la salud.

Se parte, entonces, de considerar que la salud es un concepto global. No sólo es tener un cuerpo sano, sino también lograr salud biopsicosocial, es decir, un cuerpo, mente y entorno social saludables. Para conseguirlo es preciso considerar que la salud no sólo significa ausencia de conflictos que agredan al ser individual y social, sino más que eso: es tener capacidad para prevenirlos y/o para afrontarlos y resolverlos.

Por tanto, se necesita pasar al terreno de la educación. El personal de salud debe convertirse en un gran equipo de educadores en salud, encabezados por el médico. Sus objetivos son enseñar salud al paciente a la familia y a la comunidad.

Necesariamente se tienen que considerar los siguientes pasos:

Planeación Qué, quién, a quién, cómo, cuándo, dónde.

Preparación A quiénes se va a impartir la enseñanza.

Promoción Que se conozca cuándo, en dónde y el programa.

Prevención Lograr conductas nuevas.

Recuperación Centrarse en los cuidados.

Rehabilitación Plan específico y acciones.

Todo lo anterior, realizado en los tres ejes denominados: Prevención primaria. Prevención secundaria y Prevención terciaria. Ahora bien, debe considerarse que para realizar esta actividad con eficacia, se pueden utilizar métodos directos y también indirectos, siendo los directos las sesiones educativas, en las que un educador en salud presente un tema específico a grupos pequeños, auxiliándose de medios visuales como folletos, carteles y los recursos con los que la tecnología de hoy enriquece la claridad de la enseñanza.

Los métodos indirectos se constituyen con campañas generales dirigidas a toda la sociedad utilizando la televisión, la radio y las publicaciones impresas. Hoy se están empleando más ante la imperiosa necesidad de concientizar para practicar las medidas preventivas que eviten el contagio individual y masivo. Mención especial es el esfuerzo que se despliega para informar acerca de las jornadas masivas de vacunación. Otro reto más, dentro de este desafío, es convencer a los escépticos, influenciados por los grupos anti-vacuna.

Está claro que, si estos medios de comunicación se hubiesen empleado en los años anteriores, con más cobertura social, para proteger a la población del consumo de tantos alimentos que propician enfermedades crónico degenerativas, la obesidad y la diabetes no estarían ahora asolando a tantos mexicanos.

No olvidemos, por último, que en este amplio campo de la educación para la salud, el mismo médico es fundamental en su contacto con el paciente, a quien tiene que considerar como un interlocutor que será un aliado en el manejo de su enfermedad o en los distintos niveles de prevención; el médico, con su palabra clara, será el educador principal para infundir confianza en el paciente y su entorno familiar.

Más y mejores medicamentos

Es impresionante el avance que se ha conseguido en la expectativa de vida hoy en día. Los pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) pueden tener prácticamente una vida normal. Hay, asimismo, un aumento de los años por vivir en muchos enfermos con determinados tipos de cáncer y la mortalidad infantil ha disminuido notablemente, aunque en algunos países aún es un gran reto. La mortalidad por problemas cardiovasculares sigue siendo aun un tema vital, aunque tiende a disminuir con el control de las nuevas terapias crónicas. Los antidiabéticos y la disciplina de quienes padecen esta enfermedad, posibilitan que vivan más años. Y las vacunas son, cada día que pasa, el gran seguro de vida.

En la primera mitad del siglo pasado se inició el esfuerzo para aumentar los años de vida de las poblaciones. Entonces fue que los gobiernos desplegaron las medidas sanitarias, el saneamiento del agua, los drenajes, así como la higiene en la preparación de los alimentos, para aumentar el tiempo de vida. En la segunda parte del siglo XX, los antibióticos fueron los grandes protagonistas, aunado el hecho de que, con el gran aumento de la población urbana, con servicios de salud más oportunos, propiciaron que la ciencia médica proporcionara más años de vida a la humanidad. Los nuevos medicamentos proporcionaron al médico nuevos recursos que bien empleados con criterio certero permitieron grandes logros en la salud.

Hoy es el tiempo del reto llamado calidad de vida. Ya no es suficiente que en las últimas décadas se hayan producido descubrimientos que trajeron nuevos e innovadores medicamentos, los que permitieron que hoy en muchos países se viva 75 años, en general; y en otros se rebasen los 80 años. Las actuales innovaciones surgidas de la industria farmacéutica se encaminan ahora hacia el concepto calidad de vida. No es suficiente vivir más, sino que vivir saludablemente es el otro gran reto. Con mención aparte hay que reconocer que no sólo las innovaciones científicas en el campo de la industria farmacéutica son las que cuentan, sino también las de la tecnología con que se fabrican. La calidad es la gran meta, en este orden de ideas.

Cierto, hay enfermedades que son raras, o aquellas que no afectan a grandes núcleos de población, pero que siendo su tratamiento un reto para los médicos, han provocado que algunas compañías farmacéuticas orienten su investigación hacia este horizonte.

En este sentido, hay que considerar que los medicamentos significan la gran aportación para aliviar y prevenir las enfermedades, pero también son un reto para todos los gobiernos del mundo, ya que implican un gran presupuesto en las políticas de salud. La conclusión del avance en la esperanza de vida es que, tanto en la medicina pública como la privada, la ciencia médica y la industria farmacéutica han sido grandes determinantes para que la sociedad tenga más salud.

La obesidad y las enfermedades crónicas asociadas a ella

Son muchas las enfermedades que constituyen un reto mayor para que un país y el mundo pueda alcanzar mejores estándares en salud. Sin embargo, anotamos aquí que para nuestro país un reto mayúsculo, dentro de las enfermedades no contagiosas, lo constituye la obesidad y las enfermedades que se vinculan directamente a ella y que se han multiplicado en proporciones alarmantes.

No es este el lugar para analizarla desde el punto de vista médico, pero sí de asegurar que este gran problema de salud involucra un gran gasto público para su control, ya que significa crear y organizar campañas de información y reflexión sobre sus causas, así como definir estrategias para prevenir, reducir y controlar el problema y sus consecuencias.

Es necesario reiterar la dimensión de este enorme desafío. Se estima que actualmente, de acuerdo con el último estudio publicado por la OCDE, Estados Unidos ocupa el primer lugar mundial en obesidad con 38.2% de su población afectada. México ocupa el segundo lugar con 32.4% y Nueva Zelanda, con 30.7%, tiene el tercero.

En opinión de los especialistas en este tema, se ha demostrado que si se atiende la obesidad, en gran proporción se controlan las enfermedades crónicas adyacentes asociadas a ella como la hipertensión, diabetes y dislipidemias.

Estrategias para una vejez saludable

Mirar la vida desde las distintas edades del ser humano y enfocarla con la óptica de la salud significa ubicarnos con cada una de ellas para una estrategia de salud, más que de atención de las enfermedades, que pueden ser evitadas. En las personas mayores de 60 años, más allá de si son clasificadas como adultos mayores, pertenecientes a la tercera edad o cualquier otra acepción que se use para definirlos, se debe considerar que, al aumentar la esperanza de vida en todo el planeta, es evidente que la atención geriátrica se torne en un reto real e ineludible.

Según la OMS, en 2020, en el mundo hay mil millones de personas con 60 años o más, es decir, 12% de la población total. Se calcula que en 2050 ascenderá a 22%. Dice la misma organización que 80% vivirá en países de ingresos medios o bajos.

En Japón, 30% de la población tiene más de 60 años de edad y se estima que hay en el mundo 125 millones de personas con 80 años o más (equivalente esta cifra a prácticamente toda la población de nuestro país); en 2050 serán 434 millones en el mundo.

La idea es que se trabaje por una vejez saludable; podría decirse también, en una senectud activa. Este es uno de los grandes retos, no sólo de la medicina sino de las muchas áreas que se asocian: pensiones justas, educación para prevenir, programas sociales; incluso estudiar nuevas carreras universitarias para mayores de 60 años.

Asimismo, concientizar a la población menor de 60 años para que desarrolle un estilo de vida saludable es parte de la estrategia para lograr una vejez sana. Y ya una vez instaladas las personas en sus seis décadas de vida, aumentar su cultura de cuidados físicos y evitar las situaciones estresantes. Es aquí donde la geriatría se vuelve la piedra angular para lograr años muy buenos en esta etapa de la vida. Cierto, para lograr esa vejez saludable, cuentan varios factores: la herencia genética, los años anteriores y el tipo de vida practicado, así como el entorno físico actual y el familiar y social. La meta es lograr una vida no dependiente. Todos tenemos que contribuir a lograr esas metas principiando con el Estado, que tiene que ajustar el sistema de salud con las necesidades de las personas mayores.

En conclusión

Hemos intentado presentar un concreto panorama de los mayores retos que el mundo y México afrontan en esta década en el campo de la salud. Vivimos en un país con 126 millones 14 mil 24 habitantes, según el censo de 2020, ocupando el noveno o décimo lugar en número de habitantes en el mundo, ya que estamos en igualdad numérica con Japón y durante los últimos 70 años la población ha crecido cuatro veces.

Para una apreciación más panorámica se establece que en 1950 nuestro país tenía 25.8 millones de habitantes y de 2010 a 2020 la población creció en 14 millones; a este ritmo, en 2030 podemos esperar que en México vivirán más de 140 millones de personas.

Todo ser humano tiene derecho a aspirar a una vida pacífica, constructiva y saludable. Los mexicanos, para lograr este gran objetivo, tenemos retos enormes, pero no deben verse con pesimismo. Las cifras presentadas aquí están para generar acciones y nunca lamentaciones. Hay muchos mexicanos trabajando en el campo de la salud con vocación y con criterios bien fundamentados. La vida es un constante optar, es decidir por lo que se estime que debe dar mejores resultados.

Trabajar todos, en el campo que sea nuestra actividad elegida, para hacer realidad el acceso y la cobertura universal en salud, es abordar lo que nos toca con conciencia profesional. El Estado, la sociedad, los médicos y todos los trabadores de la salud debemos trabajar en comunidad, bajo la égida de lograr una vida digna para todos.

Referencias

- Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- 2. Organización Mundial de la Salud (OMS).
- 3. Banco Mundial. Datos sobre la OCDE 2018.
- Datos publicados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, (OCDE Health), estadística 2019.
- 5. Portal Global Health Intelligence.
- 6. "Médicos especialistas en México", publicado en la Gaceta Médica de México y cuyos autores son: Gerhard Heinze Martín, Víctor Hugo Olmedo Canchola, Germán Bazán Miranda, Napoleón Andrés Bernard Fuentes y Diana Patricia Guízar Sánchez. (Universidad Nacional Autónoma de México. División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina. Ciudad de México). Gac. Med. Mex 2018,154:342-351
- Código. Publicación de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica. Canifarma. Octubre 3, 2019.
- 8. Visión sobre la salud (Bangladesh 2000).
- 9. Universidad de Valencia.

El médico de primer contacto y su participación en tiempos de pandemia

Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones, Dr. José Francisco González Martínez

LAS PANDEMIAS Y EPIDEMIAS han amenazado siempre la vida de los seres humanos a lo largo de la historia. El mundo entero ha tratado de encontrar formas útiles para luchar en contra de sus apariciones inesperadas, que siempre han dejado a su paso millones muertes. Son fenómenos que han marcado de una u otra manera nuestra sociedad y cultura, toda vez que la enfermedad ha acompañado al hombre a través de la historia y si bien el coronavirus es la pandemia de nuestro tiempo, no ha sido la única.

Podemos decir que en la medida en que el hombre ha buscado organizarse en clanes y/o grupos, es en ese espacio y tiempo donde las enfermedades contagiosas cobran un papel relevante.



FIGURA 1. PRINCIPALES PANDEMIAS EN LA HISTORIA.

En una línea de tiempo, de manera general, podemos considerar las siguientes como las más sobresalientes:

La Biblia menciona en el *Viejo Testamento*, en el libro del Éxodo, capítulo 7, versículo 11, que, al fundar la religión de Abraham, una serie de 10 plagas golpearon a los egipcios, para que el faraón liberara a los israelitas de la esclavitud.

En El Corán, en el capítulo 7, plagas similares son descritas y referidas en la tradición del islam.

Dentro del contexto bíblico, los brotes pandémicos predijeron el fin de la humanidad. En el libro del *Apocalipsis*, capítulo 16, siete calderas con la ira de Dios serían derramadas sobre la Tierra por ángeles; algunas de ellas conteniendo plagas similares a las infecciones naturales: "Cuando el primer ángel vierta su cuenco en la tierra; el daño y el dolor vendrán sobre la gente que lleve la marca de la bestia" (Revelaciones 16:2).

Es así como, bajo el contexto de la religión de Abraham, las infecciones severas pueden ser interpretadas como un castigo divino por los pecados de toda la sociedad o de algunos de sus segmentos; o como escatológico anuncio de que llegó el fin de los tiempos.

Plaga ateniense

Ésta está históricamente documentada del 430 al 411 a.C., entre las ciudades de Esparta y Atenas. Hipócrates fue contemporáneo a dicha plaga de Atenas, que se originó en Etiopía y desde allí se expandió a través de Egipto y Grecia. Los síntomas consistían en tos con sangre y fuertes dolores de estómago, náuseas y vómitos. Se ha considerado a la peste bubónica o la fiebre tifoidea como culpables.

Plaga Antonina

Apareció entre el 165 y el 180 a.C., y fue documentada por Galeno. Se piensa que fue causada por la viruela. Llegó al imperio por los soldados que regresaban de Siria, afectó Asia menor, Egipto, Grecia e Italia. Destruyó a más de un tercio de la población y diezmó al ejército romano.

Peste de Justiniano

Ocurrió durante el imperio bizantino; es la primera de la cual se tiene registro. Se desarrolló por toda Constantinopla, mermó su población en 40% y se calcula una mortandad de 4 millones de personas. Se atribuye a Yersinia Pestis.

Peste negra

Se remonta a mediados del siglo XIV (1346-1353). Los roedores convivían muy cercanos a los humanos en las grandes ciudades y se desplazaban en los mismos medios de transporte. En la península Ibérica se calcula una pérdida de hasta 65% de la población. La población en Europa mermó dramáticamente, calculándose una mortandad de 50 millones de personas.

Viruela

Se tiene historia de este padecimiento desde hace aproximadamente 10,000 años, apareciendo como pústulas corporales muy características. Mantuvo tasas de mortandad hasta de 30%. En el nuevo mundo cobró gran relevancia, siendo un papel determinante para lograr la conquista de los pueblos novohispanos.

Es una realidad que la llegada de Colón y sus hombres a América en los diferentes viajes tuvo radicales consecuencias para los indígenas, que vieron diezmada su población debido a las guerras, la esclavitud y las enfermedades procedentes del viejo continente.

Las enfermedades infecciosas sin duda tuvieron un papel relevante, debido al intercambio de personas, bienes y microbios entre dos territorios separados por cientos de kilómetros de océano, con las sabidas consecuencias.

Las condiciones de aquellos barcos durante el viaje consistían de un espacio limitado, sobresaturación de personas, convivencia cercana entre ellas y animales; además de las deficientes condiciones alimenticias, sanitarias e higiénicas durante las varias semanas de viaje. Eso generaba un ambiente sumamente propicio para el intercambio de microorganismos entre la tripulación, animales, fómites, etcétera, ya sea por vía respiratoria (gripe, viruela, sarampión), por contacto directo (viruela), por vía digestiva (diarreas, fiebre tifoidea), picaduras de piojos (tifus exantemático) y por picaduras de mosquitos (malaria y fiebre amarilla).

Los indígenas del centro de México sufrieron una mortal epidemia de viruela en el año 1520. Los mexicas no sabían qué era esa rara enfermedad que mataba a la población. Era la viruela, que llegó en el peor momento: se encontraban en plena batalla por defender la capital del imperio azteca ante los conquistadores españoles.

Se considera que la mayor parte de los europeos que llegaron a América tuvieron los virus en la etapa infantil y pudieron pasar las viriasis en esa etapa, por lo que ya disponían de inmunidad natural protectora, a diferencia de los nativos de aquellas tierras que, al no tener contacto previo, supuso una primaria exposición inmunológica, detonando una falta de respuesta inmune defensiva frente a las nuevas infecciones. Esta es la clave del desastre provocado por la gripe (1493), la viruela (1520) y el sarampión (1500).

Gripe española

Este padecimiento apareció al terminar la Primera Guerra Mundial (1914-1919) en múltiples frentes. Se estimó la tasa global de mortalidad hasta en 20% de los infectados, llegando a alcanzar una mortalidad calculada entre 20 y 50 millones de personas.

Gripe asiática

Se registró en la península de Yunán, China. El virus de la gripe A (H2N2), de procedencia aviar, apareció en 1957 y en menos de un año se diseminó por todo el mundo, ocasionando un millón de muertes en el mundo.

Gripe de Hong Kong

Nuevamente en Asia, apareció una variante del virus de la gripe A (H3N2) en 1968, llegándose a expandir de igual manera por todo el mundo, calculándose una mortandad de un millón de personas.

Virus de Inmunodeficiencia Humana

Los primeros casos aparecieron en 1981 y desde entonces se expande por todo el mundo. Su transmisión por fluidos corporales hace que sea menos contagioso, en comparación con otros virus. Se calcula que ha generado 25 millones de muertes por todo el mundo.

Virus de la influenza H1N1

En 2009 el mundo enfrentó la batalla contra este virus; en nuestro país se dio una respuesta rápida contra él, a pesar del temor y pocas explicaciones, lo cual generó una repercusión importante en la mortalidad de la población, sin olvidar la crisis financiera y escasez de medicamentos que existían para contrarrestar la enfermedad y el posterior advenimiento de la vacuna.

Ébola

Endémico en África Central y Oriental, donde los murciélagos frugívoros sirven como reservorio, brotó en Nueva Guinea en 2013, expandiéndose hasta Sierra Leona y Liberia. Llegó a reportarse un caso en Texas y generó pánico y muertes, debiendo ser contenida para evitar mayor propagación.

Zika

El único brote fue notificado en 2007. El virus está latente en los monos Rhesus de Uganda, siendo identificado en Brasil en 2015. A pesar de tener un curso moderado, puede causar síndrome de Guillain-Barré en adultos y más trágicamente microcefalia en niños de madres infectadas.

Coronavirus SARS-CoV-2

De aparición a finales de 2019, el mundo nunca sospechó la gran pandemia que se avecinaba. Fue descubierta y aislada por primera vez en Wuhan, China, con origen zoonótico. La peor crisis financiera, económica, energética, alimenticia, ecológica, política, social, de pobreza, desigualdad y de seguridad, a un año de distancia, sigue causando estragos en todo el mundo. La aparición reciente de una vacuna vislumbra una realidad esperanzadora para poder combatir esta gran amenaza que ha cobrado hasta la fecha más de 2.6 millones de vidas en todo el mundo.

Finalmente, es importante reconocer que en las epidemias existen diferentes oleadas y los países más vulnerables son por mucho los que carecen de los recursos necesarios para brindar una atención sanitaria adecuada a su población, por lo que es importante aprender de la experiencia amarga que a través de la historia la humanidad aprende; sin embargo, los intereses políticos se encuentran por encima de una conciencia real de una devastación, por lo que es necesario efectuar un análisis real a través de una evaluación cuidadosa y evitar reincidir en los errores, ya que no ha sido la última pandemia que debamos enfrentar a lo largo de nuestra historia.

Bibliografía

- 1. Reynoso C. La influenza A (H1N1) y las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias. Desacatos 32 (1) 2010.
- 2. American Academyofpediatrics 2006.
- 3. Mago H. Salus. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*. Universidad de Carabobo. Diciembre 2011 Vol. 15 No.3
- 4. Huremovick D. *Psychiatry of pandemics: A mental health response to infection outbreak.* NatureSwiterland.





La educación como estrategia de progreso

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

El descontento es la primera necesidad del progreso Thomas Alva Edison

Introducción

ESTAMOS ACOSTUMBRADOS A VER la educación como un componente natural obligado de la organización social, de modo que ya ni reflexionamos suficiente en su profundo significado. Es parte de la normalidad cívica. Acaso, cuando aparece una disrupción, como lo ha sido la pandemia de Covid-19, nos percatamos de la desventura de prescindir de ella, al menos tal como estamos acostumbrados a considerarla. Al igual que se dice para la salud, no nos percatamos de su importancia hasta que la perdemos.

La pandemia no fue sólo disruptiva, sino un evento portador de futuro como nunca lo habíamos vivido. No cabe duda de que, a pesar de los daños, también originó progreso, al igual que lo que ocurrió con las guerras. Como dijo Yuval Harari, aunque la humanidad se retiró al mundo virtual, Internet no colapsó; al tiempo que se develaron los aspectos negativos de la sociedad y los gobiernos, también emergió nuevamente la solidaridad. Se identificó rápidamente la estructura del virus, se desarrollaron vacunas en un tiempo récord y se logró una colaboración científica internacional sin precedentes. La educación se aproximó a lo que probablemente va a ser en el futuro, aunque hay que reconocer que la eficiencia educativa sufrió una merma notable, y por lo pronto hay que conceder la razón a Fernando Savater cuando dice que "la verdadera educación es la presencial". No obstante, ha sido una oportunidad de ensayar nuevos caminos para la enseñanza, varios de los cuales quedarán consagrados, pero también puso en evidencia las limitaciones de la sociedad para enfrentar estas nuevas rutas.

Hoy concebimos la educación no sólo como la manera de habilitar a las nuevas generaciones para que puedan ganarse la vida mediante un oficio o una profesión, ni sólo para convivir en sociedad al compartir códigos con el resto de los integrantes, sino que, bien entendida, la educación es la estrategia fundamental del progreso, como dice el título de este escrito.

Puede cuestionarse el concepto de progreso, como lo han hecho ya muchos pensadores y ensayistas, y dado que hay tantas visiones, será necesario proponer alguna como referente para el desarrollo de este capítulo.

Progreso viene del latín y significa "caminar hacia adelante"; su antónimo sería la regresión. Para vincularlo con la educación, conviene enfocarlo al progreso individual y al de la sociedad, aunque ambos tienen muchas caras. El progreso lleva implícita la idea de mejora, pero lo que esto significa para algunos puede no serlo para todos, y siempre tiene una segunda cara: el progreso industrial, por ejemplo, ha ido aparejado con el aumento de la contaminación atmosférica; el progreso económico en ciertas personas puede acompañarse del empobrecimiento de otras; el progreso en la supervivencia acarrea sobrepoblación y aumento de algunas enfermedades o hasta enfermedades emergentes; los trasplantes de órganos y la inmunosupresión propiciaron nuevas enfermedades; sobrevivir al cáncer puede lograrse con secuelas inéditas, de manera que habría que admitir que con frecuencia el progreso tiene un costo. Se podría generalizar que todo progreso tiene un precio y una contraparte, y que el progreso universal o global es prácticamente una entelequia. Según Octavio Paz, "ahora sabemos que el reino del progreso no es de este mundo".

Para eludir las connotaciones políticas y demagógicas, aquí nos vamos a referir al progreso individual y a ciertos colectivos de progresos individuales, y no precisamente al progreso económico, administrativo o sanitario. Por razones de la naturaleza de este libro, la discusión se va a circunscribir a la medicina y la educación médica, con enfoque en el progreso de la práctica médica y en el de la práctica educativa.

Aprender, ¿para qué?

Es bastante obvio que el propósito esencial del acto educativo es el aprendizaje. Por más esfuerzos que realicen los docentes y la escuela, si no se logra el aprendizaje de los educandos se tiene que considerar un fracaso que deslegitima todo el proceso. Pero el aprendizaje, siendo un objetivo claro, no es un fin en sí mismo, sino un medio para tener otros logros. En el microcosmos de los estudiantes, el logro puede ser aprobar un examen, avanzar de grado escolar, obtener un reconocimiento familiar o social, conseguir un título o un certificado y otros. "Lo importante es aprobar el examen, aunque para ello tengamos que aprender". Pero en términos de progreso, el aprendizaje tiene que ver con ser una mejor persona, un mejor ciudadano y poder servir a la comunidad en la que se desenvuelve, a través de las competencias que se han adquirido. Es verdad que todos los éxitos que se llegan a conseguir tienen incentivos intermedios tales como diplomas, salarios, empleos, reconocimientos, que siempre tienen el riesgo de pervertirse y verse como fines. Estos incentivos parciales tienen el objetivo de estimular la participación, pero no rara vez se contaminan al convertirse en propósitos principales.

Competencia y desempeño

El efecto de la educación se expresa finalmente en el desempeño de los egresados. Conviene distinguir el desempeño de la competencia (entendida en el sentido educativo), la que señala, de manera explícita, lo que se espera de los graduados, y que se ha constatado en evaluaciones sumarias o de otro tipo. Pero el desempeño se lleva a cabo, no en el ambiente escolar, sino en el del trabajo cotidiano, bajo las condiciones de todos los días

y no en las circunstancias ideales del limitado castillo de la escuela. Si bien el egresado se ha educado para hacer los esfuerzos por modificar la realidad si no parece conveniente de acuerdo con el ideal aprendido, también ha de tener la capacidad y la flexibilidad para adaptarse a las circunstancias reales.

En la educación médica el estudiante aprende cómo debe actuar, pero no siempre considerando las condiciones de la práctica real; para los médicos, por ejemplo, cuando no hay medicamentos, el laboratorio tiene pruebas suspendidas o está en mantenimiento, los pacientes son hipoacúsicos o dementes, los familiares impertinentes, no hay equipo suficiente para la atención, etc. Por supuesto que la solución no está en adaptarse a estos males, sino en la reparación de las deficiencias, pero siempre habrá alguna carencia y hay que saber contender con ella. En otras palabras, un egresado puede tener las competencias, pero ello no garantiza un buen desempeño. La educación habría de prepararlo no sólo en sus competencias sino para un adecuado desempeño a pesar de las circunstancias.

El progreso como destino

La educación no puede verse como la reproducción del saber de las generaciones viejas transferidas a los jóvenes (lo que se ha llamado la teoría reproductiva de la educación); si las nuevas generaciones son tan solo una copia (y siempre será imperfecta), la sociedad va hacia el deterioro o la regresión. La única manera de progreso social es que los alumnos superen a los maestros, aunque hay que reconocer que muchos profesores le tienen pánico a esta circunstancia porque sienten que va a significar que los egresados les harán competencia y eventualmente los desplazarán. Pero hoy se reconoce que la manera de trascender (al margen de las religiones) es, además de "tener un hijo, plantar un árbol y escribir un libro", lograr que tus discípulos te superen.

La educación es, siempre, un ejercicio de futuro. No se forman las personas para ejercer en el presente; por tanto, debe estar diseñada mediante una visión prospectiva. Hoy en día, el futuro llega muy pronto; los cambios se suceden vertiginosamente. Y aunque no lleva implícito el progreso (pues hay futuros de deterioro), la planeación didáctica supone preparar a los egresados para un futuro de prosperidad.

Los caminos del progreso

Probablemente se puedan distinguir dos caminos: por un lado, la adaptación armónica a las circunstancias cambiantes (no anclarse en lo obsoleto) y, por otro, la planeación del futuro mediante anticipación, predicción y presupuestación, de acuerdo con los escenarios imaginados o estimados. Ambos caminos son complementarios: vivir el presente y prepararse para el futuro. Hoy la estimación del futuro (o los futuros) ya no es una actividad esotérica o secreta, sino producto de una investigación científica que considera las tendencias y las necesidades sociales, y hace estimaciones estadísticas con bases matemáticas.

Algunos ven el progreso como un resultado automático de la educación; cada egresado de un ciclo educativo es, por definición, un mejor individuo que el que ingresó; por lo tanto, bajo esta visión, la educación genera necesariamente progreso. Sin embargo, este

argumento no es del todo cierto, si bien el propósito de la educación sí armoniza desde luego con esta idea. Pero el acto educativo también puede dañar, a veces en forma irreversible, y generar individuos infelices e incompetentes. La responsabilidad de los docentes se extiende hacia el respeto a la dignidad de los alumnos y a su desarrollo integral. Chéjov decía que "una educación deficiente es peor que ninguna educación".

La educación tradicional y sus limitaciones para enfrentar el progreso

Hoy se tiende a menospreciar la educación tradicional, a pesar de que muchos de los que la critican se formaron en ella. Por un lado, se satanizan las conferencias magistrales cuando el factor limitante es, más que la técnica didáctica, la calidad de los conferencistas. En manos de ponentes hábiles y atractivos los logros en aprendizaje, y sobre todo en motivación, suelen ser considerables y puede ser, sin duda, un camino hacia el progreso, como lo ha sido a lo largo de la historia. Lo que no incide sustancialmente en una educación para el progreso es el aprendizaje memorístico, pues el aprendiz sólo espera el momento del examen para empezar a olvidar, y no suele profundizar en los conceptos ni en las implicaciones de lo aprendido.

Si se admite que todo aprendizaje es, fundamentalmente, autoaprendizaje, que depende más de las iniciativas y empeños del discente, el elemento primordial del acto educativo dirigido al progreso es enseñarles a aprender. El papel del maestro es, acaso, orientar los esfuerzos, estimular, realimentar, corregir, cultivar, cosechar y no tanto transmitir, inculcar, insertar o atestar.

El modelo de estudiante que ha sido más ponderado en la educación tradicional no necesariamente es el que mejor se vincula con el progreso. Este modelo se caracteriza por alumnos obedientes, acríticos, pasivos, ordenados, disciplinados, reverentes, respetuosos y memoriosos; este perfil es el que más se ha hecho merecedor de reconocimientos, calificaciones afectivas favorables, diplomas, aparición en los cuadros de honor, etc. Sin embargo, por un lado, los alumnos contemporáneos no suelen ser así y, por el otro, como dice Oscar Wilde "es a través de la desobediencia y la rebelión que se ha hecho el progreso" o como lo resalta el epígrafe al inicio de este documento. Podría ser que el progreso exige estudiantes con las características opuestas: rebeldes, críticos, inconformes, participativos, irreverentes, aunque las cualidades de disciplina y respeto seguirían vigentes.

El modelo de estudiante ha cambiado también bajo el esquema de los nativos digitales que ya no tienen las viejas rutinas de aprendizaje. Las nuevas generaciones tienen una mayor capacidad para comprender, interactuar e intercambiar ideas por medio de imágenes, una tendencia hacia la inmediatez, de manera que rechazan lo que lleva mucho tiempo resolver y esperan una retroinformación inmediata; su descubrimiento es predominantemente inductivo o por tanteo heurístico. Interactúan fácilmente con los entornos multimedia y a través de todo tipo de dispositivos electrónicos. Su atención suele distribuirse en múltiples focos y no la mantienen mucho tiempo en uno solo. Prefieren recibir información rápidamente y de distintas fuentes; consideran relevante la que es de utilidad inmediata. No buscan las noticias, sino que éstas los encuentran a ellos y su estrategia para tareas es la de *copy and paste*. No suelen disponer de espacio para

la reflexión, difícilmente disfrutan de una obra literaria, no son eficientes para estudiar en un libro y no se percatan de muchos de los implícitos de lo aprendido. Solo aceptan mensajes relevantes, enfocados, orientados, sin paja, sin información superflua ("¿y eso para qué sirve?"). La peor enfermedad, la maldición, el castigo, el sufrimiento, el anatema, la punición, la tortura, el martirio, el tormento, es para ellos el aburrimiento, de modo que lo eluden drásticamente. Todo con tal de no aburrirse.

Las estrategias educativas, entonces, tienen que ser diferentes para los alumnos nativos digitales que para los tradicionales. Y no sólo son los estilos de aprendizaje, sino las motivaciones para aprender, las expectativas personales, la jerarquización de los contenidos, las necesidades educativas y el respeto a los demás.

El futuro de la medicina y el progreso educativo

La educación confronta el progreso tanto en términos de contenidos como de eficiencia pedagógica. Aunque el tema de este ensayo no es el progreso educativo, sino la educación para el progreso, no pueden desvincularse ambos enfoques.

Es obvio que la medicina del futuro será distinta de la actual, aunque ya se empiezan a ver hoy en día los esbozos de tal práctica. Una educación para el progreso tiene que hacer ejercicios de predicción y preparar a los aprendices para insertarse en tal futuro. La medicina va tendiendo al uso de la robótica, la inteligencia artificial, la automatización, el aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación, la emergencia de las ciberenfermedades, el enfoque anticipado, la perspectiva de la complejidad. Pero las personas seguirán enfermando y requiriendo compasión, asesoría personal, empatía, acompañamiento y comprensión. La educación para el progreso tendrá que preservar los valores tradicionales de la profesión, en un mundo altamente tecnificado, y aprovechar los avances para utilizarlos en favor de los pacientes.

Las herramientas educativas y el progreso

La evolución tecnológica ha generado una gran cantidad de herramientas para facilitar el proceso educativo y para hacerlo más eficiente. Erróneamente ha habido quienes equiparan la modernización educativa con el uso prolijo de las nuevas tecnologías, confundiendo lo instrumental con lo esencial. Lo esencial en educación médica es que los alumnos efectivamente aprendan a ser médicos, en su caso especialistas, maestros o doctores; que los egresados se mantengan permanentemente actualizados y aptos a pesar de los vertiginosos cambios en el conocimiento y las herramientas; que la sociedad esté bien atendida en su salud; que se garantice la seguridad y la dignidad de los pacientes y sus familias, y que se propicie el progreso de la ciencia y la profesión. El papel de la tecnología educativa es, en realidad, instrumental, y los propósitos de la educación se podrían lograr aún sin estos recursos. La modernización de la educación se sustenta en otros valores y no tanto en el uso de tecnologías modernas de la comunicación y la información; por ejemplo, mediante currículum y metodología flexibles, proporciones ponderadas entre contenidos de ciencia, tecnología y humanismo; énfasis en métodos más que en datos,

que suelen tener una vigencia muy corta; reconstrucción de lo deconstruido; ubicación de la escuela en el seno de la vida y no en un castillo aislado; atención individualizada de cada estudiante; favorecer la reflexión y la crítica; una evaluación que sea multidimensional y oportuna, como elemento sustancial de la educación y no como una auditoría externa; e incluir una serie de contenidos transversales y longitudinales que trasciendan las asignaturas o módulos, tales como la ética, la anticipación, el liderazgo, el profesionalismo y la complejidad.

Cómo orientar la educación hacia el progreso

Aquí se hará referencia al progreso individual y no tanto al progreso social, aunque es obvio que no se pueden independizar.

Como lo dicen varios pensadores, la aceptación acrítica de lo establecido no es una buena estrategia para el progreso. Más valioso es partir de la inconformidad, la identificación de lo que debe cambiar, tener un enfoque crítico del mundo, aunque se pueda caer en cierta parálisis por decepción y desaliento. Reconocer lo que falta por hacer es un buen principio para progresar. Los dogmas educativos, tan comunes en la educación tradicional, son enemigos del progreso. Como ejercicio, conviene cuestionar sistemáticamente aun lo que parece consagrado, convencerse de su vigencia o acechar su obsolescencia. Más que acatar lo que describen las generaciones precedentes, hacer la costumbre de discutir, debatir, desconfiar, controvertir, polemizar, litigar, argumentar, refutar, objetar y dudar.

El progreso parte de la inconformidad.

Bibliografía

- 1. Nesbit R: La idea de progreso. Revista Libertas; 5 (octubre 1986). www.escade.edu.ar
- 2. Zaíd G: El progreso improductivo. Editorial DEBOLSILLO. 1979. México
- 3. Blanco E: *Teoría de la reproducción y desigualdad educativa en México*. Revista Mexicana de Investigación Educativa 2017;22(74):751-781



Nuevas competencias, nueva competitividad

Dr. Jorge E. Valdés García, Dra. Lydia Zerón Gutiérrez

Introducción

EL ESCENARIO QUE se tiene para la educación de los profesionales de la salud en formación ha cambiado dramáticamente tanto en fondo como en forma en los últimos diez años; sin embargo, este gran cambio se instaló de forma abrupta desde el año 2020 en que la pandemia llegó a la vida diaria.

A pesar de que la realidad nos llevó a enseñar y a aprender de manera diferente durante la pandemia por Covid-19, es importante destacar que en la última década se ha despertado el interés de la investigación educativa en describir la necesidad urgente para entender y estudiar el desarrollo y fortalecimiento de las competencias transversales o genéricas en la formación de profesionales en las ciencias médicas y ciencias de la salud.¹

A lo largo de este capítulo se hablará de la relevancia de la educación basada en competencias, aprendizaje centrado en el paciente y su relación con las competencias transversales; lo que nos dirige al establecimiento de nuevas competencias y al encuentro con una nueva competitividad.

Educación basada en competencias

En el área de la Medicina y Ciencias de la Salud, Sánchez Mendiola, en su libro *Educación médica: teoría y práctica*,³ menciona que la Unión Europea ha propuesto una clasificación de las competencias consideradas en la formación del médico, planteando dos grandes grupos: Competencias genéricas y Competencias específicas, definiendo a las genéricas como las que se incluyen en todos los planes de estudio pero que, sin embargo, no son consideradas de manera explícita en los currículos, descuidando la formación humanística y el compromiso social, a pesar de que son relevantes para el desarrollo óptimo de cualquier trabajo. Las competencias específicas, por su lado, se refieren a las capacidades y conocimientos relacionados con disciplinas académicas y el desempeño laboral, considerando los conocimientos y habilidades (figura 1).

A lo largo de la historia, las instituciones educativas y de salud se han concentrado en el desarrollo y fortalecimiento de las competencias específicas, tanto en el pregrado como en el posgrado, por lo que se han formado extraordinarios científicos, pero se ha descuidado la parte humanística, lo que ha generado profesionales en formación con

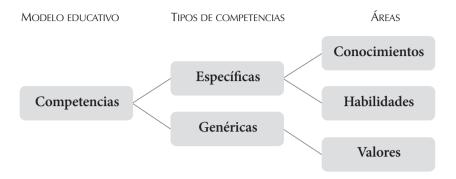


FIGURA 1. CLASIFICACIÓN DE COMPETENCIAS EN EL MODELO DE EDUCACIÓN BASADA EN COMPETENCIAS EN CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD.

situaciones emocionales que los hacen vulnerables al contender en escenarios educativos y clínicos difíciles.

Millán, en su libro *Principios de educación médica* (2015), hace una clasificación de Competencias genéricas y Competencias específicas, refiriendo que las primeras son las que consideran la parte humanística de la formación, y las específicas a la formación científica y tecnológica. En este mismo sentido, el Institute for International Medical Education plantea que las Competencias genéricas del médico se refieren a tres campos: Instrumentales, Personales y Específicas. Dentro de estos tres grandes rubros se incluyen competencias como : capacidad de análisis, organización, planificación, comunicación, capacidad de gestión de la información, toma de decisiones, trabajo en equipo, habilidades de relaciones interpersonales, reconocimiento a la diversidad y a la multiculturalidad, razonamiento crítico, compromiso ético, creatividad y liderazgo; mientras que las Competencias específicas se pueden clasificar en siete dominios: valores profesionales, fundamentos científicos de la medicina, habilidades clínicas, habilidades de comunicación, salud pública y sistemas de salud, manejo de la información, análisis crítico e investigación (figura 2).⁴

En México, la Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) publicó en 2008 que existen siete grandes competencias genéricas para el médico general, que se enuncian a continuación:

- 1. Dominio de la atención médica general
- 2. Dominio de la competencia de bases científicas de la medicina.
- 3. Dominio de la capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades.
- 4. Dominio ético y del profesionalismo.
- 5. Dominio de la calidad de la atención médica y trabajo en equipo.
- 6. Dominio de la atención comunitaria.
- 7. Dominio de la capacidad de participación.

Cada una de estas competencias genéricas está construida por diversas unidades; lo interesante es que la AMFEM propone este modelo para ser utilizado de manera flexible por cada una de las Instituciones educativas, de acuerdo a su misión y valor. Dicho modelo también es de gran relevancia pues parte de la realidad sobre las necesidades de la sociedad mexicana, y plantea el camino para formar médicos generales que puedan atender las necesidades de salud de la población.⁵

Aprendizaje centrado en el paciente

El modelo de aprendizaje centrado en la perspectiva del paciente (ACP) es un modelo innovador, con bases sociológicas y humanísticas muy importantes, en donde se procura la integración del aprendizaje de las ciencias básicas y las ciencias clínicas en torno a los problemas que presenta el paciente, con especial énfasis en el cuidado y bienestar del mismo en todas las etapas del proceso de atención: a) Conocimiento integral,



FIGURA 2. MODELO DE COMPETENCIAS DEL INSTITUTE FOR INTERNATIONAL MEDICAL EDUCATION.

b) Diagnóstico, c) Intervención, d) Implementación, e) Seguimiento y evaluación. El modelo se desarrolla bajo cuatro enfoques: Psicosocial, biomédico, gestión y emprendimiento.⁶

Uno de los grandes beneficios del Modelo de ACP es que permite el abordaje del acto médico bajo un enfoque mucho más integral, en donde se considera al paciente como un ser holístico y con ello a todas las necesidades que puede presentar, lo que genera que se logre una mayor empatía, hay mayor apego al tratamiento y con esto mayor éxito terapéutico. Lo más interesante es que para que el modelo de ACP tenga éxito también se requiere que el médico y los profesionales de la salud tengan las herramientas necesarias para abordar y enseñar a través de él; dichas herramientas son las competencias transversales o genéricas.

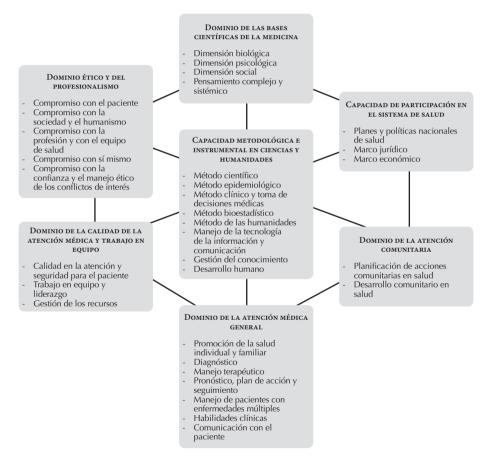


FIGURA 3. MODELO DE COMPETENCIAS TOMADO DE LA PUBLICACIÓN DE AMFEM: PERFIL POR COMPETENCIAS DEL MÉDICO GENERAL MEXICANO. 2008.

Competencias transversales

Las competencias transversales o genéricas son aquellas que, aunque no se requieren estrictamente para realizar una actividad en concreto, ofrecen beneficios añadidos al desempeño de determinada actividad o profesión.

El tema del desarrollo y fomento de competencias transversales ha sido mayormente dominado por las ciencias administrativas; sin embargo, en las ciencias médicas y de la salud cada vez han tomado mayor relevancia en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

En particular, eso se ha dado desde la llegada de la pandemia, en donde los escenarios educativos clínicos, tanto de pregrado como de posgrado, se vieron rodeados de incertidumbre y, hasta cierto punto, de peligro para el personal en formación. Por ello fue que los médicos en formación tuvieron que apoyarse en otro tipo de competencias nuevas que les permitieran desempeñarse mejor ante el caos que se presentó cuando la pandemia de Covid-19 dominó todas las esferas de la vida, incluyendo la educación y la medicina.

Olivares y colaboradores publican en su trabajo "Valor percibido de una experiencia de inmersión educativa para el desarrollo de competencias transversales: Semana I", una descripción muy interesante sobre la utilidad de las competencias transversales en la educación superior. Hacen énfasis en la relevancia de las competencias transversales a través del proyecto en el Tecnológico de Monterrey llamado: Semana I, que tiene como objetivo promover y contribuir al desarrollo de las competencias transversales con impacto a nivel individual, interpersonal, organizacional y sistémico. Se exploró, utilizando metodología cuantitativa, el nivel de impacto de las competencias que son consideradas en el Modelo Tec 21, como: pasión por el aprendizaje, curiosidad intelectual, pensamiento crítico, solución de problemas, ética y responsabilidad, dominio de las Tecnología de la Información y Comunicación (TIC), trabajo colaborativo, comunicación en español, manejo de lengua extranjera, perspectiva global, generación de valor a las organizaciones, liderazgo, ciudadanía, innovación y emprendimiento.8

Entre las competencias transversales que los empleadores desde su área de Recursos Humanos buscaron más al inicio de 2020 fueron:

- Habilidades comunicativas: capacidad para hablar en público, para establecer comunicación no verbal.
- Trabajo en equipo: capacidad no sólo para trabajar con otros compañeros, sino que presenten habilidades sociales y emocionales para mantener un buen ambiente en el lugar de trabajo, como: empatía, asertividad y la capacidad para reconocer el trabajo.
- Perfil analítico, enfocado a la resolución de problemas: capacidad para detectar errores y de resolver situaciones a partir de iniciativas propias.
- Gestión de equipos: capacidad de organizar y jerarquizar equipos de trabajo.
- Habilidades técnicas e informáticas: capacidad para navegar en plataformas virtuales y resolver problemas técnicos cibernéticos.
- Reciclaje formativo: interés por mantenerse actualizado de manera permanente.

- Valores profesionales y personales positivos: se busca que los valores que presenten los trabajadores tengan características afines a los de la empresa.
- Perfil creativo: Se refiere a la actitud ante la vida.

Como se puede ver, las empresas buscan que sus recursos humanos no sólo sean personas conocedoras de su profesión y que tengan un alto grado de especialización y dominio en su campo, sino que presenten estas competencias que aseguren que el trabajo realizado tendrá los mejores resultados (figura 3).



FIGURA 4. PRINCIPALES COMPETENCIAS CONSIDERADAS POR LAS EMPRESAS EMPLEADORAS EN 2020.

Ahora bien, las competencias transversales o genéricas son las que se concentran en la parte humanística de las personas, a lo largo de los años; en especial en situaciones de crisis se ha visto que los profesionales de la salud que tienen un mejor desempeño en su práctica profesional y/o académica cotidiana, son aquéllos que contienden mejor con la incertidumbre y que se adaptan mejor a los cambios. Es por ello que una de las líneas de investigación en educación médica que ha tenido recientemente mayor desarrollo, es el fomento y desarrollo de competencias transversales.

Las competencias transversales que se requiere fortalecer y construir en los profesionales de la salud son: resiliencia, liderazgo, trabajo en equipo, comunicación efectiva, autocrítica, empatía, autocuidado, gestión, resolución de conflictos, valores morales y éticos. Es un conjunto de competencias que brinda las herramientas para sostenerse en situaciones caóticas. Un ejemplo muy vívido que podemos comentar es la reconversión de los servicios clínicos a centros de atención Covid-19 y la transferencia de un modelo educativo presencial a un modelo educativo virtual como parte de las medidas instaladas para la contención de la pandemia.

Los dos escenarios abruptos que llegaron de manera repentina a cambiar para siempre la realidad académica y clínica en la que se desarrollaban los procesos educativos, hicieron patente que los profesionales de la salud que superaron de forma más eficaz la situación de crisis fueron aquellos que contaban con sólidas competencias transversales. Fue un sisma en el paradigma educativo, pues el individuo exitoso no fue el que supo más sino el que mejor contendió con la incertidumbre y el caos, capacidad que se logra al desarrollar y utilizar las competencias transversales.



Figura 5. Competencias transversales en los profesionales de la salud.

Conclusiones

La educación en Ciencias de la Salud demanda no sólo competencias específicas donde el conocimiento y las habilidades técnicas son una pieza importante en la atención médica de los pacientes, también requiere competencias genéricas que faciliten el uso de herramientas personales, psicológicas, emocionales y sociológicas para una práctica profesional exitosa.

En la figura 6 se muestra la relación indisoluble entre el Modelo de Educación Basada en Competencias y el Aprendizaje Centrado en el Paciente; ambos han sido claves para la educación médica contemporánea y tienen como base de su estructura las competencias transversales.

Los líderes en educación médica deberán tener la perspectiva que incluya nuevas tendencias educativas para fomentar y fortalecer líneas de trabajo que sean inclusivas y faciliten la construcción de estrategias que permitan el acceso a las competencias transversales.

A lo largo del presente capítulo se ha insistido en la relevancia que tiene en la educación médica contemporánea el fortalecimiento y desarrollo de las competencias transversales en estudiantes, tanto de pregrado como de posgrado, las cuales son altamente recomendables para que un profesional de la salud pueda contender con éxito en los nuevos escenarios educativos y clínicos que se presentan.

Es necesario que las instituciones educativas presten atención y dediquen esfuerzos y recursos en el fomento de dichas competencias para lograr una perfecta integración del modelo educativo, mismas que requiere un cambio de pensamiento y mucho trabajo colaborativo con las instituciones de salud.

Las instituciones de salud tienen un papel fundamental en la conjunción de esfuerzos, ya que el trabajo que realizan las instituciones educativas en la formación pre-clínica



* ACP Aprendizaje Centrado en el Paciente EBC Educación basada en Competencias

Competencias Transversales

FIGURA 6. EDUCACIÓN MÉDICA CONTEMPORÁNEA.

de los alumnos tiene como resultado alumnos con un perfil diferente, que cuentan con las bases bien fundamentadas en cuanto a las competencias transversales para que puedan contender con éxito en escenarios educativos hostiles, llenos de incertidumbre y no favorecedores del desarrollo profesional. Este trabajo puede no ser valioso cuando los alumnos, al iniciar su formación clínica de pregrado y después continuar en el posgrado, se enfrentan a un sistema de salud con un sistema educativo tradicional, con corrientes educativas antiguas y un orden jerárquico que dificulta la interacción y no favorece el desarrollo profesional. Es decir, los alumnos pueden tener un choque de modelos educativos que seguramente inciden en la calidad de su aprendizaje.

La nueva competitividad que tienen los profesionales de la salud es con ellos mismos.

Bibliografía

- Valdez-García JE, López MV, Jiménez MA, Díaz JA, Dávila JAG, Olivares SL. Me preparo para ayudar: respuesta de las escuelas de medicina y ciencias de la salud ante Covid-19. Investigación en Educación Médica. 2020; https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2020.35.20230
- Valdez-García JE, Eraña-Rojas IE, Díaz JA, Cordero-Diaz MA, Torres-Quintanilla AT, Esperón-Hernández RI, Zerón-Gutiérrez L. (2020). El papel del estudiante de medicina ante la pandemia de Covid-19: una responsabilidad compartida. Cirugía y Cirujanos. 2020; 88(4): 399-401.
- 3. Sánchez M et al. *Educación médica, teoría y práctica*. Editorial Elsevier. Barcelona. España. 2015. 460 pp.
- Millán, et al. Principios de educación médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional. Editorial Panamericana. Madrid. España.2015. 731 pp.
- Abreu L. et al. Perfil por competencias del médico general mexicano. Asociación de Facultades y Escuelas de Medicina AC. 2008
- Olivares SL, Valdez JE. Aprendizaje centrado en las perspectivas del paciente. México: Editorial Médica Panamericana; 2017.
- 7. Olivares SL, Garza A, López MV, Suárez A. Evaluación del liderazgo organizacional y directivo en las escuelas de medicina en México. Innovación Educativa. 2016; 16(70): 131-150.
- 8. Olivares et al. Valor percibido de una experiencia de inmersión educativa para el desarrollo de competencias transversales: Semana I. Educ.Med. 2019; 20(52): 93-99
- 9. Abreu-Hernández LF, Valdez-García JE, Esperón-Hernández RI, Olivares-Olivares SL. El reto de Covid-19 respecto a la responsabilidad social de las escuelas de medicina: nuevas perspectivas profesionales y humanas. Gaceta Médica de México. 2020; 156: 311-316.

Relación médico-paciente, clave para un nuevo contrato social. Ética médica

Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones, Dr. José Francisco González Martínez

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 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 enfermedad, así como la propuesta de un tratamiento y el compromiso del seguimiento del mismo.

Modelo de Laín Entralgo

Este autor no analiza la relación desde el punto de vista de la comunicación humana; para él, dicha relación consiste en un encuentro entre dos personas, donde una de ellas es el enfermo, que necesita ser ayudado a recuperar su salud, y el otro es el médico, que está capacitado para brindar esta ayuda.

Es así que él considera que dicha relación está basada genéricamente en lo que llama el binomio "menester-amor", en tanto que el fundamento específico tiene que ver con las características con las cuales se concreta esa necesidad de ser ayudado-ayudar.

En esta concepción todo enfermo puede básicamente ser considerado como un carente y todo médico tiene como función satisfacer dicha carencia, en un acto que

primordialmente es afectivo, mientras que la forma en que se ese encuentro se lleva a cabo es variable y depende de las circunstancias culturales, científicas y técnicas propias de cada lugar y época.

Laín Entralgo considera que en el desarrollo de la relación médico-paciente existen cuatro diferentes momentos, los que define como: cognoscitivo, operativo, afectivo y ético religioso.

Momento cognoscitivo

Se refiere a la etapa del diagnóstico que equivale al modo de conocer del médico. El diagnóstico se realiza en el marco de toda una relación que está inmersa en una sociedad determinada. Se pregunta, primero, por la naturaleza del vínculo que se establece entre el médico y el enfermo que, como bien sabemos, en todas las relaciones humanas pueden ser de forma objetiva o interpersonal. Es de resaltar que las relaciones duales son objetivas y se caracterizan porque las personas que las establecen lo hacen por un interés común pero exterior a cada uno de ellos.

Las relaciones diádicas o duales, como se les denomina, son interpersonales y el interés que activa a los participantes es común e interno en cada uno de ellos; pertenece a su intimidad, tal como ocurre en una relación de madre e hijo, en la amistad y en el amor.

Es posible denominar la relación médico-enfermo como "cuasi diádica" porque comparte algunas características con la dual, ya que el interés que une a ambos miembros de la relación es común y está representado por el deseo de la recuperación de la salud perdida, pero el que padece el problema es el enfermo y no el médico, es decir, es interno, pues es de uno y se encuentra fuera del otro.

Considerando estos conceptos, se define el momento cognoscitivo diciendo que el "diagnóstico médico es la configuración cognoscitiva de una relación cuasi diádica entre el médico y el enfermo", lo que significa que el diagnóstico médico surge como producto del encuentro y de la interacción entre dos personas, entre las que se establece esta muy particular forma de interacción, no olvidando la cultura en la que ambas partes se en-

cuentran inmersas.



Figura 1. Cuatro momentos en el modelo de Laín Entralgo

Resulta convincente que deja de ser un acto individual del médico que con sus conocimientos científicos nombra, designa, enuncia lo que padece una persona enferma, sino que se trata de una interacción con resiliencia donde el concepto de salud y enfermedad de la época en que se vive todo lo involucra, transformándose en una interacción en la cual participan por un lado el enfermo con sus concepciones y emociones, y en el otro, el médico con las suyas, teniendo como resultado un diagnóstico clínico certero.

Momento operativo

Se refiere a la actividad terapéutica del médico, misma que no involucra únicamente la prescripción de los medicamentos, sino que comprende todo su accionar, desde el momento de escuchar de manera empática en el inicio mismo de la consulta, hasta el saludo final de despedida, al culminarla.

La acción terapéutica comienza cuando el paciente decide solicitar atención a través de la consulta, iniciando desde antes del encuentro propiamente dicho y no terminará hasta el alta. El momento mismo del diagnóstico también es considerado como terapéutico.

Laín Entralgo resalta la cualidad del hombre como un ser social y plantea que es importante considerar el tratamiento como un acto social y el alta como un juicio, que reinserta al enfermo al seno de la sociedad con la designación de ser un hombre nuevo y sano.

Momento afectivo

Para este momento, de gran relevancia, resulta necesario explicar un poco más. Existen tres formas de vinculación afectiva entre el médico y el paciente: la camaradería médica, la amistad médica en sentido estricto, y la transferencia y contratransferencia y la amistad médica.

La camaradería médica es un tipo de vínculo en el que, tanto el médico como el paciente aspiran a solucionar la enfermedad y lograr la salud, con poco compromiso personal. El paciente, si es curado, estará agradecido y vinculado afectivamente a su médico, aunque con poca profundidad por el servicio que éste le brindó.

En la *amistad médica*, a diferencia del vínculo anterior, existe como característica primordial la confianza por la cual el paciente puede hacer confidencias a su médico acerca de sus más íntimos pensamientos y emociones. Por parte del médico, lo fundamental es la beneficencia, como intención de "hacer el bien" a su paciente, teniendo en cuenta que el bien buscado es la salud. La relación en este caso es tanto técnica como afectiva.

Durante la relación de *transferencia y contratransferencia* se involucran aspectos psicoterapéuticos de la relación médico-paciente. Estos conceptos, desarrollados por el psicoanálisis, se refieren en sentido estricto a los aspectos inconscientes de la relación paternalista-paciente. Por esta razón, se postula que el afecto involucrado es máximo en la transferencia de menor intensidad en la amistad médica y mucho menos profundo e intenso que en la camaradería médica.

Momento ético y religioso

Estos factores, en la relación médico-paciente, marcan la relación de un modo muy particular y distinto para cada sujeto humano. Resulta claro que los ámbitos ético y religioso son inherentes al ser humano y por lo tanto en el humano enfermo y en el médico relacionado con él, encontrándose ambos aspectos presentes. Aunque en las rutinas cotidianas la ética se enmascara, nunca está ausente el carácter "moral" del acto médico, sea éste moral, inmoral o amoral.

En cuanto al enfermo, el "para qué" de su deseo de estar sano, el considerar la salud como un medio para vivir o como un fin en sí mismo, son evidencia de dicho carácter ético. Los médicos se rigen por principios y normas en su trato con las personas que los consultan.

Los momentos descritos no deben concebirse siguiendo una secuencia temporal, sino como un despliegue de diversos aspectos que a veces son simultáneos y en otras ocasiones no consecutivos.

Modelo interaccional

Este modelo surge de una síntesis entre algunos postulados de la psicología social con los de las teorías de la comunicación. Las teorías de la comunicación, en psicología, comenzaron a desarrollarse a finales de la década de 1960, sobre la base de la teoría matemática de las comunicaciones, publicada por Shannon en 1948, aunque ya previamente se habían realizado trabajos sobre la transmisión de la información a grupos sociales.

Algunos autores destacados, como Bateson, Colins, Watslawick, Roger y Ruesch, entre muchos otros, sentaron las bases de muy diversos modelos de comunicación utilizados para comprender las relaciones humanas, específicamente las que se desarrollan entre el paciente y el médico, o con cualquier otro profesional del equipo de salud. De manera general podemos considerar que postulan el hecho de que la comunicación caracteriza básicamente a un sujeto humano que vive en sociedad y describen la existencia de tres modalidades de la comunicación: la intrapersonal, la interpersonal y finalmente la social.

Una gran aportación consistió en sostener que la comunicación no es únicamente un acto de intercambio de información, sino que constituye todo un proceso en el cual los sujetos involucrados se retroalimentan en un contexto que cambia de modo permanente. Es decir, que la comunicación está conformada por el contenido (la información) y las relaciones entre los participantes del acto de la comunicación, sin olvidar los sentimientos y emociones involucrados en dicha interacción. Se comprende así que el proceso de la comunicación establecido en la relación entre el paciente y los profesionales de la salud es claramente multidimensional.

Existen numerosos modelos en los cuales se aplica este paradigma, pero este modelo, llamado interaccional, propone el análisis de las relaciones, las interacciones y el contexto.



FIGURA 2. MODELO INTERACCIONAL

Las relaciones

El concepto de *rol* en este modelo fue una aportación que la psicología social tomó en su momento del arte dramático y lo unió a la concepción de actitud y posición o estatus, de tal forma que el *rol* corresponde a las actitudes de las personas según la posición que ocupan. Desde esta visión, las relaciones que se establecen entre las personas pueden ser clasificadas como:

Complementarias: cada uno de los miembros desarrolla funciones o actitudes que son asimétricas y que no compiten, no se oponen, ni son contradictorias con las del otro, sino que, más bien, se articulan en una resultante común, resaltando:

- El control es desigual, uno de los miembros ejerce más control, y el otro, menos.
- En el modelo médico clásico, el control lo ejerce el médico y el paciente acepta dicho dominio.
- Las relaciones son estables, eficientes y predecibles.
- No se pierde tiempo negociando, porque cada uno sabe cuál es su rol de poder en la decisión.
- El miembro con menor poder queda sometido y está menos libre de ejercer su decisión y autonomía.

Simétricas: en esta modalidad no existe la desigualdad. Las funciones tienen el mismo valor. La relación es de cooperación mutua.

- El control se reparte por igual entre los participantes.
- Ante cada cambio de situación debe redefinirse quién mantiene el control.
- En medicina, las relaciones entre profesionales suelen ser simétricas, lo cual permite compartir ideas, responsabilidades y decisiones.

Paralelas: son relaciones cuyos objetivos no son comunes. El control se transfiere permanentemente entre los participantes. Este tipo de relación puede variar entre ser complementaria y simétrica. Los miembros de la relación distribuyen el control en algunas áreas y lo comparten de manera igualitaria en otras.

- La relación médico-enfermera es un ejemplo de esta modalidad.
- La enfermera tiene el pleno control en las áreas de cuidado y el médico en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- Este tipo de comunicación es más flexible y con menor tendencia a los malentendidos.

Entre los médicos, este modelo se da cuando el control se asume o se abandona en manos de un colega, según las circunstancias, como ocurre en los equipos multidisciplinarios o en la interconsulta.

Las interacciones

Comprenden las acciones y los afectos recíprocos que acontecen entre los miembros del equipo de salud e incluyen tanto comunicaciones verbales como no verbales. La coherencia entre ambos tipos de comunicación facilita la mejor comprensión del mensaje. Estas interacciones son un proceso dinámico que se desarrolla y cambia en el tiempo y dependen de las características de los individuos involucrados.

El contexto

Se encuentra representado por el entorno donde tiene lugar la interacción entre el médico o el profesional de la salud y el enfermo acompañado, como por ejemplo, su familia, pareja o amigos. Las cualidades propias de cada lugar condicionan en parte la conducta humana.

El tono de voz, la actitud postural y gestual que se expresan en un consultorio médico, no son los mismos a los que pueden observarse en el servicio de urgencias médicas, en el área de informes o en bien de la unidad de terapia intensiva. Los colores, los sonidos de los instrumentos y aparatos, las precauciones y normas de bioseguridad, son distintos en los diferentes ámbitos y predisponen a ciertas particularidades del comportamiento.

Algunos ámbitos favorecen una sensación de privacidad y serenidad, mientras otros pueden ser activadores y generar alertas y ansiedad. En síntesis, podemos decir que el modelo interaccional propone el análisis de cuatro tipos de relaciones que considera las más trascendentes de la medicina:

- La del médico con el paciente.
- La del médico con el familiar, o con la persona que ocupe dicha posición.
- La de los profesionales del equipo de salud entre sí.
- La del enfermo con su familia, con la persona que ocupa un lugar significativo en su vida.

La forma en que se tratan, escuchan y valoran los miembros de cada una de estas relaciones tiene que ver con la posición que ocupan dentro de éstas y con las características del papel que desempeñan.

Modelo de King

Este modelo se desarrolló en la década de los setenta del siglo pasado e involucra un modelo de relación enfermera(o)/paciente, centrado en la comunicación e interacción desde una perspectiva sistémica. Analiza las interacciones entre los sistemas personales, interpersonales y sociales, y aunque describe cada uno de dichos sistemas, se centra en aspectos interpersonales.

Postula que cuando el paciente y la enfermera(o) se encuentran, perciben aspectos del otro, asumiendo que dichas percepciones constituyen el fundamento de juicios acerca del interlocutor, que finalmente culminarán en acciones verbales y/o no verbales. Dichas acciones generan nuevas percepciones, juicios y acciones, repitiéndose esta secuencia mientras dure la interacción. Los factores situacionales y las características de la enfermedad que se padece influyen en este proceso interaccional.



Modelo de Leary

Se destaca el desarrollo de este modelo de interacción humana reciproca desde 1955, sobre la base de la observación empírica de los diversos acontecimientos que tenían lugar durante los tratamientos psicoterapéuticos que efectuaba. Se trata de una propuesta de gran simplicidad y de fácil aplicación en la medicina.

Plantea que en las interacciones las personas actúan sobre dos ejes:



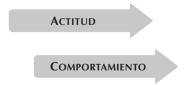
En el primer eje, dominación-sometimiento, se postula que al adoptar una de estas actitudes se determina en la otra persona la asunción de la contraria. En el eje amorodio sucede que al asumirse una de estas actitudes se estimula en el interlocutor otra del mismo signo.

Cuando el médico u otro miembro del equipo de salud actúan de un modo autoritario o paternalista, estimulan en el paciente actitudes de pasividad y sometimiento. En cambio, en lo que a los efectos se refiere, el buen trato estimula respuestas amables, mientras el maltrato, por el contrario, obtiene respuestas negativas.

Modelo Hollender

Es un modelo que se encuentra centrado en las actitudes que tanto los médicos como los pacientes pueden adoptar en el transcurso de la enfermedad. Considera la actitud y comportamiento que asume el usuario y el prestador de servicio dependiendo de la entidad patológica en cuestión.

Determina la existencia de situaciones en la cuales el enfermo, por la gravedad de su estado, se comporta, con conciencia o sin ella, con mayor pasividad, tal como ocurre en las urgencias, los infartos, situaciones críticas, en la cirugía, etc. En estas circunstancias el médico debe ser activo.



Cuando la enfermedad es aguda, la forma adecuada es que el médico asuma la dirección del tratamiento con la cooperación del paciente, tal como ocurre en la relación madre-hijo. En las enfermedades crónicas y en todas aquellas circunstancias en que deba ponerse en funcionamiento una estrategia de rehabilitación, la forma más adecuada de llevar esto a cabo sería con una relación de participación mutua y recíproca, según un modelo adulto-adulto.

Se plantea que tanto el comportamiento del médico como del paciente dependen del tipo de enfermedad que éste último padezca, del momento evolutivo de la misma y de las particularidades que se estén atravesando.

Cuando, ante una situación de gravedad del paciente y éste no puede mantener su autonomía, su médico se comporta como si el enfermo tuviera que ser activo, la conducta médica es obviamente inadecuada. Asimismo, lo es la conducta del paciente que pretende continuar en una situación pasiva cuando las circunstancias han cambiado y se necesita mayor participación y proactividad.

Modelos de Bioética

Se definen según sus principios. El extraordinario avance científico y tecnológico que tuvo lugar en el siglo pasado, sobre todo a partir de la segunda mitad, enfrentó a los médicos y a los enfermos con situaciones muy complejas que requerían diálogo y reflexión. Temas tales como el progreso en el trasplante de órganos y tejidos, el desarrollo de la diálisis renal, las técnicas de fertilización asistida, los úteros subrogados, la donación de gametos, la clonación animal y humana, las investigaciones genéticas, las medicaciones abortivas, los órganos artificiales etc., promovieron y promueven el intercambio de ideas y la necesidad de tener que definir posiciones frente a situaciones que plantean dilemas éticos. Un dilema ético tiene lugar cuando los principios que se pretende entender entran en conflicto entre ellos, de tal forma que cada uno sólo puede ser protegido en el daño del otro.

El desarrollo de la bioética se ocupa de la reflexión acerca de los dilemas éticos que se plantean en la práctica de la medicina y de las ciencias biológicas, de acuerdo con reglas

AUTONOMÍA BENEFICIENCIA

JUSTICIA MORAL

VERACIDAD CONFIDENCIALIDAD

que guían y justifican el accionar en cada caso particular y principios que son enunciados más generales y constituyen el fundamento de las reglas.

- Respeto por la autonomía: las personas tienen derecho a decidir por ellas mismas.
- Beneficencia: buscar el bien del paciente.
- No maleficencia: no dañarlo, no exponerlo a riesgos innecesarios.
- Principio del doble efecto: cuando las acciones que el médico realiza o indica pueden tener un buen y mal efecto, se acepta que se realicen si lo que se intenta lograr es el buen efecto.

- Justicia: todas las personas tienen la misma oportunidad de recibir la atención médica que se necesita.
- Las normas morales básicas involucradas.
- Veracidad: sustenta la confianza que, a su vez, es uno de los pilares de la alianza terapéutica.
- Este principio es nuevo en la historia de la medicina. Tradicionalmente el médico protegía a su paciente del sufrimiento ocultándole las malas noticias.
- Confidencialidad: éste es un principio muy arraigado en la tradición médica.
 Promueve la confianza. Este principio puede ser infringido cuando se trata de prevenir riegos o daños graves a terceros.

Modelo de Robert Veatch

Describe modelos de relación médico paciente, tomando como parámetros de referencia las reglas y principios de bioética.



Modelo de la ingeniería

Enfatiza las relaciones en las cuales el médico actúa como un ente técnico y los enfermos acuden a él para la reparación de su organismo que funciona mal. El médico ha sido instruido como científico para realizar dicha reparación. Se espera de él que actúe con eficiencia e idoneidad y los temas que corresponden a otras categorías del conocimiento no le incumben ni deben interferir en su tarea. El paradigma que fundamenta este accionar considera al hombre como una máquina orgánica y, por lo tanto, el médico se forma para reparar el daño o atenuar la disfuncionalidad cuando no es posible hacer otra cosa.

- El médico diagnostica y propone un tratamiento.
- El paciente toma la decisión.
- El médico no se siente responsable ni comprometido, actúa con veracidad.
- El paciente tiene derecho = principio de autonomía.

Modelo sacerdotal

El médico se ocupa del "bien" de su paciente y en vías de ese bien actúa vulnerando intencionadamente su autonomía si, según su criterio, es necesario hacerlo.

El médico diagnostica y decide el tratamiento mejor para su paciente, estando basado en él, ya sea por sus conocimientos, su estado emocional o por su situación social, no está en condiciones de hacerlo por sí mismo.

Beneficencia-no maleficencia vs. autonomía-veracidad.

El valor primordial es hacer el bien y no dañar (primum non nocere) aunque la autonomía se vulnere en pro de los objetivos. Dicha concepción está fundamentada en el paternalismo. Esta forma de relación es muy antigua en la medicina, establecida desde los tiempos de Hipócrates. Establece el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechoso, según sus facultades y su entender, evitando todo mal y toda injusticia.

Tal como dice el juramento hipocrático: "En cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos; mi libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras y evitaré sobre todo la seducción de mujeres u hombres, libres o esclavos".

Modelo de colegas

En este modelo, el médico y el paciente se comportan como socios, sin asimetría en el rol; las decisiones son compartidas y la responsabilidad no queda exenta. Sin embargo, el diagnóstico sigue estando en manos del médico, aunque éste quiera hacer participar en él al enfermo, excepto cuando el paciente es un colega que sigue fungiendo como médico, lo cual trae por ende otros problemas.

Modelo contractual

Este modelo es el que parece más adecuado según los principios prevalecientes hoy en día, pero es importante considerar que el contrato que se establece con el paciente lo es desde el punto de vista de lo consciente. Los aspectos implícitos y los no conscientes influyen en las decisiones, pero no son considerados, porque el paciente mismo no advierte dichos aspectos y el médico no tiene formación para regístralos.

El diagnóstico es realizado por el médico y el paciente es quien decide, pero la responsabilidad es compartida. Se mantiene respeto por la autonomía del paciente al que se notifica en todo momento para que decida con todo el sustento. Hay que considerar que los pacientes saben de su enfermedad y no es el resultado exclusivo de lo que les informa el médico. Haber informado al paciente no garantiza que éste haya comprendido.

Resulta claro que la relación médico paciente puede definirse básicamente como un encuentro entre dos personas con necesidades complementarias: una está disminuida por su situación de enfermedad y la otra posee los recursos que atenuarán o harán desaparecer esa carencia o disminución.

Debido a esta diferencia en la función y los objetivos que los unen, decimos que la relación es cuasi diádica y asimétrica (Laín Entralgo), regida por principios como el de no maleficencia (*primun non nocere*) y el de beneficencia.

Ello no implica desigualdad ni inequidad de la relación; ambos miembros poseen derechos y también obligaciones. Ambos merecen respeto (autonomía, justicia, confidencialidad). Dicha asimetría no puede ser excusa para ocultar información o tomar decisiones por el paciente (autonomía, veracidad). Esta relación así comprendida, se desenvuelve con características propias del momento histórico y del lugar.

Es importante destacar que la relación médico-paciente y la toma de decisiones compartidas sobrevivirán incluso a los retos actuales que se presentan en las diferentes instituciones públicas y privadas ya que:

- La medicina atiende una necesidad humana universal e inalterable.
- La medicina tiene el objetivo fundamental e inalterable de ayudar a los pacientes.
- La mayor parte de la ayuda médica se procura durante el encuentro directo entre médico y paciente; es decir, en el seno de la relación médico-paciente.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el brote de Covid-19 ha estado acompañado de una serie de respuestas muy significativas en la población.

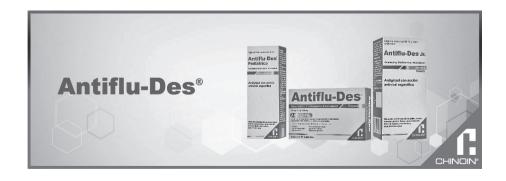
Una de esas respuestas fue la infodemia masiva, o sea la cantidad excesiva de información, en algunos casos verídica y en otros no, dificultando que la población encuentre orientación médica fidedigna y confiable. Es así que la desinformación encuentra un momento propicio ante una verdadera incertidumbre y su ampliación mediante las redes sociales. Todo ello, afectando de manera particular la salud mental de la población. El mayor acceso en el mundo a los teléfonos móviles con conexión a internet y a las redes sociales ha dado lugar a la producción exponencial de información y de las posibles modalidades para su obtención, creando una verdadera infodemia.

La comunicación oficial, como respuesta necesaria, es fundamental y debe estar fluyendo para evitar confusión entre la población, a cargo de un portavoz oficial con real conocimiento en el tema, para el manejo de la información de la población. A la par de las características de la información antes mencionadas, la pandemia del coronavirus ha propiciado en la población un miedo impresionante a enfermar.

Es una realidad ver cómo muchas personas que no tenían idea clara del hecho, actualmente lo resaltan de manera muy particular. Es así que la nosofobia, el miedo persistente a contraer la enfermedad por SARS-CoV-2, causante de Covid-19 ha alcanzado niveles insospechados en el mundo, aunque siempre existen ingenuos, víctimas de la manipulación mediática. Una vez que un familiar cercano sufre el padecimiento y, peor aún, si se ve comprometida la vida, es hasta ese momento que empiezan a tomar verdadera conciencia del hecho.

Bibliografía

- 1. Laín Entralgo P. La Relación médico enfermo. Madrid, España: Revista de Occidente 2ª ed.
- 2. Laín Entralgo P. Historia de la Medicina. Ed. Salvat. Barcelona, España, 1978.
- 3. Laín Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Ed. Salvat. Madrid, España.
- 4. Insua Jorge. Introducción a la psicología médica. Edit Promed Bs. 1985.
- 5. King IM. A theory for nursing: Systems, concepts, process. New York, Wiley.



El reto de la prevención en Atención Primaria a la Salud

Dra. Diana Atheri Alabat Bernal, Dr. José Francisco González Martínez

Derivado de las modificaciones en las actividades económicas del país, la transición demográfica y epidemiológica, el estilo de vida de los mexicanos se ha visto afectado con largas horas de sedentarismo y un consumo excesivo de alimentos extraprocesados con alto contenido de calorías y bajo aporte nutricional, en su mayoría añadidas con colorantes y conservadores, sustancias nocivas para la salud. Asimismo, en las ciudades más pobladas el tiempo de traslado para las personas en edad productiva se ha ido incrementando debido al aumento en la afluencia de vehículos automotores, un transporte público deficiente y otros factores sociales, por lo que el tiempo sin actividad física se continúa prolongando.

Si bien lo relevante de la buena calidad en la nutrición y la importancia de la actividad física se han difundido en los últimos años desde los niveles escolares más básicos, no se ha logrado el impacto esperado; probablemente, debido a que las familias no participan de esa información y se diluye una vez que termina la clase para los alumnos. Tal vez no se ha contemplado que ayudaría en gran medida a la prevención de aparición de nuevos casos.

Durante generaciones, las escuelas y facultades de medicina han formado médicos para atender las enfermedades crónico-degenerativas, sus complicaciones, así como monitorear la progresión de la historia natural de estas enfermedades, no obstante lo que actualmente está siendo requerido por la población y los problemas de salud a los que se enfrenta; se trata de cómo perfeccionar los conocimientos otorgados a los médicos desde su formación para que, a su vez, empoderen con información real, sencilla y clara a los pacientes desde edades tempranas; primero, con la finalidad de evitar que adquieran enfermedades crónico-degenerativas que pueden prevenirse con un estilo de vida activo y consciente de la nutrición y, en caso de padecerlas, postergar lo más posible las complicaciones, pues la característica que homologa a este grupo de padecimientos es que la enfermedad per se no termina con la vida de los pacientes, sino la combinación de una serie de complicaciones que llevan al síndrome metabólico, el cual es perfectamente tratable, controlable y reversible en sus primeras etapas. Cuando los pacientes entiendan esto, estaremos compartiendo la responsabilidad de disminuir la incidencia de las complicaciones por enfermedades crónico-degenerativas. Esta educación y concientización hacia los pacientes sobre cómo recuperar, mejorar su salud y prevenir enfermedades y complicaciones, resuelve el factor de "estilo de vida" que afecta a los pacientes, pues aún no existe forma de incidir en el factor genético que predispone a ellas. Por todo lo mencionado anteriormente, debe considerarse como prioridad el cambio de paradigmas en la formación de recursos humanos para la salud en todos los niveles y disciplinas.

Factores relevantes que influyen en la atención del personal de salud

- El creciente número de casos afectados.
- El cómo contribuyen a la mortalidad general.
- La real complejidad para su tratamiento.
- Costo elevado del tratamiento, no sólo de la enfermedad sino de las diversas complicaciones que presentan los pacientes.

Este problema de salud pública tomó carácter de emergencia debido a los cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida en un excedido porcentaje en la población, por lo que el crecimiento de estas enfermedades, su alta letalidad, así como el hecho de que el personal de salud se ha vuelto insuficiente para atender a ese gran número de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, justifican plenamente la necesidad de empoderar positivamente a quienes reciben atención básica, como el monitoreo de glucosa capilar para los diabéticos controlados, tensión arterial para hipertensos y ambos para quienes sufren ambas patologías.

El objetivo de las políticas públicas y programas que involucran la promoción y protección de la salud, debe enfocarse en disminuir el creciente número de casos de primera vez y, en consecuencia, las complicaciones de los casos que actualmente se encuentran en tratamiento.

Las medidas aplicadas a la atención primaria y el empoderamiento a través del autocuidado, darán como resultado beneficios a corto, mediano y largo plazos, lo que debe funcionar como aliciente para enfocar la atención médica a esta modalidad, ya que estaría reduciendo la incidencia de complicaciones a corto plazo debido a que en su mayoría las detecciones se realizan de forma tardía, cuando la atención se ha vuelto costosa y, en algunos casos, lamentablemente infructífera.

Implicaciones epidemiológicas

Al tratarse de un grupo de enfermedades tan diverso, las enfermedades crónico-degenerativas cuentan con desenlaces fatales a través de sus complicaciones:

ENFERMEDAD	COMPLICACIONES
Diabetes mellitus	Pérdida de visión o ceguera.
	Daño o insuficiencia renal.
	Dolor y daño a los nervios (neuropatía diabética).
	Enfermedad cardiovascular.
	Hipertensión.
	Periodontitis.

ENFERMEDAD	COMPLICACIONES
Diabetes mellitus	Dermatitis por patógenos oportunistas.
	Pie diabético.
Hipertensión	Aterosclerosis
	Dolor torácico (angina de pecho).
	Infarto de miocardio.
	Insuficiencia cardiaca.
	Ritmo cardiaco irregular.
	Accidente Cerebrovascular.
	Insuficiencia renal.

Cuando un individuo presenta dos o más de las morbilidades mencionadas como complicaciones, llega a la vida del binomio médico-paciente el tan temido síndrome metabólico, temido porque el manejo se vuelve mucho más complejo y mucho más costoso para el paciente o la institución que brinda el servicio médico, por lo que no hay un estricto apego al tratamiento, conducta que acelera súbitamente y con pocas posibilidades de control las complicaciones que pueden ser fatales en cualquier momento.

Las defunciones ocurridas por estas enfermedades se podían haber prevenido con un cambio en el estilo de vida y la adopción de hábitos saludables. Si esto se hace de forma oportuna, estaríamos modificando el curso natural de las condiciones clínicas que determinan la aparición de las complicaciones, lo cual sería beneficioso para el paciente, pues estaríamos en la posibilidad de brindar las herramientas necesarias para que adquiera la habilidad de monitorear sus niveles de glucosa capilar, tensión arterial y, sobre todo, sabría qué conductas llevar a cabo al notar algún descontrol en estas cifras.

Las condiciones que determinan la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas susceptibles de ser modificadas por y a favor del paciente son:

- Sobrepeso.
- Obesidad.
- Dislipidemia (concentración anormal de lípidos en la sangre).
- Hipertensión arterial.
- Tabaquismo.
- Sedentarismo.
- Dieta inadecuada.

El síndrome metabólico también se puede presentar cuando dos o más de estos factores se encuentran presentes en un individuo; sin embargo, si aún no se ha hecho la detección de una enfermedad crónico degenerativa, contamos con la línea de acción necesaria para mejorar la salud de los pacientes ya que, de no hacerlo, se presentarán invariablemente complicaciones que potencialmente atentarían en contra de la función de uno o más órganos; cuando esto ocurre, también se vuelve incompatible con la vida misma.

Como parte importante del proceso a partir de que el paciente adquiere la enfermedad, pasa a la cronicidad o muere a causa de las complicaciones de la misma, se consideran los diferentes tipos de prevención en los que se encuentra basada la Atención Primaria a la Salud (APS).

Prevención primaria

Son actividades sanitarias en las que se encuentran involucrados la comunidad y el personal de salud. Pueden o no estar involucrados organismos gubernamentales, y la finalidad es actuar antes de que una enfermedad determinada aparezca y se conforma de tres acciones básicas:

Promoción de la salud. Consiste en fomentar y defender la salud de una población a través de acciones directas sobre las conductas de los individuos de una comunidad. Un ejemplo claro de ellas son las campañas antitabaquismo, cuya finalidad es prevenir el cáncer pulmonar y las demás enfermedades asociadas al consumo del tabaco. La educación para la salud no sólo incluye la información que toca a las condiciones sociales, ambientales y económicas que influyen en el estado de salud, sino que también involucra factores y conductas de riesgo, así como el uso del sistema de asistencia sanitario.

La protección específica de la salud. Incluye información necesaria para mantener un ambiente (ecología) saludable, higiene alimentaria para darles la característica requerida de inocuidad y el programa con el esquema de vacunación, tanto para las personas como para animales de compañía.

La quimioprofilaxis. No es sino la administración de sustancias químicas con la finalidad de prevenir enfermedades. Un ejemplo de ello es la quimioterapia que se administra a algunos pacientes en los casos de cáncer con la finalidad de aumentar la sobrevivencia; otro ejemplo es cuando se administran medicamentos por contacto con alguna persona enferma y se sospecha de alguna forma la posibilidad de contagio.

Prevención secundaria. Es el equivalente a realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, cribado y tamizaje. Básicamente se trata de un programa cuyo objetivo es detectar precozmente, abarcando a la totalidad de la población objetivo, para detectar una enfermedad grave en su fase inicial, cuando se muestra asintomática. La meta principal en este tipo de prevención es disminuir la tasa de mortalidad, pues existe la posibilidad de que se encuentre asociada a un tratamiento eficaz y curativo.

Prevención terciaria. Es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad, administrando un tratamiento integral para curar la enfermedad o, en caso de no haber posibilidades de curación, disminuir los síntomas, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Otro de sus objetivos es evitar nuevos contagios e incluye la rehabilitación.

Prevención cuaternaria. Ésta se encuentra compuesta por actividades sanitarias que tienen como meta atenuar o evitar, en el mayor número de casos posibles, las consecuencias de las intervenciones excesivas o hasta innecesarias del sistema de salud.

En México, la cultura médica y del paciente cuentan con factores que influyen en el bajo impacto que puedan llegar a tener estas acciones preventivas, ya que los cambios verdaderamente significativos son realmente difíciles de lograr debido a los vicios en las conductas del binomio médico-paciente (sociedad); así, si bien se ha logrado un impacto favorable, no se ha abarcado la población o no se ha llevado a cabo el total de las acciones, por lo que el máximo impacto favorable en la salud de los mexicanos aún está por descubrirse.

La conducta médica es uno de esos factores, ya que tanto en el ámbito estructural como en el de los procedimientos, en el mayor número de las instituciones de salud no se está preparado para brindar los cuidados en prevención y continúan enfocando la formación de los recursos humanos en salud en la atención curativa. Sin embargo, si bien es un problema de formación, no es posible ignorar la sobredemanda de la atención médica, que obliga a los médicos a atender un mayor número de pacientes en menos tiempo, afectando negativamente la calidad de la atención. Otro factor relacionado con la conducta de los recursos humanos en salud es la falta de trabajo inter y transdisciplinario en la participación de la atención integral; es decir, si bien el plan de atención para un paciente debe estar personalizado, la interacción con el nutriólogo, el educador físico, el médico, psicólogo y educadores debería enfocarse a un manejo integral y no en una variedad indistinta de atenciones; a todo lo anterior hay que sumarle que la formación de los profesionales de la salud no corresponde a la realidad de las necesidades por atender a nivel nacional.

Los programas curriculares en las instituciones educativas, a pesar de la problemática antes expuesta, continúan priorizando erróneamente el manejo de las enfermedades crónico-degenerativas (no transmisibles) y la mayoría de los egresados cuentan con los conocimientos para atenderlas, pero lamentablemente carecen de las habilidades para que ese tratamiento que otorgan sea efectivo y en ningún caso se considera la incorporación de la familia al tratamiento, a pesar de que se reconoce como la clave para modificar el estilo de vida que permitirá retardar la aparición de complicaciones. Como una lamentable consecuencia encontramos que el tratamiento no está basado en las necesidades y expectativas de los pacientes, por lo que el apego al mismo es insuficiente, generalmente tardío y, por supuesto, costoso; todo esto gracias a que el paciente no comprende los objetivos del tratamiento y no está en posibilidad de realizar modificaciones indispensables a su estilo de vida. Asimismo, el acceso a las valoraciones por médicos especialistas está limitado, en muchos casos, al tratamiento de complicaciones.

La conducta social es otro de los factores que afectan el actuar del personal de salud en la prevención primaria; y es que, actualmente, el concepto de alimentación y la percepción de la obesidad han ido cambiando, pues en los primeros momentos de la historia del hombre la alimentación cubría una necesidad fisiológica y conforme fueron avanzando las civilizaciones debía ser más placentero cubrir esa necesidad. En la psicología de la alimentación y nutrición se establece que la propia acción de alimentarse y los trastornos

conductuales vinculados a ella son procesos de aprendizaje inconsciente de la conducta, la disponibilidad del tipo de alimentos (interacción con el medio ambiente) y la predisposición genética. La transición epidemiológica en la que se encuentra el país, así como la propia transformación económica de la sociedad mexicana, han dado como resultado la modificación de los procesos de salud-enfermedad. En los países donde el desarrollo socio-económico es más avanzado, existe una disminución progresiva de las enfermedades infecto-contagiosas que originalmente eran adquiridas por hábitos con poca higiene y alimentación deficiente, dejando ver las enfermedades adquiridas por un estilo de vida y una alimentación deficiente en calidad, muy probablemente excedida en cantidad; sin embargo, en los países en vías de desarrollo no es posible apreciar esta situación de forma tan marcada, ya que si bien estadísticamente se puede apreciar un incremento marcado en los casos de enfermedades crónico-degenerativas, las patologías de origen infeccioso, e incluso las prevenibles por vacunación, continúan como un problema de salud con importancia vigente.

Además, no es posible dejar de observar los factores culturales que llevan a la población al incumplimiento del tratamiento, por lo que en materia de prevención se ha vuelto preciso desarrollar estrategias y conductas para el control de estos pacientes; de lo contrario, el gasto del país asignado a la salud apenas servirá para tratar las complicaciones de estos pacientes, así como sus incapacidades parciales o totales, que se presentarán en forma prematura.

El trabajo de la prevención es mucho más que sólo hacer citología cervical, papanicolaous, colonoscopias, mastografías o cuantificación de antígeno prostático; la realidad es
que estas acciones forman parte de la prevención secundaria y no de la primaria, pues su
objetivo principal es diagnosticar una enfermedad potencialmente mortal, en un estadio
temprano que permita establecer un tratamiento oportuno que resulte en la sobrevida con
calidad de los pacientes a quienes se les hizo la detección. Sin embargo, no son acciones
que tengan la posibilidad de prevenir la enfermedad ya que para cada paciente, en particular, su desarrollo suele ser multifactorial, de tal suerte que no es posible determinar con
certeza quién puede desarrollarla; empero, se puede trabajar en los factores de riesgo que
favorecen la aparición de la enfermedad y que implican un estilo de vida "poco saludable",
así como en la alimentación, con un actuar interdisciplinario entre le médico de atención
primaria, el nutriólogo y el psicólogo, entre los que se pueden establecer estrategias que
favorezcan el retraso de la aparición de estas enfermedades e incluso, por qué no, evitar su
aparición. Lamentablemente, nada se puede hacer con los factores genético y ambiental
que predisponen a ciertos tipos de enfermedades.

La *obesidad* actualmente está reconocida como una entidad patológica que conlleva el riesgo de padecer otras enfermedades de tipo crónico, sin mencionar el riesgo por intervenciones de cualquier tipo. A pesar de todo lo malo que pueda parecer un estado de obesidad, la parte positiva (por no decir menos mala) es que es reversible, prevenible y completamente tratable, partiendo de su clasificación como endógena, en la que se involucran factores hormonales-metabólicos y básicamente al resolver el problema hormonalmetabólico se resuelve, paulatinamente, el problema de obesidad. Sin embargo, en la de

tipo exógeno, el aporte calórico del individuo es mucho más que el gasto de energía que se deriva de la actividad física, al tiempo que la baja calidad de los nutrientes que ingiere diariamente lo llevan a una hipertrofia del tejido adiposo, resultando, primero, en un sobrepeso y posteriormente, cuando el índice de masa corporal (IMC) rebasa los 30 kg/m2, llegando a la obesidad, de tal forma que si el individuo no recibe manejo alguno, podría llegar a adquirir otras entidades patológicas como: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, insuficiencia venosa periférica, dislipidemia, enfermedad vascular cerebral y otras complicaciones que llevan a darle prioridad a su atención preventiva en primer lugar.

A través de la historia clínica completa y en colaboración multi e interdisciplinaria con el paciente y su ambiente socio-económico y cultural, se detecta un diagnóstico y se debería apoyar de los demás actores en salud y especialistas, con la finalidad de determinar el tipo de obesidad y las acciones estratégicas que deberán seguir: profesionales de la salud, paciente y red de apoyo (amigos y familiares). Sólo de esta forma disminuiremos la posibilidad de padecer las complicaciones de la obesidad, por lo que cada profesional deberá trabajar en una esfera del individuo.

Nutriólogo	Diseñar un plan de alimentación personalizado, adecuado a su sexo, su edad, sus necesidades nutricionales, sus gustos, cultura, actividades diarias y considerando la actividad física que también iniciará el paciente.
Psicólogo	Su intervención será para definir si existe un trastorno alimentario y trabajar en la autoestima del paciente para apoyar el apego al manejo integral que se habrá de convertir en un estilo de vida saludable.
Activador físico	Elaborará un plan de rutinas de ejercicio progresivo y de agrado al paciente para garantizar que por sí mismo se haga cargo de su actividad física, convirtiéndolo en un potencial educador de salud (aunque no tenga preparación profesional) por experiencia propia al mejorar su calidad de vida.
Médico	Dará seguimiento a los valores sanguíneos de sustancias que puedan monitorearse y que estén relacionadas con el proceso de adopción de un estilo de vida saludable, valorando la salud integral del paciente.

En el caso en que el paciente se convierta en un educador de la salud por experiencia propia, el sistema de salud estaría contando con un elemento capaz de activar la prevención, pues en caso de que se trate de un padre o madre de familia, los hábitos adquiridos se extenderían a otros miembros de la familia, al círculo de amigos y hasta los compañeros de labor en caso de que se trate de alguien económicamente activo, de tal suerte que el proceso adquiere capacidad cíclica cuando llega a miembros de edad infantil o adolescente, logrando el impacto deseable de la prevención.

La *diabetes mellitus* es una enfermedad adquirida por diversos factores; entre ellos encontramos la predisposición genética, alimentación deficiente en calidad y poca o nula actividad física. Las complicaciones de esta entidad patológica se encuentran íntimamente

relacionadas con la falta de apego al tratamiento integral o bien la falta de un tratamiento integral y al sobrepeso u obesidad, refractarias al "manejo". Por tratarse de un problema de salud pública a nivel mundial se han invertido recursos en muchos países, incluyendo el nuestro, en la identificación de factores de riesgo. Por otro lado, la evidencia actual señala que la diabetes puede ser prevenida y retrasar la aparición de sus complicaciones.

El trabajo de los médicos en atención primaria a la salud consistirá precisamente en lo mencionado previamente. Al hacer la detección, se activará el "protocolo" de acción multi e interdisciplinaria, es decir, mientras que el médico inicia la prescripción de medicamentos hasta llegar al ajuste de dosis, el nutriólogo comenzará a diseñar el plan alimenticio más adecuado para el paciente y el psicólogo ayudará con el manejo del duelo por el reciente diagnóstico y, dependiendo de su estatus, deberá trabajar en la elaboración de un plan de vida, si es que no cuenta con uno, e ir abarcando los aspectos que considere prioritarios para hacerle consciente del poder que tiene para mejorar su calidad de vida, obteniendo como resultado el tan buscado empoderamiento responsable del paciente para tratar su padecimiento. Existe evidencia de pacientes que han dejado la prescripción de medicamentos, logrando controlar sus niveles de glucosa únicamente adoptando de forma definitiva hábitos de vida saludables.

Es importante recalcar al paciente la importancia del manejo integral de su padecimiento y las consecuencias de que una de las partes que corresponden a dieta, medicamento y ejercicio no sea cumplida, eso nos llevará a tener un paciente con una perspectiva amplia y, sobre todo, responsable para que se adhiera al manejo de forma definitiva.

La más poderosa herramienta con que se puede contar actualmente es el impacto en el estilo de vida de los pacientes potencialmente diabéticos por pertenecer a la población de alto riesgo. Por lo tanto, de acuerdo con lo que se ha visto hasta ahora, la educación es la piedra angular para el empoderamiento responsable ya que, en definitiva, al día de hoy no ha sido posible influir en el factor genético. Sin embargo, cuando se logre concientizar a la población sobre la importancia de un estilo de vida y mantener un peso saludable desde la niñez, entonces habremos impactado al núcleo familiar y, por ende, en un futuro a la sociedad.

La enfermedad cardiovascular también se encuentra asociada a la obesidad; sin embargo, hay factores que la impactan de forma desfavorable para el paciente, como la dieta rica en grasas de origen animal, sedentarismo, traducido como mínima o nula actividad física, e incluso tiene un factor genético en el que actualmente no es posible conseguir intervención. Donde sí puede intervenir el médico en APS, con lo que logrará prevenir y manejar de forma adecuada a los pacientes que ya han sido diagnosticados con enfermedad cardiovascular, es en lo que implica cambios de conducta a una más saludable. Como hemos visto, el cambio de conductas autodestructivas a hábitos saludables requiere un manejo integral y un actuar coordinado del equipo de profesionales de la salud.

Existe, en nuestra cultura médica y cultural, la falsa idea de que con el envejecimiento vienen implícitas las enfermedades crónico-degenerativas, lo cual no es más que un viejismo, pues si bien el proceso de envejecimiento es inevitable e irreversible, cuando se acompaña de hábitos saludables la posibilidad de padecer enfermedades durante la etapa

de adulto mayor, queda reducida al mínimo, simplemente eliminando la exposición a los factores de riesgo; además, los avances científicos en el área médica nos permiten contar con tratamientos efectivos que disminuyen las complicaciones y su letalidad.

Conclusiones

Las medidas que corresponden a la prevención primaria no son aplicables a todo tipo de enfermedades y sus acciones deben estar dirigidas a evitar la aparición de enfermedades específicas. Cuando la detección oportuna es la meta principal, ya no es primaria, sino secundaria.

Las enfermedades crónico-degenerativas como obesidad, diabetes, cardiovasculares y neoplásicas, también son susceptibles de prevenirse, al igual que las infecto-contagiosas, aunque las estrategias a emplear sean completamente diferentes.

En México, la prioridad debe enfocarse en disminuir la incidencia de nuevos casos, así como reducir la aparición de complicaciones en los ya diagnosticados, empoderando de manera responsable a los pacientes para que tengan la posibilidad de manejar su enfermedad y acudir a un monitoreo ocasional debe ser la meta de los profesionales en atención primaria a la salud.





Competitividad docente y competencias tecnológicas

Dr. Moisés Elí Guerra Delgado, Dr. José Francisco González Martínez

He tenido sueños y he tenido pesadillas, pero he vencido a mis pesadillas gracias a mis sueños. Dr. Jonas E. Salk

¿ACASO EL SOL SE PUEDE PATENTAR?

Contestó el Dr. Jonas E. Salk en una entrevista, refiriéndose a la patente de la vacuna Salk que erradicó la poliomielitis en el mundo. 1,2

Grandes proezas y avances son realizados día tras día en el arduo trabajo del quehacer médico, durante el propio acto médico, el cual lleva implícita la enseñanza y la investigación (o al menos así debiera ser, según el punto de vista y recomendación del Dr. José Francisco González Martínez). Y cómo negarlo si durante el pasado 2020, inolvidable para la humanidad –desgraciadamente– por el inicio de la pandemia del virus SARS CoV-2, causante de la enfermedad conocida como Covid-19, aunque sus primeros casos se presentaron durante 2019; pero también inolvidable por el desarrollo de la vacuna contra esta misma enfermedad gracias a la investigación de la bioquímica húngara Katalin Karikó, quien por más de 40 años estuvo estudiando e investigando la forma de utilizar el RNA mensajero para lograr una vacuna, que durante este 2021 nos ha dado una nueva esperanza de vivir, ya que con esta tecnología es inoculada una proteína del SARS-CoV-2, la proteína PICO, que es la que nuestro sistema inmunológico podrá reconocer, para así podernos defender contra la infección mortal.

Relata Katalin Karikó que su trabajo de investigación fue desvalorizado durante mucho tiempo por universidades, ya que no veían un futuro para la utilización de esta tecnología de inmunización. Muy bueno fue que ella no desistió y pudo realizar toda su investigación, hasta la ejecución total de descubrir un nuevo conocimiento y así poder vacunar a las personas (que así lo deseen) y no tener un desenlace fatal durante esta pandemia.

Antes de continuar con el desarrollo del capítulo, quiero hacer un reconocimiento y honores –porque eso justamente merecen: honor– a todas las personas que han hecho frente al temor y ansiedad sufridos durante el contagio, hasta perder su vida o la de alguno de sus seres queridos, al brindar la atención a los pacientes que sufrieron durante estos tres años recientes los síntomas y signos del Covid–19. Gracias también a quienes desarrollan tratamientos innovadores para esta enfermedad y a quienes día a día siguen luchando para mitigar esta pandemia.

Asimismo, gratitud a quienes tenemos la dicha de poder cuidar la salud de alguna persona, o tratar de devolvérsela cuando la han perdido y presentamos temor, ansiedad o hasta la misma infección del virus, durante estos largos meses de una guerra contra algo que no podemos ver a simple vista. Gracias por no claudicar.

Todo el sistema de salud mundial se ha visto en serios problemas para resolver una situación de terror y a la par la educación y la investigación en medicina han tenido que evolucionar y cambiar y, claro está, hay que recordar que lo único constante en el universo es el cambio y hay que sabernos adaptar para poder sobrellevar el ritmo que la vida y la misma naturaleza nos están marcando.

Estamos muy conscientes de cómo se dio la necesidad de hacer uso de las tecnologías de la información para poder seguir adelante con el cumplimiento de los programas académicos, reuniones científicas y juntas de trabajo. En todos los niveles hemos sido puestos a prueba para emplear esta capacidad de adaptación, la cual hemos comentado desde la edición pasada de *El reto de ser médico*. Y vaya que es todo un reto.

Aunado a los sistemas de salud, los propios sistemas educativos de los países tuvieron la exigencia de poder llevar a cabo la gran transformación de la forma presencial de la educación a poder lograr que el aprendizaje fuese llevado a cabo de manera virtual, teniendo la necesidad de crear plataformas virtuales que funcionan *on line* a través de internet, donde son impartidas las clases diariamente y tomadas por los alumnos desde sus hogares, o bien por la señal de televisión o radio, para que llegue al alcance posible de todos los alumnos. Un factor de impacto que habrá que analizar es el grado de repercusión en todas las esferas biopsicosociales de los alumnos, quienes por más de un año han estado aprendiendo desde casa y se vieron forzados a adquirir una competencia transversal sumamente importante: la capacidad de aprender a aprender, desde edades muy tempranas como las etapas de preescolar y la de educación primaria del sistema educativo básico mexicano. Comentemos las siguientes experiencias.

Se vivió la necesidad y se desarrolló la forma de aprender a enseñar desde lejos, virtualmente, algunas asignaturas completamente académicas y también otras prácticas, tales como educación física en el nivel básico o prácticas de suturas en los niveles de licenciatura.

Asimismo, los docentes tuvimos la necesidad de impartir nuestras asignaturas a través de plataformas virtuales tales como Zoom, Google Classroom y Brightspace, entre otras. Nos vimos precisados a cambiar a una forma digital de preparar e impartir la enseñanza, así como a calibrar los tiempos de la misma, ya que fuimos aprendiendo que las jornadas extenuantes y cansadas a través de medios virtuales deben evitarse, teniendo cátedras 40 minutos, como tiempo máximo, acompañadas por 5-10 minutos de descanso entre asignaturas, para despertar a los alumnos, ya que al parecer las clases en línea tienen una adyuvancia en el tratamiento del insomnio.

Otra gran oportunidad al aprender y a enseñar fue el diseño de actividades de participación por equipos durante jornadas extensas de cátedra, en las que los alumnos hacían actividades en equipos pequeños a través de estas plataformas virtuales y, posteriormente, preparaban sus presentaciones y las compartían por las mismas plataformas.

Asimismo, nos vimos en la necesidad de diseñar estrategias para poder llevar a cabo y lograr el proceso de evaluación del aprendizaje, en donde estas plataformas fueron de gran utilidad, ya que preparábamos las pruebas de autoevaluación, las cuales al tiempo de ser terminadas de contestar arrojaban el resultado del mismo, con una estadística por ítem evaluado; eso ha sido realmente impresionante, ya que nosotros mismos, al evaluar a nuestros alumnos pudimos evaluar nuestra forma de enseñar y diseñar la evaluación.

De la misma manera, tuvimos la gran responsabilidad de invitar a alumnos de posgrado a participar en diversas actividades inherentes a cada una de las especialidades, para que pudiesen llevar a cabo el proceso de aprender de otros conocimientos que no fuese atención a la pandemia.

Esto nos hace pensar en la manera y forma en que vamos a tener que diseñar procesos de educación médica continua para el desarrollo y refuerzo de competencias que pudieron no haberse llegado a cumplir debido al giro tan disruptivo que, obligadamente, realizamos en la atención médica, reiterando que el acto médico lleva implícita la enseñanza y la investigación médica.

También desarrollamos aptitudes extraordinarias para llevar a cabo el acto médico, portando todo el equipo de protección personal, el cual conocimos como EPP en los centros hospitalarios; consultas vía *on line*, cuadrillas de equipos de atención en áreas COVID en hospitales; algunos otros servicios en permanente atención a urgencias quirúrgicas, médicas; muchas maneras de poder llevar a cabo el acto médico, las cuales revolucionaron la manera tradicional de ejercerlo.

Nos encontramos en un punto de la historia actual en el que se debe ser muy responsable, incluyendo la labor de los líderes que toman decisiones, las cuales repercutirán en poder alcanzar y hasta mejorar los niveles de aprendizaje, investigación, enseñanza y atención médica. Sabemos y conocemos que la fórmula de restarle presupuesto a la investigación, educación y atención médica por políticas austeras no puede vislumbrar un mejor panorama. Se debe hacer de su conocimiento a quienes están tomando decisiones la imperiosa necesidad del apoyo a estas tres actividades primordiales para el avance de la civilización. Tenemos la responsabilidad de que el futuro no merme más el avance, a pesar de estar viviendo una pandemia y algunas otras epidemias ideológicas que ponen en riesgo el progreso de la sociedad hacia una mejor manera de vivir de las personas.

Hay que saber reconocer esa "gran chispa" (que referíamos en la edición pasada), la cual existe en esos alumnos que formarán parte del avance y evolución a mejores realidades. A ellos se les debe proporcionar toda la enseñanza y todo el apoyo para crear personas moralmente fuertes, capaces de hacer frente a las dificultades que encontrarán en el futuro. Y sí, es necesario aspirar a ser mejores; rotundamente de acuerdo en aspirar a crecer, aprender, enseñar, cuidar y a poder llevar las riendas de esas instituciones que hacen grande a nuestro país, a pesar de las destrucciones de las que son víctimas por personajes que no buscan el bien común y desarrollo real de la sociedad. Se debiese invertir el tiempo en construir y no destruir, como un gran maestro me comentó en una ocasión y marcó una diferencia en mi forma de pensar y proceder.

Busquen tener aspiraciones, ya que todo inicia con un sueño, una idea. Una aspiración, siempre y cuando no haga daño; no destruyan, busquen construir, ya que el primer mundo fue elevado a esos niveles por "constructores", quienes entre columnas, muy firmes y a través de la ayuda de sus hermanos y semejantes se lograron poner de acuerdo y siguieron en la dirección del progreso y mejora de sus realidades, ganando a actitudes viciosas, representadas por la ambición, hipocresía e ignorancia, quienes son los enemigos a derrotar en el quehacer diario, en todos los niveles de nuestro actuar, adquiriendo una actitud recta las veinticuatro horas del día, todos los días de nuestras vidas, para así ver morir esos vicios antes que nosotros tengamos que trascender a otras formas de la existencia energética; porque, como Antonio Lorenzo Lavoisier demostró en la ley de la conservación de la materia, sólo somos actores del constante cambio en el universo.

Esta reflexión nos hace recordar a personas extraordinarias, como las mencionadas al inicio del capítulo, que gracias a su "gran chispa" están logrando erradicar procesos de enfermedad en el mundo, logrando así una mejor circunstancia para vivir y así también a toda la humanidad que de alguna forma deseamos volver a poder vivir una vida "normal" de forma segura, sin temor a poder saludar y abrazar a nuestros seres queridos.

De esto se trata, queridos lectores, de que fomentemos el deseo a querer ser mejores y tener aspiraciones y sueños. Apoyemos a quienes tienen toda esta energía para en un futuro poder lograrlo. Y si somos testigos de que podemos cambiarle las velas del barco a alguien para inocularles esta "gran chispa", hagámoslo, ya que en un futuro podríamos ser atendidos por nuestros alumnos; y qué mejor cuando el alumno supera al maestro, pues de esa forma nos sentiremos seguros de que nuestros alumnos están tratando la salud de nuestros seres queridos y hasta la de nosotros mismos. Sabremos en ese momento que hicimos un buen trabajo docente.

Aldous Huxley nos regaló la frase que dice: "Existe al menos un rincón del universo que con toda seguridad puedes mejorar, y eres tú mismo", lo cual nos recuerda que si fuésemos una piedra bruta, pudiésemos lograr esculpirla de forma angular, tan precisa, hasta lograr con dicha labor la más bella escultura, como las obras que Miguel Ángel logró sacar de rocas en bruto.

"La piedra. El distraído tropezó con ella, el violento la utilizó como proyectil, el emprendedor construyó con ella, el cansado la utilizó como asiento, para los niños fue un juguete, David mató a Goliat con ella, y Miguel Ángel le sacó la más bella escultura. En todos los casos, la diferencia no estuvo en la piedra, sino en la persona". Anónimo.

Utilicemos esta piedra para nuestro crecimiento interno y posteriormente reflejar externamente la más bella escultura de nosotros mismos y así podremos construir un mejor sistema de salud, educativo, económico y social, en donde las desigualdades podrán ser desbastadas gracias a las aspiraciones y sueños que cada quien poseemos, y así lograremos vencer nuestras pesadillas.

Bibliografía

- 1. The Economist (14 de agosto de 1999) p. 11, consultado en Wikipedia el 29 de junio del 2021.
- 2. Johnson George, (25 de noviembre de 1990). "Once again, A Man With A Mission". The New York Times. Consultado en Wikipedia el 29 de junio de 2021.





La consulta médica, algunas reflexiones

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

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 totalitarias, 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 de 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 que 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 denomlnado, "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 de otra persona, y no debe tomarse como el fundamento último de la ética. A pesar de ello, creemos que la toma de decisión médica no debe ser hoy exclusivamente del paciente, sino 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 profesional, conocimiento y experiencia para el diagnóstico y tratamiento de la condición de los pacientes; y estos últimos aportan sus propios conocimientos, sus valores y, de manera muy importante, sus deseos. Con este enfoque se selecciona el mejor tratamiento.

Es en un contexto 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 aún 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 de 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, primariamente 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; él 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, siendo la confidencialidad un valor crucial de la RMP; su transgresión 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; podríamos decir que la entrevista médico paciente tiene tres fases.

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

Llamada del paciente. En esta fase es necesaria la disposición por parte del médico; aquí 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, se convierte en persona el enfermo 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 abruma 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

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

Según Cohen-Cole la EM tiene tres funciones importantes; 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:

- ¿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:

- 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: el directivo donde el médico desempeña el papel dominante para decidir qué hacer, cuándo y cómo; el democrático: el médico que colabora con los pacientes para decidir qué se debe hacer; y el 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. Las siguientes son las 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.

La 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.

- 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 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 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 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 resultados 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 vez escuchados los problemas deben establecerse las prioridades, toda vez que 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, lo que indica que se debe negociar con el paciente la lista de prioridades y, una vez establecidas, definir la premura con que deben tratarse y fijar una cita; la experiencia señala que treinta por ciento 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 debe 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 en 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 y la presencia de un familiar.

Puntos clave

- 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 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.
- Ofrezca al paciente la oportunidad de expresar sus preocupaciones.
- 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.
- Realice siempre una buena semiología.
- Sea cuidadoso con el lenguaje; la jerga y terminologías médicas suelen ser inadecuadas; adáptese 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.
- 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).

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

- 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 Praet* 5:217-222. 1977.
- 5. Bertakis KD, Roter D y Putnam SM. "The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction." *J Fam Praet* 32:175-181. 1991.
- Charon R. "Narrative Medicine. A model for empathy, retlection, 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 1. *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 ofhealing." *Acad Med* 72:941-952. 1997.
- Erraker SA, Kirscht Jp y Becker MH. "Understanding and improving patient compliance." Ann Intern Med 108:258-268



Cómo decir bien las malas noticias en medicina

El arte de decirlas, pero decirlas bien, como se debe

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

SIN DUDA EL DIAGNÓSTICO de alguna enfermedad crónica o terminal, por ejemplo sida, cáncer u otra, 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 contexto 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 a desarrollar la actitud positiva del paciente.

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, en el consentimiento informado en torno a los exámenes y tratamientos. 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 el paciente 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 de mal pronóstico; éstos son sólo dos ejemplos de la frecuencia con 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 quedaran 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 confortable 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 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 cómo se dice, por una razón muy simple: el médico es quien primero conoce el diagnóstico y quien está profesionalmente capacitado para 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 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 ella; 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 mellituso hipertensión arterial sistémica (HTAS), afecta toda la vida del paciente y la de sus familiares, sus hábitos alimenticios más interiorizados, su vida de relación, e incluso puede afectar 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 lo reubica socialmente como un "enfermo". Hoy en día ningún médico dudaría en comunicar 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 dudemos 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 pobre pronóstico vital, 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 decirla 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 que no todos pueden soportar las malas noticias. En algunas ocasiones se ha informado de casos de suicido 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 paciente 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, tal 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 del mismo, 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 aliviamos, 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 decir 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 deterioro de una mayor cantidad de ella.

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, porejemplo, 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 biombos 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 irrepetible ante cada enfermo, que también es único e irrepetible. 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"; y 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.

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.

Bibliografía

- 1. Buckman R. "Breaking bad news Why is still so difficult?" BI' Med J 288:1597-1619.1984.
- 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 Med 295:313. 1976.
- Ellis PM Y Tatersall MH. "How should doctors communicate the diagnosis of cancer to patients?" Ann Med 31:336-341, 1999.
- 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.
- Hoffman JC, Wenger NS, Davis RB et al. "Patient preferences for communication with physicians about end-life decisions". Ann Inter Med 127:1-12.1997.
- Ptacek JT y Eberhardt TL. "Breaking bad news: a review of the literature". IAMA276:496-502.
 1996.
- 8. Stuart E y Byron 1. "Telling the diagnosis of cancer". J Clin Oncol7:583-89.1989.
- Tulsky JA, Fischer as, Rose MR et al. "Opening the black box: how do physicians communicate about advance directives?" Ann Intern Med 129:441-449. 1998.
- Wenrich MD, Randall CJ, Shannon SE et al. "Communicating with dying patients within the spectrum of medica1 care from terminal diagnosis to death". Arch Inter Med 161:868-875. 2001.

El futuro de la medicina y de la educación médica

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

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; es decir, 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 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 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. 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 y 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, es decir, del profesionalismo médico. La medicina y su práctica son 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 en que 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.

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 claves 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 ser considerado como una fuerza estabilizadora y de protección moral en las sociedades; de una manera u otra, el compromiso implica que el médico debe hacerse 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.

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.

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, quien es uno de los pilares fundamentales del profesionalismo y 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, que 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 terminará golpeándole la espalda. Y aunque aún es muy controvertido este otro pilar de la eficiencia, debe ser considerado por el médico.

Si bien el médico regido por su ética hipocrática no debe sino buscar el beneficio del paciente, esto no puede llevarlo 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 los podrá gastar en otro paciente, 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 pacientes. La realidad es que el médico es tan responsable frente a su paciente como ante los demás 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.

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 debería modificarse para otorgar realmente servicios 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; algunos de ellos son los que en seguida se enlistan.

- 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.

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 son las siguientes.

- 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.

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 ya no son nuestros; ahora pertenecen a la sociedad. 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.

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 el siguiente listado 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.

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.

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, buscan formas alternativas de control que permitan a la sociedad y grupos de 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 vías 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 autorregulamos; 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, responsablemente 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 conocimiento 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 antídotos 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 Academias de Medicina, Cirugía y de Educación Médica, 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 consideramos 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 tele educación 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, ynunca recibirá el beneficio de la vivencia física y espiritual en ese medio académico, y 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 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 el 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 sub utilización 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.

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.

- 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.
- 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.

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.

El "señor doctor": una reflexión

Dr. Víctor Hugo 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. Ella 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 le 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 del 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 lo 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 se 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 esfigmo baumanómetro, 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 carnaza 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, diafóretica 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 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 la dejaban fuera de peligro.

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 la 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 tecnocrática 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 acordes 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 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 integramos 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 XXI 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 de 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 2004 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 palm 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 igual el 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 cotidiano humano; 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.

Aliis vivere ("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?



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. A 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 lo ante dicho se ha hecho cada vez más evidente hasta convertirse en un verdadero clamor universal de esta profesión; los médicos vemos la profesión médica en el inicio del nuevo milenio 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 está conforme 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.

"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 la misma, tarea que además proporcione capacidad económica suficiente para la independencia 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 éste 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 él 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 integración, autonomía o participación dentro de él. 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.

Cuadro 1. Complejo industrial y comercial de la salud

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

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 de que la profesión médica está siendo transformada, y que la medicina moderna está fundamentada en la ciencia, mientras la de antes era una medicina que se basaba en la ética. Los milagros de la medicina moderna, los medicamentos y la tecnología cuestan caros, 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 –conscientes de que la medicina no era la manera más adecuada de conseguir estatus—, persiguieron un ideal de cultura general, más 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 de 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 implantó 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 deben trabajar mucho más para obtener los mismos ingresos que tenían hace algunos años en nuestro sistema público de salud, requieren 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 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 contribuye a perpetuar las bajas remuneraciones y a fomentar desacuerdos respecto de 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 implique intervenciones que pueden limitar el acceso a determinados tratamientos o procedimientos, lo que 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 cambiaron 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 acceda 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 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 la podría llevar 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 es opuesta a la tradición del ejercicio profesional médico, y no está exenta de limitaciones o problemas, tanto para el médico como para los pacientes.

Estos aspectos han llevado al médico a descuidar su competencia profesional y a insatisfacción en la práctica de la medicina, todo ello 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 médica, invita a reflexionar respecto a estos temas y les hace un llamado para conducir el proceso de adaptación y para 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 encimas 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 de los preceptos esenciales en el ejercicio de la medicina.

Recientemente 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.

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.
- Detrimento 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.

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.
- 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 la 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 contexto 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 hipercrítica, 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.

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 al mismo tiempo se observa despilfarro o mal uso administrativo.

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 claves 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 autorregulamos. 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 social (cuadro 4), que podrían darse entre médicos y pacientes.

CUADRO 3. EL CONTRATO SOCIAL FICTICIO

Punto de vista del paciente

- La medicina moderna puede hacer cosas notables y solucionar muchos de mis problemas.
- Usted, doctor, puede ver en 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 estatus 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 un bien y causar un daño es muy fino.
- Sería mejor no decir nada de esto para no defraudar a mis pacientes y perder mi estatus.

Cuadro 4. El nuevo contrato social

Pacientes y médicos 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 también sus 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.

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 mejora 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).

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.

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 sola fórmula para conseguir la motivación del personal médico, sino que consiste en 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 motivarlos 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. Los profesionales médicos son 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, más 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 la ecuanimidad.

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 intrnist 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.
- Duque FMR. "Problemas profesionales en atención hospitalaria". BSCP Can fed 25:167-176.2001.
- 5. García SMJ, Pérez DC, Pueyo TA, Martínez EC. "Residentes insatisfechos, ¿por qué?" Semergen 24(4):301-302. 200l.
- Hopton JL, Dlugolecka M. "Need and demand for primary health care: a comparative survey approach". BMJ 31 O: 1369-1373. 1995.
- Hopton J, Hogg R, McKee 1. "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 1, Martni CJM. "Problems and new directions in the evaluation of primary care". *Int J epidemia* 16:24 7-250. 1976.
- 15. Mendoza MO. "Descripción del síndrome de Adriano". Acta Med Colomb 24:60-65. 1999.
- 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.
- 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.
- Sendoya A Y. "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.
- 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.
- Williams ES, Konrad TR, Linzer M et al. "Refining the measurement of physician job satisfaction". Med Care 37:1140-1154.1999.



Los desafíos del médico para el siglo XXI

Dr. José Antonio García García, Dr. José Francisco González Martínez

Introducción

ESTAMOS VIVIENDO EL PRIMER TRAMO de la tercera 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 primeramente 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 las personas les 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 han transcurrido poco más de dos décadas 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 las siguientes cinco áreas:



FIGURA 1. MEGATENDENCIAS PARA EL SIGLO XXI CON BASE EN EL ESTUDIO COORDINADO POR ENRIC BASS.

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 teletrabajo (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.

Escenario político

- Hacia 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 rector.
- 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, Estados Unidos y en la mayoría de los países desarrollados.
- El poder político masculino será transformado por el poder femenino.

Escenario cultural

- En 2050 habrá una cultura global de corte occidental, principalmente estadunidense, a pesar de una fuerte cultura regional.
- En 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 2025, el idioma inglés se convertirá en el lenguaje universal del comercio, la política, la tecnología y la cultura; para 2050 será el primer idioma en países desarrollados debido al proceso de socialización de los niños por internet.
- Hacia 2025 habrá crecimiento generalizado de comunidades virtuales y grupos de interés.
- En 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 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 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 2050, el 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 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 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 ciberterrorismo provocará un gran caos alrededor de 2025.
- Hacia 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 intrarregional 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 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, en general no positivamente, en nuestro ámbito nacional, incidiendo en el terreno de la salud; el cambio, como lo refería Heráclito el oscuro, de Éfeso, hace alrededor de 2,500 años, es lo único constante; ese cambio sucede en la actualidad muy rápidamente y cada vez cuesta más adaptarse a él 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 sobre todo 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 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, tendientes 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 intermedio en salud; 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 como lo ha señalado el Banco de México (BM) desde su informe de 1993, 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 como 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, dados 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 año 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

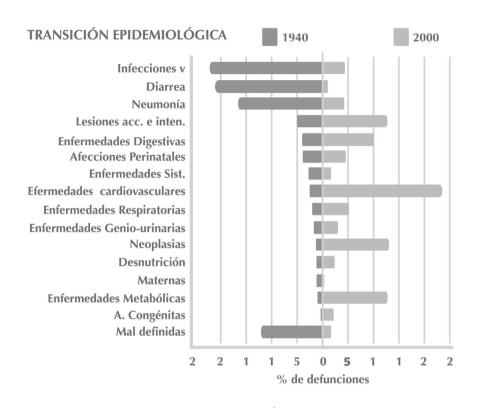
El gasto en salud es de aproximadamente 5.6% del PIB y ahí se incluye el gasto público (el cual representa 46% del total), el prepago privado (2% del total) y el gasto de bolsillo (52% del total); este último es muy alto e inequitativo debido a que más de 50% de la población no tiene ningún tipo de seguro 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

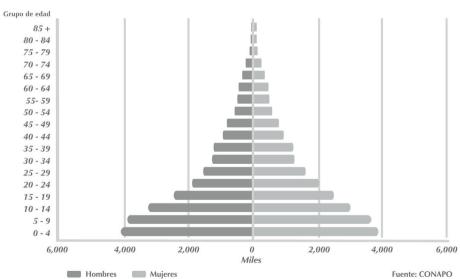
En este texto se presentó un diagnóstico de la situación del gasto público en salud y se realizó un análisis estadístico que muestra que existe inequidad horizontal y vertical en la distribución de los recursos fiscales y públicos per cápita en este sector. El origen de estas inequidades es que se gasta 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 subrepresentada en los deciles de menores ingresos de la población y sobrerrepresentada en los estados con menor marginación.

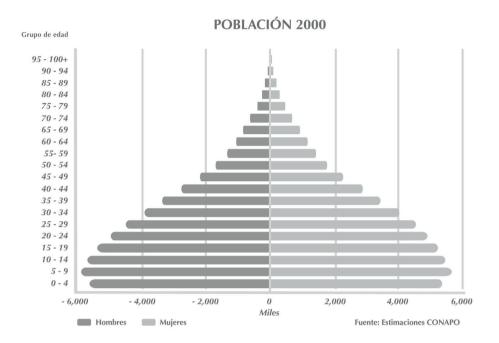
Otro factor que tiene un fuerte impacto en la distribución en los recursos públicos destinados a la población abierta está dado por el reparto inequitativo entre la población de las diferentes entidades federativas; esta inequidad se debe a las transferencias que se hacen a través del Ramo 33 a los servicios estatales de salud y al gasto propio de los estados. También se encontró que –en su momento– los recursos destinados a programas federales como el PAC, el Progresa 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.

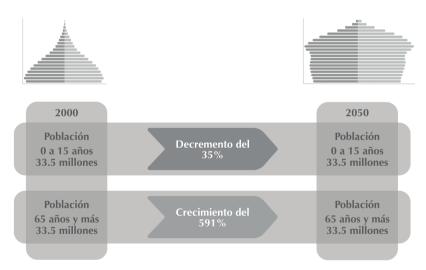






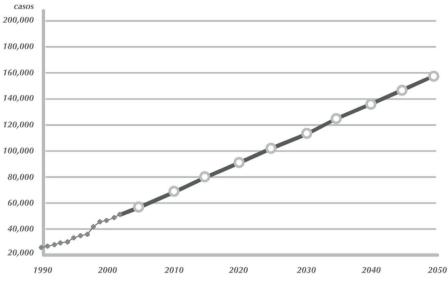


TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Tasa de crecimiento anual



Fuente: II Informe de Gobierno 2002. Estimaciones Coordinación de Asesores de la SIC.





Bibliografía revisada

- 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.
- ABIM Foundation, ACP Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millenium. The Lancet 2002; 359: 520-522.
- 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.
- Baeza C. Las tendencias y desafíos en los sistemas de salud. Salud de los Mexicanos en el siglo XX. 339-346.
- 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.
- Bowen J. Educational Strategies to Promote Clinical Diagnostic Reasoning. New England Journal of Medicine. 2007; 355: 2217-2225.
- 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.
- 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.
- 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.
- Hammick M. & Haig A. (2007). The Best Evidence Medical Education Collaboration: Processes, Products And Principles. Clinical Teacher; 4: 42-45.
- 25. Harden, R.M., Granî, J., Buckley, G. & Hart, I.R. (1999) BEME Guide No. 1: Best evidence medical education, Medical Teacher, 21(6), pág. 553-562.
- Harden R.M., Lilley P.M. (2000). Best evidence medical education: the simple truth. Med Teach;
 117-119.
- 27. Hart I., Harden R. (2000). Best evidence medical education (BEME): a plan for action. Medical Teach; 22: 131-134.
- 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.
- 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.
- Ludmerer K. Learner Centered Medical Education. New England Journal of Medicine. 2004;
 351: 1163-1164.
- 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.
- Miller G. (1990). The assessment of clinical skills/ competence/ performance. Academic Medicine 65: S63 S67.
- 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. Pruitt 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. 54. Reznek M, Harter P, Krummel T. Virtual reality and simulation: training the future emergency physician. AcadEmerg 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.
- 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. 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 leraning and teaching educational environment for hospitalbased junior doctors in the UK. Medical Teacher, 27(4), 326-331.
- 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.
- Ruiz 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.
- Shaw G.B. (1946). The doctor's dilema. Harmonsworth, 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. GacMed Mex Vol.140 No. 3, 2004.
- Swick H.M. Toward a normative definition of medical professionalism. Acad. Med. 2000; 75: 612-616.
- 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.
- 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 elearningprogrammes. V Journal of Online Learning and Teaching. 2006 2 Van der Vleuten CPM, et al. Theneedforevidence in education. MedTeach 2000; 22: 246-250.
- Uribe M. Conocimiento y ejercicio de la medicina moderna. FUNSALUD. Salud de los Mexicanos en el siglo XXI. 82-88.
- Vozenilek J, Huff JS, Reznek M, Gordon JA. See one, Do one, Teach one: Advanced Technology in Medical Education. AcadEmerg Med. 2004; 11: 1149-1154.
- 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.





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 implica analizar un tema en el cual todos los profesionales son expertos, lo que nos lleva 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, así como en el crecimiento económico y 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 es así que 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 a desarrollar en la comunidad médica esenciales mínimas 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.

Es así comola 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 autentica 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 es que 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 tomen 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 para la iniciativa que el paciente pueda tomar sobre su futuro

relacionado con la salud. De ello es que tendrá una relación profundamente estrecha con el lazo educativo que se teja en la relación médico-paciente.

Datos-información-conocimiento

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 autentica 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), en 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 este 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 a las necesidades del paciente; siempre tomando en cuenta las barreras, limitaciones, disposición y desarrollo de habilidades del paciente y su familia.

Optimizar las relaciones interpersonales

Identificar las principales preocupaciones del paciente

Dar información precisa cuando se nos solicita

Potenciar el autocontrol y autocuidado de las salud

Alentar y motivar al paciente a lo largo del proceso de la enfermedad

Amortiguar y reducir el estrés y el impacto emocional ante un diagnóstico

Plantear y describir estrategias de solución de problemas y riesgos

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 sean.

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, tendiente a devolverle la información y los conocimientos que se deriven del proceso.

Partiendo de la relación médico-paciente estableceremos que esta 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 de evaluación del paciente y adecuado tiene en cuenta el estado, la edad, las necesidades de salud y las preferencias del paciente, siendo más eficaz y destacado implementando la integración multidisciplinaria.

Escucha activa

Lenguaje verbal: Informar, dar opiniones, cuestionar, permitir la formulación de preguntas, expresión de sentimientos, tono de voz, pausas.

Lenguaje no verbal: Expresión facial, contacto visual, postura corporal, proximidad física, contacto humano, silencios.

Empatizar: Escuchar los sentimientos del paciente y entender los motivos de los mismos

Reforzar: Expresar al paciente lo que nos gusta y nos parece positivo de su comportamiento. Especificar y describir normas y pautas de lo que el paciente debe hacer o cambiar para mantener la salud utilizando un lenguaje claro y concreto.

Comprobar la comprensión del paciente

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.

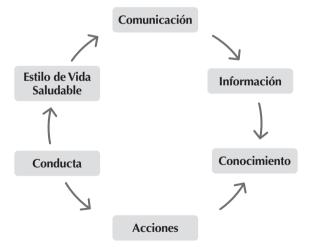
La actividad educativa con el paciente debe ser planeada y enfocada a un proceso de enseñanza-aprendizaje, implementando siempre una metodología educativa específica, rebasando la barrera de sólo transmitir información; planteando objetivos específicos con el paciente y su familia, que permitan realizar cambios de conducta y modificación

de estilos de vida, así como planear un programa educativo adecuado a los recursos, circunstancias 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 se inicie con aspectos elementales para la prevención de las principales causas de morbimortalidad en el país, incrementando los objetivos y metas del programa de acuerdo con 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 aprende 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.
- Lo 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

- 1. Consejo de Salubridad General (2012). Estándares para la certificación de Hospitales. México.
- 2. Davenport T, Prusa K L. (2000). Working knowledge: How organizations manage whatthey know. Boston MA USA: Harvard Business School Press
- 3. C. Eseverri, J. A. Diego, et al. (1995). Educar para la salud, Madrid: C.C.S.
- 4. Freidson E. (1978). La profesión médica. Barcelona, España: Ediciones Península.
- Hamilton, J. D. (2000), Editorial International standars of medical education: a global responsability, 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. Interamericana.
- 8. Sánchez Rosado Manuel, (2009). Manual de Trabajo Social. UNAM.
- 9. Schuwartz, M.R. (2001) Editorial Globalization and medical education, Medical Teacher.
- 10. Stehr N. Practical Knowledge. (1992) Thousand Oaks CA, USA.
- 11. World Federation for Medical Education Task Force (2000) Defining international standards in basic medical education. Report of a Working Party, Copenhagen 1999, Medical Education.





El reto de ser paciente

Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones, Dr. José Francisco González Martínez, Dr. Lorenzo García

A TRAVÉS DE LOS TIEMPOS el quehacer del médico ha sufrido cambios y no es la excepción que la interacción entre el médico y el paciente se transforme en la relación médico-paciente, considerada fundamental para recuperar la salud de este último.

La historia de la medicina y los aspectos socioculturales de cada época se pueden vislumbrar hasta nuestros días; desde la descripción de las personas encargadas del enfermo y sus actividades desempeñadas, las aportaciones de personajes concretos que impulsaron el desarrollo, hasta los cuidados y algunos hospitales o instituciones que daban atención a los pacientes.

Es un hecho que desde tiempos remotos los humanos se preocuparon de asegurar la continuidad de la vida en los clanes existentes, buscando preservarla y perpetuar la especie, llegando a organizar las diversas actividades para procurarse el bienestar a través de la asignación de actividades, siendo las más sobresalientes la alimentación, la protección contra las inclemencias del clima y ambiente, la defensa del terreno y salvaguarda de los recursos existentes. Sin embargo, la salud y la enfermedad, siempre presentes, no podían quedar excluidas.

De acuerdo con los estudios de personal experto en la materia, es posible conocer en nuestros días que existían en aquellos tiempos algunas enfermedades que afectaban a nuestros antecesores y que su esperanza de vida era muy corta.

A través de los diferentes momentos de la historia, desde la edad antigua, el progreso y mejora de las condiciones de vida para los habitantes de aquellos tiempos, en la orientación terapéutica se daban líneas de acción básicamente en dos sentidos, repitiéndose en muy diversas culturas: el empirismo, que se traducía en tratamientos quirúrgicos, fármacos, recursos dietéticos, masajes y baños y, por otro lado, la magia, a través de encantamientos, exorcismos, ofrendas a dioses, plegarias y sacrificios.

Resaltan dos culturas –griega y romana–, las cuales realizaron aportaciones sólidas a la medicina. Asimismo, el cristianismo impulsó la práctica de muchas personas al cuidado de los enfermos y favoreció áreas específicas para su atención; muestra de ello son los monasterios y hospitales.

En la cultura griega destaca la imagen de Hipócrates de Cos (460 a.C.), considerado el padre de la medicina debido a sus contribuciones al florecimiento de las ciencias médicas. El hipocratismo pugna por la observación del enfermo desde la cabecera de la cama.

Se realizaba una anamnesis y una exploración sistemática, siendo así como se realizaron las primeras historias clínicas conocidas que constan en el *Corpus Hipocraticum*. La historia clínica conduce a la relación de síntomas y ésta a su vez a la conformación de síndromes que permiten el establecimiento de un diagnóstico. La experiencia, posteriormente, acuña el concepto de prognosis, cuando los síndromes muestren a los médicos el curso que las enfermedades van a seguir.

El hipocratismo se basaba en una idea naturista de la enfermedad. Hipócrates y sus discípulos creían que siendo el hombre una parte de la naturaleza, la enfermedad no es más que un fallo, un desequilibrio, una alteración, un disturbio; y el deber del médico es restablecer el equilibrio y ayudar a la naturaleza en la corrección del camino incorrecto y equivocado.

En el estilo de trabajar hipocrático coexistían los tres aspectos que se consideran imprescindibles para que el conocimiento sea científico: metodología, sistematización y teorización. Un último aspecto a destacar de este gran personaje es que elaboró un código ético que los médicos, que los seguidores de la línea hipocrática debían jurar. Algunos puntos a destacar del código se mantienen vigentes hasta nuestros días en los mismos términos:

Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higea y Panacea, por todos los dioses y diosas, tomándolos por testigos, que he de observar el siguiente juramento, que me obligo a cumplir en cuanto ofrezco, poniendo en tal empeño todas mis fuerzas y mi inteligencia:

Amar igual que a mis padres al que me enseñó el arte, hacer vida común y, si es necesario, partir mis bienes con él. Considerar a sus hijos como a mis propios hermanos, enseñarles el arte si necesitan aprenderlo, sin salarios ni promesas escritas. Hacer participar en los preceptos y en las lecciones y en todo el resto de la enseñanza a mis hijos, a los de mis maestros, según reglamentos de la profesión, pero a éstos solamente.

Aplicar los regímenes para el bien de los enfermos según mi poder y mi juicio, nunca para hacer daño a nadie.

Nunca daré a nadie, para complacer, un remedio mortal ni un consejo que le induzca a su pérdida; asimismo, nunca daré a una mujer un pesario abortivo. Me conservaré para mi vida y mi arte.

Nunca practicaré la talla a un calculoso; dejaré esta operación a los prácticos.

En cualquier casa que vaya entraré para el bien de los enfermos, manteniéndome alejado de todo daño voluntario y de toda seducción y, sobre todo, lejos de los placeres del amor con las mujeres o con los hombres, sean libres o esclavos.

Lo que en ejercicio o al margen del ejercicio haya visto u oído que no debe ser divulgado, lo callaré, así como los secretos confiados a mi custodia.

Si cumplo con este juramento con fidelidad, que pueda gozar de mi vida y de mi arte en buena reputación entre los hombres y para siempre. Si me separo de él y lo quebranto, que me ocurra lo contrario.

Roma se fundó en el año 753 a.C. y en poco tiempo dominó a los pueblos cercanos, extendiéndose ampliamente a los circunvecinos, al igual que su cultura. Alrededor del año 146 a.C., Grecia cayó bajo su control y los sabios griegos (entre ellos muchos médicos) fueron esclavizados. La gran contribución de la cultura romana son las obras que beneficiaron a la salud pública (alcantarillado, baños de agua caliente, sepultura, control de alimentos, etcétera). Dentro de las aportaciones importantes destacan la organización y el funcionamiento de las escuelas de médicos, la presencia de profesiones sanitarias menores (masajista, obstetra) casas de algunos patricios, reservados para militares y gladiadores heridos o enfermos. Es destacable la presencia de las mujeres en el ejercicio de la medicina y una legislación muy completa de la profesión médica y colaboradoras. En esta época, los reyes y personajes ilustres tenían acceso a los médicos formados, para la mayoría estaba la existencia de "valetudinarios", especie de hospitales ubicados en las grandes ciudades, donde la población estaba al cuidado de la mujer, quien a partir de las propias experiencias de su cuerpo, saberes transmitidos de madres a hijas y del empirismo adquirido por la observación, fue cuidando una serie de enfermedades a partir de regímenes y de extractos de plantas que se administraban de diferentes maneras (vahos, enemas, gargarismos, cataplasmas, infusiones, etcétera). El cristianismo fue un acontecimiento que influyó sin duda en el cuidado de los enfermos, a partir de una nueva filosofía de la vida, desprecio de las riquezas, ayuda al pobre y desvalido, que indujo a muchas personas a dedicarse con abnegación y escasos conocimientos a los enfermos sin recursos, quienes eran considerados desechos de la sociedad y morían solos y sin ayuda alguna.

Con la caída de Roma en el año 476 d.C., por la invasión de los bárbaros, se destruye la cultura clásica y se inicia la Edad Media en la Europa occidental; una etapa que durará hasta 1453, año en que los turcos conquistaron Constantinopla. Durante la Edad Media floreció una estructura social nueva: el sistema feudal. La gente se agrupó para defenderse de las invasiones, alrededor de los castillos y los monasterios, pero el sistema feudal, con sus continuas guerras, implicó que las tierras estuvieran descuidadas y las cosechas escasas, por lo que las enfermedades hicieron su aparición, favorecidas por la malnutrición.

Los monasterios se convirtieron en centros de cultura y de asistencia a los enfermos. En cada uno de ellos existía un hospital con salas de hombres a cargo de hombres y salas de mujeres a cargo de mujeres. Poco a poco los monjes y las monjas fueron desplazando a las mujeres que siempre habían prodigado los cuidados. A partir de aquí se pierden varias prácticas y rituales que durante siglos habían sido útiles. La filosofía de estas mujeres y hombres, ordenados religiosamente, consistía en dar mucho más valor al aspecto espiritual (es decir, al dualismo cuerpo-alma), por medio de la oración, mientras que las técnicas eran muy elementales, como abrigar a los pacientes, alimentarlos, lavarlos, colocarles agua fría de rosas para la fiebre, así como transportar y curar heridos. Estos cuidados estaban dirigidos a enfermos pobres y humildes, quienes se beneficiaron del aumento del número de personas dedicado a la atención sanitaria.

Los árabes favorecieron el resurgir de la cultura al traer de nuevo las obras clásicas de los griegos por medio de sus recopilaciones y traducciones, lo que permitió conocer de nuevo a Hipócrates y a Galeno. También médicos destacados, como Albucasis o Avicena,

contribuyeron a dar un impulso en el conocimiento de las enfermedades y su tratamiento. Construyeron, asimismo, hospitales como el de Córdoba o Bagdad, que disponían, además de salas para los pacientes ingresados, de un dispensario para los enfermos ambulantes, cuatro patios con una fuente central cada uno y distintas habitaciones con narradores de cuentos, músicos y lectura ininterrumpida del Corán día y noche, para distraer a los pacientes a quienes al ser dados de alta se les ofrecían unas monedas de oro, para que no tuvieran que trabajar inmediatamente a su alta.

Las Cruzadas, que duraron casi dos siglos (1096-1271), fueron un acontecimiento que tuvo muchas consecuencias y repercusiones en el desarrollo de la sociedad y en el campo sanitario. Estas expediciones destinadas a liberar la Tierra Santa de manos de los turcos, favorecieron una serie de problemas sanitarios, médicos y sociales a causa de la extensión de enfermedades como la lepra y epidemias, por la gran movilización de masas no siempre bien alimentadas, presencia de huérfanos, abandono de cultivos y grave escasez de alimentos.

Existieron diversos tipos de órdenes como los hospitalarios-militares en las que los hermanos hospitalarios acogían a peregrinos cruzados, mientras los hospitalarios estaban dedicados únicamente a la atención de enfermos hospitalizados. Entre el grupo de las órdenes mendicantes (mendigan para sobrevivir), destacan los dominicos y los franciscanos. Estos últimos contribuyeron al control de la lepra, ya que se dedicaban a detectar leprosos, llevarlos a los leprosarios y cuidarlos, evitando la propagación de esa terrible enfermedad.

La enseñanza de la medicina se hizo inicialmente en los monasterios y las escuelas catedralicias, hasta la llegada a la universidad en el siglo XIII. El contenido de las funciones detalladas tenía en cuenta aspectos tan variados y completos como la dieta, higiene de los pacientes, prescripciones médicas, relación con el enfermo, el respeto por sus pertenencias y por su libertad y la observación del enfermo.

Durante el Renacimiento, ubicado entre mediados del siglo xv y del XVI, resurge la civilización, artes, estudios y un redescubrimiento de los saberes clásicos. Es una etapa de grandes descubrimientos en todos los campos, especialmente en la medicina.

Los avances en el conocimiento de la anatomía del cuerpo humano se debieron a Vesalio, que con su obra *De humani corporis fabrica libri septem*, ilustrada con más de 300 dibujos, acaba con los errores de anatomía de la época. También contribuyeron Servet y Harvey con los descubrimientos de la circulación menor y mayor, respectivamente; y Malpigio, que descubrió los vasos capilares y hematíes.

Mientras los progresos de la medicina son constantes y evidentes, la atención de los enfermos sufre una decadencia debido a la reforma protestante del siglo XVI, perdiéndose los cuidados del paciente y quedándose a cargo de sirvientas y asistentas sin preparación.

En un periodo que va del siglo XVII al XIX, existe gran agitación política, ocurriendo acontecimientos muy importantes como la Guerra de los Siete Años, la Revolución Francesa y la Guerra de Independencia de América del Norte; en ese tiempo también acontecieron numerosos descubrimientos científicos, pues la medicina progresó gracias a la evolución de la química, la biología y de las ciencias naturales.

Laenec inventó el estetoscopio, Morton la anestesia general, Pasteur descubrió la vacuna contra la rabia y su teoría microbiana fue aceptada por todo el mundo, inspirando las medidas de asepsia y antisepsia que salvaron muchas vidas en todo el mundo.

Las revoluciones políticas e industriales dieron paso a dos reformas importantes; John Howard consiguió con su libro *Hospitales y lazaretos* conmover a la opinión pública sobre la situación de los enfermos en los nosocomios y los presos en las cárceles; y Pinel consiguió quitar las cadenas a los locos internados en hospitales con pacientes psiquiátricos.

Después de haber realizado una rápida revisión a través de la historia de la medicina es como podemos percatarnos del verdadero cambio en la relación médico-paciente, tema que ahora nos ocupa.

Se critica a los médicos por el escaso tiempo que dedican a sus pacientes, resaltando las consultas con duración de pocos minutos, llevando al cuestionamiento de que en un espacio limitado de tiempo es muy difícil conocer a una persona, pero la actitud de querer hacerlo es más importante que el tiempo. Al parecer hay una mezcla entre la actitud vocacional de un profesional que se forma como un técnico o tecnócrata más que un humanista, pero también es cierto que la condición de mirar a los ojos, escuchar al paciente en sus propias inquietudes, valores y necesidades es una actitud verdadera.

Anteriormente, solía considerarse al médico como una autoridad, convirtiéndose ahora en técnico demócrata, que expone sus argumentos para que otro decida. En la medicina tradicional se supone que el médico es quien sabe lo que es mejor para el paciente, con un punto de vista ético; el mejor interés del paciente debiera definirlo el paciente mismo y el médico ser capaz de escucharlo, comprenderlo y adecuarlo al tratamiento que la ciencia hace sobre su afección.

Asimismo, la medicina actual tiene mucho de contractual y con gran frecuencia carece de acompañamiento. Hoy en día la relación médico-paciente se ve modificada por las redes sociales, ya que el paciente es libre de indagar en cualquier buscador de internet los síntomas que tiene para luego conseguir su propio diagnóstico. Si bien parece una fortaleza que los pacientes quieran conocer más sobre su afección y adherirse mejor al tratamiento, la gran mayoría de las veces no termina siendo la fortaleza esperada sino el deseo de escuchar lo que él considera mejor.

La gran mayoría de veces el médico actual se enfrenta con un paciente exigente y retador, más que con alguien poseedor de una conciencia real de lo que en verdad resulta mejor para recuperar su salud.

Bibliografía

- 1. Laín Entralgo P. "La Relación médico enfermo". Madrid, España, Revista de Occidente, 2ª ed.
- 2. Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Salvat. Barcelona, España, 1978
- 3. Laín Entralgo P. Antropología médica para clínicos. Salvat. Madrid, España
- 4. Insua Jorge, Introducción a la psicología médica. Promed Bs. 1985
- 5. King IM. A theory for nursing: Systems, concepts, process. New York, Wiley



El médico como paciente

Dr. Jorge Aldrete Velasco

Los médicos también nos enfermamos. Pareciera que los microbios – por justo espíritu de venganza– mordieran con más fuerza y rabia en nuestras carnes, como para desquitarse de la guerra que les hacemos cuando quieren darse el lujo de invadir el organismo de otro ser.

Bartolomé Bosio

"Son las dos de la mañana en una unidad de terapia intensiva. Me encuentro intubado y sólo puedo escuchar el lejano murmullo de las conversaciones de los médicos y las enfermeras, así como el monótono sonido del monitor. De pronto suena una alarma (ruego a Dios que no sea la de mi monitor) y un tropel de médicos, residentes y enfermeras se abalanzan sobre la cama del enfermo que se encuentra a mi lado. Lo desvisten, ajustan las soluciones, preparan el carro rojo y el desfibrilador, colocan nuevas cánulas y tubos de drenaje y, entonces, la primera descarga a 100 joules, la segunda a 200 joules; una tercera, mientras se dan las maniobras de compresión cardiaca, se aplican nuevos fármacos, más compresión y más descargas y, de pronto, se hace el silencio... Todo ha terminado. Sólo me pregunto cuándo me tocará a mí."

Dr. J. A. Velasco, durante una de sus estancias en una Unidad de Terapia Intensiva.

Nota previa: diversos párrafos de este escrito han sido reproducidos con permiso del Dr. Horacio Jinich, autor de dos obras del connotado internista, amante de las letras, pero, sobre todo, conocedor de la naturaleza humana.

Es un fenómeno frecuente observar que el médico, cuidador de la salud de los demás, generalmente es desatento con la vida propia y con su bienestar físico y profesional. Frecuentemente recomienda, detallando de manera explícita, grandes cuidados a sus enfermos, mientras él decide hacer todo lo contrario, ya sea por desprecio a la vida o por convencimiento de que los fenómenos biológicos son tan complicados que las reacciones más paradójicas pueden observarse, aun en contra del sentido común.

No escasea la literatura científica que se refiere al médico deteriorado o al médico enfermo.¹ Bien documentada está la elevada frecuencia de depresión, alcoholismo, drogadicción, dificultades maritales, agotamiento profesional y suicidio en nuestro gremio. Recordemos el estudio clásico de C. Thomas, quien siguió por muchos años las carreras de 1,337 estudiantes de medicina del Hospital Johns Hopkins, y describió "el lado oscuro de la medicina", con la elevada frecuencia de hipertensión arterial, trombosis coronaria, depresión, suicidio, discordia marital, drogadicción y cáncer.² Los estudiantes de medicina suelen abusar de drogas, más de la mitad requieren psicoterapia y sólo los accidentes superan al suicidio como principal causa de muerte.³⁴

Como todo mortal, sufre a menudo los embates de la enfermedad y esta situación de "médico enfermo" es casi siempre desesperada, difícil y, muchas veces, trágica. Tres circunstancias contribuyen a exagerarla:

- 1. Que el padecimiento sea de difícil diagnóstico, sobre todo de causa no bien conocida.
- 2. Que las molestias (crónicas y en muchas ocasiones debilitantes) hayan sido atribuidas al estrés, cansancio o por la edad; o que dichos síntomas y signos, todos ellos premonitorios y determinantes, se hayan soslayado o fueron enmascarados por consultas "de pasillo" con otros colegas, o por la misma autoprescripción.
- 3. Que sea muy dolorosa.

El médico es casi siempre pesimista y alarmista y pronto se figura ver en su mal cáncer, diabetes, enfermedades crónicas discapacitantes (Alzheimer, Parkinson) o algo semejante, que por grave o difícil de curar lo lleve pronto a la nada. Contribuye bastante a la desesperación su falta de credulidad en la terapéutica y la poca disciplina que puede mostrar para llevar al cabo tratamientos que impliquen apego y subordinación a otro colega, sin tomar en cuenta su poca credibilidad a las prescripciones recomendadas por otro médico y al frecuente abandono de las mismas en cuanto se siente mejor (con cuánta frecuencia criticamos esto último al hacerlo nuestros pacientes), observándose los hechos más curiosos, ya sea el empleo de medicamentos en forma intensiva, fuerte (a veces incluso a dosis tóxicas), cuando cree haber dado con alguna causa combatible, o a la inversa, la fobia a las medicinas, el miedo a los efectos secundarios y a sentirse intoxicado por ellas.

En realidad, el médico enfermo no suele ser desobediente sino más bien escéptico, o un incrédulo. Y cuando al fin decide llevar a cabo la orden del médico que lo atiende, da la impresión de un soldado que va a la guerra a sabiendas de que será derrotado. Pero el médico enfermo en realidad no es cobarde. Considero que es más denodado el hombre que lucha hasta lo último; el que combate contra el infortunio, el que espera inmóvil el fin de sus sufrimientos. El médico enfermo tiene una actitud intermedia; espera tranquilamente lo irremediable y lucha sin fe terapéutica.

La falta de tiempo para enfermarse es un factor que debe tomarse en cuenta, pues solamente la absoluta imposibilidad de trabajar es causa de que el médico abandone a su clientela. Los malestares sencillos, y aun algunos graves que no impiden la deambulación o el mantenerse de pie, permiten al médico enfermo seguir ejerciendo su profesión. Así, hemos conocido casos de médicos caídos en la sala de operaciones (en la tercera cirugía de ese día), víctimas de un sangrado masivo por divertículos que se había hecho

manifiesto desde la primera hora de la mañana y que fue confundido o interpretado como un "cuadro de hemorroides"; tener un infarto en su consultorio o en un servicio de urgencias, cambiando en el mismo turno el rol de médico a paciente, porque en realidad estaban más enfermos que quien los consultaba, interpretando el dolor precordial que lo aquejaba desde horas antes como una indigestión, u otro síndrome. Son esos médicos que continúan acudiendo a su consultorio teniendo colocadas cuatro bolsas de estomas (esofagostomía, gastrostomía, yeyunostomía y un *Penrose* para drenaje) y que se negaban a permanecer en casa a pesar de tener indicada la alimentación continua con sonda enteral, por ejemplo. Como éstos, son innumerables los ejemplos que podríamos poner y que podrían hacernos pensar en un estoicismo a toda prueba o en una negación absurda de la vulnerabilidad física del médico.

En relación con el estoicismo (¿se llamaría a eso heroicidad?) del médico, podríamos poner otros ejemplos como la anécdota de un cirujano que, al hacer esfuerzo en una maniobra difícil de intervención abdominal profunda, se le estranguló una hernia y al terminar la operación fue colocado a su vez en la mesa de operaciones para tratar su grave padecimiento. O el caso de un distinguido internista que al salir de una visita fue atropellado por un automóvil, sufriendo la fractura de una pierna y seis días después de colocados los fragmentos óseos en su lugar y llevando un pesado aparato de yeso, daba consultas en su cama e incluso hacía reconocimientos físicos. Esta actitud valerosa y denodada le ocasionó una pequeña desviación de la fractura y le aumentó temporalmente los dolores óseos; pero él no se lamentaba de su actitud y prefería haber seguido prestando sus servicios a su numerosa clientela.⁵

El médico enfermo presenta, además de las manifestaciones propias del padecimiento que sufre, otras, debidas a lo que sabe o cree saber y a la autosugestión. El hecho de haber visto o leído los síntomas de la entidad patológica lo convierte en un enfermo en el que, además de las manifestaciones indudables y verdaderamente reales, existen otras, molestas y difíciles, originadas en su mente, mantenidas por la subconciencia y a veces permitidas por cierta abulia.

La idea del mal o del dolor se convierte en sensación maléfica, o en algia molesta, e incluso suelen presentarse manifestaciones viscerales de causa esencialmente psíquica, con la particularidad de que en el médico pueden corresponder tanto a síntomas del padecimiento como a manifestaciones contenidas del sufrimiento corporal o psíquico, causando una vida azarosa y de pocos descansos verdaderos.

Relación médico enfermo-médico sanador

La ética del médico, como sanador de sus pares y frente a los demás médicos, entra de lleno en las reglas de la mera educación y cortesía. En la mutua relación entre los médicos deben existir los mismos cuidados que hay entre los hombres civilizados que comparten la tarea y el deseo de ayudarse. Aquí, como siempre, los deberes son tanto más estrictos cuanto mayor es la categoría del doctor. Por eso éste, que deberá tener una buena reputación científica y social, extremará la generosidad de su conducta. Una incorrección es tanto más pecaminosa cuanto más innecesaria.⁶

Las reacciones de los médicos ante el hecho de enfermar

La enfermedad, con frecuencia, es interpretada como castigo de dioses, venganza de enemigos, maldición inexplicable, o una intolerable intromisión en los planes de uno. La enfermedad es peligro, es fragilidad de la existencia individual. Es interrupción de los estudios, del trabajo y de los proyectos trazados con ciega arrogancia. Es desastre financiero, señal de debilidad, de omnipotencia fracasada; es súbita inferioridad frente a los demás, es dolor, vergüenza, humillación. Y también es pretexto, excusa, explicación, justificación de fallas y torpezas, así como motivo para reclamar atención, afecto, lástima, recompensa, admiración, retribución y compasión (Claudio Bernard).⁷

¿Cómo reacciona el ser humano ante la presencia, real o supuesta, de una amenaza grave a su integridad física, a su vida misma? De manera no diferente a como reaccionan muchas otras especies animales: con la lucha o con la huida. Pero, ¿qué hacer si ni uno ni otro recurso son factibles en una situación dada?

Con más frecuencia el ser humano recurre a la actitud psicológica defensiva de la "negación". En ese momento, al sentirse inerme, sufre miedo, terror, angustia. Quien la haya sufrido alguna vez sabe que es intolerable. Se explica así que se eche mano de métodos psicológicos para evitarla, atenuarla, eliminarla; y el mejor de ellos es la negación: el peligro no existe, la amenaza es ficticia; no pudo haber sido un infarto, fue indigestión; no son síntomas de cáncer, son las adherencias, son los medicamentos que me caen mal; es el médico que se ha equivocado, etcétera.

¿Cómo es posible que la mente racional de una persona que está al día en avances científicos y de mecanismos fisiopatogénicos bien definidos que ocasionan sus molestias, admita un comportamiento tan anormal, propio en ocasiones de un demente? ¿No deberíamos asombrarnos ante el carácter aparentemente irracional del fenómeno de la negación?

Es preferible reconocer que, incluso en la conducta cotidiana de los seres humanos, la razón desempeña un papel mucho menos importante de lo que se creía antes de Freud. La razón sirve muchas veces para inventar explicaciones a nuestra conducta irracional; sirve para "racionalizar" lo que los impulsos irracionales nos empujaron a hacer o a no hacer. Ya lo había dicho Pascal: "Hay razones del corazón que la razón no comprende."

Este fenómeno de negación se presenta por igual, tanto en pacientes como en médicos, aun cuando en estos últimos el fenómeno es de mayores proporciones y puede manifestarse desde la desobediencia franca a las recomendaciones terapéuticas hasta la conducta "contrafóbica", que es la práctica de acciones opuestas a las que recomienda el consejo acertado del médico o el simple sentido común, de acciones terminantemente prohibidas, peligrosas y a menudo fatales.

Otra reacción psicológica, aun cuando ésta es menos observada en los médicos enfermos, es la regresión, que consiste en ejercer un nivel de madurez emocional disminuido. Su magnitud puede variar de un paciente a otro y va desde una tendencia leve a depender más de lo ordinario de los demás, hasta la adopción de un franco comportamiento infantil en donde el paciente exige una mayor atención por parte de los familiares, demanda ayuda para la realización de diferentes tareas, incluso las más sencillas y, sin una explicación

clara del porqué de dicha necesidad, llegando incluso a la conducta abusiva (consciente o inconscientemente) hacia sus familiares o las personas que les dispensan los cuidados.⁷

El ansia de vivir

La era tecnológica en que vivimos los médicos de hoy no ha logrado ocultar un fenómeno misterioso; una fuerza que, como aliada poderosa algunas veces, o como enemiga implacable otras, juega un papel fundamental en el resultado final de la lucha en contra de la enfermedad y de la muerte. La denominamos, coloquialmente, "el ansia de vivir". Hoy sabemos de aquel médico que tras fatigosa labor de muchos años encuentra sus sueños rotos, sus esperanzas fallidas, su tarea fracasada, sus metas inaccesibles; y se siente embargado por la desilusión, experimentando sentimientos de desesperanza y desamparo; tanto como aquel otro que habiendo alcanzado sus metas, habiendo llegado a la edad de la jubilación y el retiro, abandona la cotidiana brega y se enfrenta al vacío, a la rutina gris, a la ausencia de desafíos y de problemas, a la soledad.⁷

Aliada al hombre, el ansia de vivir hace milagros que la ciencia intenta atribuirse o que, con cierta modestia, trata torpemente de explicar. Una tarea urgente que apremia, un hogar cálido que espera y, sobre todo, seres a quienes amar, instilan un oculto elixir, el verdadero agente de la curación y la salud. Escondida en el "efecto placebo" de los medicamentos; volando en las palabras de aliento y optimismo de su médico; transmitida por los ocultos caminos de la comunicación extraverbal; tonificada poderosamente por la fe y el amor, ahí se encuentra esa fuerza poderosa: el ansia de vivir, sin cuya presencia aún ahora, en los inicios del siglo XXI, el siglo de la tecnología, la medicina no podría ejercerse.

Existe una condición *sine qua non*: el médico mismo debe ser poseedor de ese amor a la vida. A pesar de que su vida propia, puesto que es médico, transcurre "bajo la sombra de la muerte, entre los dolores del cuerpo y los del alma" (Asclepios), debe poder decirse diariamente, al principio y al final de la jornada, con honda convicción: ¡Qué bella y qué buena es la vida!

La segunda condición es la existencia de una comunicación completa, libre de barreras de toda clase, entre el médico enfermo y su médico. Una comunicación entre humanos, entre iguales, donde, implícita en esta condición, está la transmisión honesta del mensaje: "No estás solo, yo estoy contigo".

Existe una tercera condición: el médico enfermo debe tener fe en su propio médico. Fe en que aún exista en él, por escondido que se encuentre, el instinto de vivir. Fe también en sus cualidades ocultas, en su potencialidad creativa, en su capacidad de conocerse y aceptarse a sí mismo, en la posibilidad de enriquecer su propia existencia y de desarrollar su propia esencia.

Una tarea esencial del médico que tiene como paciente a un colega que ha perdido el amor a la vida, es protegerlo de la soledad. La enfermedad y el dolor tienden a aislarlo. Aquellas fuerzas exteriores que lo sostenían antes: prestigio, posición social, y otras más, se debilitan y se esfuman cuando se enferma. No le quedan, a veces, más que su médico y los recursos internos de él mismo.

En ocasiones, el ser humano enfermo –y el médico enfermo no tendría por qué ser distinto–, busca algo más y es cuando puede encontrar en la religión una cosa distinta, usándola de manera diferente y sufriendo por los diversos motivos a ella unidos. El médico que atiende a un colega, que piensa en él como un ser humano que está sufriendo, que merece una consideración integral y entiende que sus problemas espirituales tienen tanta importancia como sus problemas físicos para la determinación del estado de salud/enfermedad, tendrá que enfrentar los problemas religiosos de su paciente. Para ello, no deberá juzgar ni discutir su religión ni tratar de imponer sus creencias a un hombre que, en momentos difíciles, busca su ayuda y consejo. El médico intuitivo y comprensivo evaluará el uso que cada hombre hace de su religión, esto es, utilizarla para apoyarse en ella, para llamar la atención, o como un instrumento para golpear y condenar a los demás. Es en ese campo, y sólo en ese, donde el médico puede opinar y es únicamente en él, en el que su palabra será útil, justa y calificada.⁷

La hora final

De todos los seres vivientes, el hombre es el único que posee la capacidad de concebir la muerte. Percibe los objetos y los sucesos del mundo que lo rodea y del que forma parte, observando en algunos de ellos una serie de características que separa, abstrae, sintetiza, llamándolas vida. Luego crea una imagen negativa: la ausencia de todo aquello, y le llama muerte. Poseedor de su secreto, no puede compartirlo con ninguna otra especie viviente y por ello está solo y, en cierto modo, fuera de la naturaleza.

Si bien es cierto que la inevitabilidad de la muerte es en cierto modo una certidumbre intuitiva que pertenece a la estructura esencial de la conciencia humana, es necesario subrayar que se trata de una certidumbre que, en condiciones normales, está profundamente reprimida. Fuera de los momentos en que los hombres nos enfrentamos a enfermedades graves o a sufrimientos físicos extremos, no mantenemos viva dentro de nosotros la convicción profunda de que nosotros, en verdad, moriremos. Esta convicción sólo llega a nuestras conciencias cuando sufrimos la experiencia directa de la muerte.

A diferencia de épocas antiguas donde la muerte podía tener un significado simbólico, heroico o de trascendencia, la muerte moderna, en la cultura occidental, no posee ningún sentido que la trascienda y ha perdido toda continuidad con la vida. Dice Octavio Paz: "En el mundo moderno todo funciona como si la muerte no existiera. Nadie cuenta con ella. Todo la suprime: las prédicas de los políticos, los anuncios de los comerciantes, la moral pública, las costumbres, la alegría a bajo precio y la salud al alcance de todos que nos ofrecen hospitales, farmacias y campos deportivos".

En las escuelas de medicina no se enseña al estudiante a atender ni a ayudar al enfermo próximo a morir; mucho menos se le enseña a atender a un colega enfermo o a aceptar la idea de que algún día él ocupará el lugar de tantos otros a los que ha atendido. Generalmente la preocupación del personal médico se enfoca en el diagnóstico, al manejo terapéutico; a lo que el enfermo tiene como caso aprovechable para la enseñanza y a su utilidad como material de investigación clínica.

El enfermo grave llega al hospital y, una vez encamado, es víctima de un enjambre de técnicos de laboratorio y gabinete, de enfermeras y de médicos en extremo ocupados para poder prestarle atención personal. Si resulta ser un caso "interesante" será visitado por médicos curiosos que lo harán sufrir maniobras clínicas e instrumentales sin cuartel y sin piedad. Probablemente el enfermo verá sufrir y morir en su derredor a otros seres humanos que se encuentran en situación similar a la de él. Habrá limitaciones en el horario de visitas de familiares y amigos; ha dejado de ser una persona para convertirse en cosa. Si protesta se le aplicarán sedantes y analgésicos y un conjunto de sondas, agujas, cánulas y monitores constituirán su medio ambiente. Lo anterior también le ocurre, sin distinción o cortesía profesional, al médico cuando, como enfermo, ocupa el lugar de "paciente".

Una vez establecido el diagnóstico de un padecimiento grave, posiblemente mortal a corto plazo, ¿qué debe decirse al médico enfermo? ¿Debe dársele a conocer su diagnóstico y su pronóstico? ¿Debe saber la verdad?

Un médico oncólogo, que siempre insistía en que a los enfermos había que decirles la verdad, fue examinado y diagnosticado por el médico residente de un servicio de oncología, con cáncer de colon con metástasis. Durante los meses restantes de su vida como paciente no mencionó nunca la palabra "cáncer" sino que hablaba sólo de "su mal" atribuyendo sus síntomas en la etapa terminal a infecciones urinarias, artritis y otras enfermedades inexistentes. Asimismo, mostró inusitada hostilidad contra aquel médico que tuvo la osadía de establecer el diagnóstico.

El problema no tendría mayor trascendencia si no fuera por un hecho indudable: el médico enfermo, salvo contadas excepciones, sabe su diagnóstico. Lo sabe, aunque a menudo deformado y acrecentado. Por consiguiente, la pregunta importante no consiste en si debe decirse al colega enfermo su diagnóstico, sino en cómo debe decirse, qué tanto se le debe informar y cómo compartir eso con su paciente. Algunos pedirán una larga explicación científica; otros la quieren oír brevemente y otros más no desean oír hablar del asunto. La información deberá estar envuelta siempre en optimismo y hay que mencionar al enfermo que se investiga tenazmente, que de continuo están surgiendo nuevos medicamentos; que cada día se publican nuevos descubrimientos. Este optimismo y esperanza deben ser genuinos y deben formar parte del equipo emocional del médico, ya que sólo así podrá transmitirlos. Si para el médico la muerte es horrible, angustiante, tabú, nunca podrá enfrentarse a ese tema con franqueza y tranquilidad, de manera útil y constructiva; más bien rehuirá el asunto, hablará de cosas triviales, soslayará la cuestión.

Al comunicar al colega enfermo lo que debe saber, es esencial transmitirle la convicción de que no será abandonado y de que juntos pelearán la batalla. Lo que más teme el médico enfermo, al igual que cualquier paciente, no es la muerte, sino el dolor y el aislamiento, así como el sufrimiento y la soledad. Se teme sólo a aquello que puede ser imaginado o que pudo haber sido experimentado alguna vez. Pero no hay experiencia de la muerte.

Es esencial que el médico que atiende a un colega grave, próximo a morir, mantenga una comunicación humana constructiva y útil a lo largo del tiempo. La tarea es ardua y eso sólo es posible si el médico actúa con humanismo y responsabilidad.

Debe recordarse que existe un denominador común, persistente a lo largo de la enfermedad y de los mecanismos psicológicos de defensa del médico que se encuentra gravemente enfermo y próximo a morir: la esperanza. Hasta el enfermo más realista y resignado mantiene abierta la posibilidad de su curación, del descubrimiento de un nuevo fármaco, o del éxito en el último minuto de una investigación trascendental. Esta esperanza, por tenue que sea, lo sostiene a lo largo de los días, semanas y meses de sufrimiento. El médico enfermo confía sobre todo en el colega que no le cierra esa esperanza, sea fundada o no y es fundamental transmitirle ese sentimiento. Esto no quiere decir que haya que mentir; por el contrario, el médico debe sentir la esperanza de que algo imprevisto suceda, de que ocurra una remisión, de que el paciente viva más tiempo que el previsto, de que sus sufrimientos se atenúen.

El deber del médico que asiste a un colega enfermo es luchar por conservar su vida para que siga sirviendo a la humanidad; pero, cuando se acerque lo inevitable, deberá asistirlo para que muera sin angustia; como el que después de una jornada fatigosa, cierra los ojos para descansar apaciblemente.

Una vez acontecida la muerte, no termina ahí la función del médico, quien no debe abandonar a los familiares una vez firmado el certificado de defunción. El llanto y la desesperación deben ser expresados libremente. Permitir que lloren, griten y reclamen si es necesario. Sólo así, hasta el final, cumple el médico su misión, frente al enfermo próximo a morir.

Epílogo

Amigo médico, cada vez que atiendas a un colega enfermo, trata de estudiarlo, sí, pero también de comprenderlo. Piensa que la enfermedad no es un hecho aislado que pueda apreciarse como tal, sino un episodio de su vida que se refleja, toda ella, en su padecimiento y que, a su vez, éste cambia completamente la realidad de su existencia. Piensa que tú vas, no solamente a modificar en alguna forma el funcionamiento de su cuerpo, sino a cambiar, quizá definitivamente, la orientación de su personalidad; piensa que te trae no sólo su dolor, sino su angustia, no sólo su mal funcionamiento vital, sino su desesperación. Recuerda que ese ser humano que ante ti se encuentra ha edificado una existencia llena de vivencias parecidas a las tuyas propias, que ha gozado y sufrido, que ha amado y odiado; y que en su envoltura material esconde un mundo que no puede ni debe ser desconocido, el que involucra no sólo su existencia y la de su familia, sino la tuya misma ("soy médico y por tanto nada humano puede parecerme ajeno").8

Descubrir, a través del contacto con sus pacientes, la fuerza y dignidad que tienen en su interior, así como su profundo altruismo y las cualidades positivas y valiosas que encierran, constituye la más sabia lección que pueda recibir el médico, y su más rica paga.⁹

Postremum argumentum

He diagnosticado y visto morir más gente de cáncer de la que puedo recordar. Cada uno de ellos se lleva un pedazo de mí, muero en parte con cada uno de ellos. Ese posible "don" del diagnóstico a veces parece maldición.

Me han considerado héroe o villano, clarificador de síntomas o ave de mal agüero.

He tratado de ayudar a mejor vivir y bien morir a quien, en su desesperación, me confía su deseo de no sufrir. He debido desatender peticiones para extender, sin ninguna necesidad lógica o mera humanidad, la prolongación de vidas (y sufrimientos), lo que en ocasiones ha ocasionado el disgusto de familiares. Sin embargo, tengo la conciencia tranquila sobre lo que he hecho. Creo que he actuado pensando siempre en el paciente y en lo que me hubiera gustado (como paciente) que alguien hiciera conmigo.

Les he susurrado al oído cuando considero que ya es hora de partir y descansar; he cerrado sus ojos, los cuales muchas veces se han llevado plasmada, como última mirada en este mundo, mi mirada angustiada y triste, esperando haber conseguido que tuvieran el menor sufrimiento posible. Nunca ninguno ha conseguido decirme, en ese aliento final, si han estado de acuerdo con mis decisiones, si satisfice sus necesidades como paciente, si logré que murieran dignamente. ¿Lo llegaré a saber algún día?

Me han buscado de manera desesperada como última opción y los he visto partir, al cerrar la puerta de mi consultorio, decepcionados por no haber sido esa panacea. ¿Realmente me encontraré totalmente capacitado para diagnosticar a estos pacientes? ¿Seré su mejor opción? Deberé mantenerme al día para no defraudar su confianza, cuando la naturaleza de la enfermedad y Dios me permitan poder actuar a tiempo y bien.

Y, ¿qué pasará cuando yo sea el paciente? ...el problema fundamental de la tecnología médica es que es un "arma de dos filos" ya que puede alargarnos la vida o enlentecer la muerte y mantenernos "vivos" cuando debiera ser mejor morir.

Callahan

Notas

- 1. Scheiber SC, Doyle BB (eds): The Impaired Physician. N. York. Plenum. 1976.
- Thomas CB: What becomes of medical students: the dark side. Johns Hopkins Med J 1976;138:185
- 3. Ross M: Suicide among physicians. *Psychiatry Med* 1971;2:189.
- 4. Modlin HC, Montes A: Narcotic addiction in physicians. Am J Psychiatry 1964;121:358
- 5. Zuckermann C. De uniforme blanco. Espasa Calpe, Buenos Aires, Argentina, 1945.
- 6. Marañón G. La medicina y los médicos. Editorial Espasa Calpe, Madrid, España, 1962.
- 7. Jinich, H. Las reacciones de los enfermos ante el hecho de enfermar. De Jinich, H. en *El paciente y su médico*. Editorial Alfil, México, 2006.
- 8. Jinich H, Castañeda G. *El médico, el enfermo y la medicina*. Universidad Nacional Autónoma de México, México, 1986.
- 9. Seguin CA. Tú y la medicina. Ediciones Assandri, Córdoba, Argentina, 1957.

Lecturas recomendadas

- 1. Castañeda G. El arte de hacer clientela. JGH Editores, México, 1998.
- 2. Quesada F. El trabajo del médico. JGH Editores, México, 1998.
- 3. Gómez-Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Editorial Arán, España, 2006.



Síndrome de *burnout* o desgaste profesional; visión actual

Dra. Ma. del Carmen Cedillo Pérez, Dr. Julián Espinosa Rey

Introducción

MUCHOS AÑOS DE ESTUDIO en el mundo han identificado que las largas jornadas laborales tienen un impacto en la salud mental de los trabajadores, no sólo en los de las áreas de la salud, sino de cualquier actividad que implique trabajo extenuante.

La palabra *burnout* significa "estar quemado" y fue acuñada en 1974 por Freudenberger, quien observó las reacciones del personal que laboraba en instituciones de salud, de donde deriva la denominación de *síndrome de desgaste profesional*.

Fue así que, en 1977, en una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, Maslach conceptualizó el síndrome de desgaste profesional de las personas que trabajaban en servicios humanos en contacto directo con usuarios y relacionados en especial al personal sanitario, considerando que la respuesta extrema a este desgaste, originado en el contexto laboral, tendría como consecuencia no sólo repercusiones individuales, sino sociales y organizacionales.

El trabajo humano, paradójicamente, puede llevar a las personas al éxito y a la excelencia, o puede causar un grave daño a su salud física y mental.

Existen trastornos fisiológicos bien determinados que se dan como consecuencia de un trabajo extenuante, como los que se aprecian en la tabla 1.

TABLA 1. TRASTORNOS POR TRABAJO EXTENUANTE

- Trastornos del sueño
- Estrés
- Ansiedad
- Depresión
- Síndrome de burnout o desgaste profesional

Trastornos del sueño

Se ha demostrado la importancia del sueño en la fisiopatología del desgaste profesional. Se han analizado algunos estudios sobre la relación entre el síndrome de *burnout* y el sueño, los cuales sugieren que son los trastornos del segundo los que predicen el desgaste profesional y no a la inversa. De esa manera, las personas con problemas para dormir

o que padecen insomnio, presentan una activación del sistema de respuesta al estrés, lo que se traduce en un estado de hiperactivación psicofisiológica que aumenta la actividad del sistema vegetativo y neuroendocrino y, en respuesta a ello, aumenta la secreción de catecolaminas. La corteza cerebral también refleja dicho estado de hiperactivación. En el caso de los médicos, parece que la desincronización de los ritmos circadianos y los trastornos del sueño podrían explicar la relación entre las condiciones de trabajo y el desgaste profesional. Por lo tanto, la falta de sueño, el agotamiento y la salud se encuentran estrechamente ligados.

Leif Söderström, del Instituto Karolinska, junto con otros investigadores, constataron que la privación del sueño (menos de 6 horas diarias) aumentaba el riesgo de presentar síntomas relacionados con el desgaste profesional.

En relación con estos estudios, los casos más característicos y con mayor frecuencia se presentan en los médicos residentes. Existen diversos estudios de trastornos del sueño realizados en residentes después de una guardia de 24 horas o más, encontrándose que los niveles de somnolencia diurna son similares o superiores a los pacientes con narcolepsia o apnea del sueño.

Asimismo, la privación del sueño produce trastornos con efectos similares a los de la intoxicación alcohólica; 24 horas continuas de vigilia equivalen a una concentración sanguínea de alcohol de 0.1%, lo que provoca:

- Disminución en la capacidad de atención visual.
- Disminución en la velocidad de reacción.
- Disminución en la memoria visual.
- Disminución del pensamiento creativo.

Y como resultado en su desempeño:

- Mayor incidencia de errores.
- Mayor nivel de conflicto en el lugar de trabajo.
- Mayor percepción de maltrato.
- Mayor incidencia de accidentes.
- Mayor incidencia de problemas personales y familiares.

Es por eso relevante hacer hincapié en este tipo de trastornos que se presentan muy frecuentemente, lo que hace vital prevenirlo y realizar acciones tempranas, ya que la privación del sueño con las jornadas extenuantes de trabajo lleva evidentemente al síndrome de *burnout*.

El estrés, por definición, de acuerdo con la Real Academia Española (RAE), es la tensión provocada por situaciones agobiantes, que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos, a veces graves. Otra definición establece que es el estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal y suele provocar diversos trastornos físicos y mentales.

Cualquier definición que revisemos estará bajo el contexto de la alteración generalmente física, psicológica o mental, desencadenada por una situación específica, donde habitualmente existe intolerancia, incapacidad o imposibilidad para enfrentarla.

Por lo tanto, decimos que el estrés laboral es el conjunto de respuestas fisiológicas, emocionales, cognoscitivas y del comportamiento, resultado de un proceso de adaptación a las demandas derivadas de las condiciones de trabajo, ante las cuales las personas se sienten con recursos insuficientes para enfrentarlas.

Los síntomas más importantes que se presentan se muestran en el cuadro 1.

Cuadro 1. Síntomas de estrés laboral.

Emocionales	Cognoscitivos	
- Ansiedad	- Dificultad de concentración	
- Miedo	- Confusión	
- Irritabilidad	- Olvidos	
- Mal humor	- Pensamiento menos efectivo	
- Frustración	- Reducción de la capacidad de	
- Agotamiento	solución de problemas	
- Impotencia	- Reducción de la capacidad de	
- Inseguridad	aprendizaje	
- Desmotivación	Fisiológicos	
- Intolerancia		
Conductuales	- Músculos contraídos	
	- Dolor de cabeza	
- Disminución de la productividad	- Problemas de espalda o cuello	
- Cometer errores	- Malestar estomacal	
- Reportarse enfermo	- Fatiga	
- Dificultades en el hablar	- Infecciones	
- Risa nerviosa	- Palpitaciones	
- Trato brusco en las relaciones	- Respiración agitada	
sociales	- Aumento de la presión sanguínea	
- Llanto fácil	- Agotamiento	
- Apretar las mandíbulas	- Mayor riesgo de obesidad y de	
- Aumento del consumo de tabaco,	problemas cardiovasculares	
consumo de alcohol y otras	- Deterioro en la memoria	
sustancias	- Problemas de sueño	

Con las siguientes consecuencias a largo plazo

- Reducción de la productividad.
- Descenso en la calidad de vida.
- Problemas de salud física y/o mental (enfermedades).
- Trastornos de depresión y ansiedad.
- Problemas familiares.
- Riesgos de alcoholismo y otras adicciones.

La ansiedad. Es una reacción emocional normal necesaria para la supervivencia de los individuos, que pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativos en determinadas situaciones.

La depresión según el DSM-V. Es un trastorno frecuente que implica un estado de ánimo deprimido y/o la pérdida casi completa de interés a placer en actividades que antes se disfrutaban; son frecuentes las manifestaciones somáticas y las cognitivas.

Evidentemente, existen diversos trastornos de ansiedad y depresión según el DSM-IV y V. Simplemente hacemos mención de las alteraciones en general que se dan por el trabajo extenuante y, como podemos ver, todas están relacionadas entre sí y pueden manifestarse al mismo tiempo, por separado y en diferentes momentos, por lo que tenemos que considerar los criterios para diagnosticar debidamente al personal de salud que los padece.

Síndrome de burnout (SB) o desgaste profesional. También se ha denominado síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del *quemado* o síndrome de fatiga en el trabajo.

Mucho se ha escrito ya del SB en la literatura, incluso en la edición que antecede a ésta de *El reto de ser médico* (segunda) existe una descripción amplia del mismo, con un recorrido histórico y las afectaciones en el médico, así como otros aspectos relevantes. En la presente edición abordaremos aspectos actuales e incidiremos en situaciones relevantes.

El síndrome de *burnout* fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. Se le consideró como un grave problema de salud pública y social, que va más allá de la repercusión personal. Un individuo con SB posiblemente dará un servicio deficiente, será inoperante en sus funciones o tendrá un promedio mayor a lo normal de ausentismo, exponiendo a la organización a pérdidas económicas y fallos en la consecución de metas y objetivos. El desgaste profesional se ha incrementado notablemente en décadas recientes, actualmente se considera que su prevalencia ha aumentado hasta alcanzar niveles epidémicos.

El SB se caracteriza por un progresivo agotamiento físico y mental. El médico definitivamente es uno de los trabajadores que con mayor frecuencia lo presentan, afecta a su ejercicio profesional, a los pacientes que reciben sus servicios, a su entorno, su familia, y a su propia persona.

El origen exacto del síndrome de burnout no está determinado; sin embargo, existen factores de riesgo que se encuentran en el entorno laboral, tales como:

- · Corta edad.
- · Sexo femenino.
- Jornada laboral prolongada.
- Rasgos exagerados de personalidad.
- Expectativas altruistas elevadas.
- Deseo de prestigio.
- Deseo de reconocimiento.
- Deseo de mayores ingresos económicos.
- Número exagerado de atención a usuarios.

- Alto nivel de responsabilidad.
- Clima laboral deficiente en la institución donde se desempeña.
- Ausencia de motivación.
- Baja remuneración salarial.
- Deficiente comunicación entre el personal del hospital, jefes y compañeros.
- · Falta de recursos.
- Pobre autopercepción de eficiencia técnica y de capacidad para cuidar de otros.

Desde la conceptualización inicial de Maslach del síndrome, éste determina que quienes trabajan en servicios de ayuda humana pueden sufrir un cuadro de agotamiento profesional consistente en adaptación patológica ante la pérdida progresiva de idealismo, objetivo y energía como consecuencia a las dificultades del trabajo cotidiano.

Es decir, consideran el *burnout* como una respuesta prolongada a estresores crónicos en el nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional. Por tanto, el *burnout* tiene un carácter tridimensional que afecta a nivel personal (agotamiento: sensación de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo), a nivel social (cinismo o despersonalización: actitud distante y fría ante el trabajo, las personas objeto del mismo, así como los compañeros/as de trabajo) y, por último, a nivel profesional (ineficacia profesional: no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en el trabajo). Estos componentes aparecen de forma insidiosa, cíclica y pueden repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Por ello, en 1982 se construyó una prueba para evaluar los tres diferentes componentes del síndrome:

- 1. Agotamiento emocional: disminución y pérdida de los recursos emocionales.
- 2. *Despersonalización o deshumanización*: desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.
- 3. Falta de realización personal: percepción negativa del trabajo.

Esta prueba para el diagnóstico del síndrome de *burnout* es el Maslach Burnout Inventory (MBI), que consta de 22 enunciados, diseñados de forma que se evalúen los tres componentes mencionados en relación con la interacción en el trabajo, los cuales se valoran con seis adjetivos como: "nunca" o "diariamente", dependiendo de la frecuencia con la que se experimenta cada una de las situaciones descritas.

Existen otros instrumentos que permiten evaluar el síndrome de *burnout*, varios de ellos evalúan aspectos diferentes a los tres componentes clásicos:

- El Copenhagen Burnout Inventory (CBI) valora el desgaste personal, el relacionado con el trabajo y el desgaste relacionado con el cliente.
- El Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). A diferencia de los anteriores, éste sólo evalúa el agotamiento y la falta de compromiso con el trabajo.
- El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo: es la escala española que, a diferencia de los anteriores, incluye la "ilusión" (es decir,

la desilusión progresiva, pérdida del sentido del trabajo y las expectativas), como aspecto a evaluar y como parte del SB.

Si bien existen diversos cuestionarios, definitivamente el MBI es el que lo explora de manera amplia. Sin embargo, todos, a su vez, pueden combinarse y complementarse.

En la actualidad se considera que el MBI es el instrumento estandarizado más importante en la determinación del *burnout*. Este instrumento ha sido validado en numerosos estudios realizados en trabajadores de la salud, educadores, trabajadores sociales, asistentes legales, así como en personal administrativo diverso, de distintas profesiones.

Cuestionario MBI

- 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 de la cama y tengo que ir a trabajar.
- 4. Comprendo fácilmente cómo se sienten los pacientes.
- 5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
- 6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
- 7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
- 8. Me siento "quemado" por mi trabajo.
- 9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de los pacientes.
- 10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
- 11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
- 12. Me siento muy activo.
- 13. Me siento frustrado en mi trabajo.
- 14. Creo que estoy trabajando demasiado.
- 15. Realmente no me preocupa lo que ocurre a mis pacientes.
- 16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
- 17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
- 18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes.
- 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. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

Usa un sistema de respuestas que gradúan la frecuencia con que el individuo experimenta los sentimientos descritos en cada enunciado, en una escala de Likert de 7 valores:

- 1. Nunca.
- Pocas veces al año o menos.
- 3. Una vez al mes o menos.
- 4. Pocas veces al mes.
- 5. Una vez por semana.
- 6. Varias veces a la semana.
- 7. Diariamente.

Estos siete modos de responder exploran las tres dimensiones descritas: el agotamiento emocional, así como la despersonalización y la ineficiencia o insatisfacción en la realización personal, de tal manera que se pueden medir y diferenciar tres subescalas que los representan.

Los enunciados 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 exploran el agotamiento emocional y sus resultados son directamente proporcionales al grado de intensidad del agotamiento emocional, es decir, a mayor puntuación, mayor agotamiento.

Los enunciados 5, 10, 11, 15 y 22 exploran el grado de despersonalización sufrida por el explorado y sus resultados son también directamente proporcionales; a mayor puntuación, mayor despersonalización.

Los enunciados 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 exploran el grado de percepción de ineficiencia laboral y de realización personal del explorado. En este caso, la puntuación es inversamente proporcional a la percepción, es decir, a menor puntuación, mayor afectación del sujeto explorado.

Los resultados se deben sumar del 0 al 6 en forma independiente, e interpretarse por separado. El puntaje global obtenido para los tres componentes del *burnout* se ha descrito en tres rangos distintos para las tres dimensiones exploradas.

Cuadro y escala de Liker

La aplicación de este instrumento debe realizarse en un entorno de privacidad, confidencialidad y sin sensibilización sobre lo que se pretende explorar, con la finalidad de evitar el sesgo natural en un ambiente lleno de factores estresantes. El escenario más significativo de ser interpretado es el agotamiento emocional y para muchos autores éste es el componente central más importante del síndrome de *burnout* y el que mayor valor tiene en la interpretación de resultados. Actualmente se considera que un trabajador que presenta SB no debe tener como antecedente un trastorno o enfermedad mental o psiquiátrica previa.

En nuestra experiencia, hemos visto y analizado que un gran número de médicos a los que se ha catalogado con SB, incluso realizándoles el MBI, en realidad cursan con una recaída de la enfermedad que padecen; tales ejemplos cursan con depresión mayor, las crisis de ansiedad, de pánico, el trastorno bipolar, entre otros y el detonante principal para su agudización es el estrés, la privación del sueño, un ambiente hostil y, sin duda, las jornadas de trabajo largas y extenuantes que, evidentemente, ponen de manifiesto los síntomas relacionados con ellas y con el *burnout*.

El reto no sólo es el diagnóstico, sino detectarlo a tiempo, clave fundamental para un tratamiento eficaz. El tratamiento puede provenir tanto del propio trabajador como de la empresa o institución para la que trabaja. Es vital que exista una buena comunicación entre ambas partes y que se establezcan los mecanismos necesarios para ello.

Es importante mencionar que en México, en las diversas instituciones que integran el sector salud, varía la incidencia del desgaste profesional, así como dentro de los diferentes tipos de capital humano que conforman las instituciones. En el ejercicio de la medicina, tanto en el sector público como en el privado, el SB varía de especialidad a especialidad y hay que considerar de igual forma la jerarquía en la cual se encuentra el médico, el número

de trabajos que se tiene en 24 horas para poder vivir dignamente, etcétera. Es bien conocido que las especialidades quirúrgicas están sometidas a mayor estrés y, por ende, a más burnout. En la actualidad sabemos que existe otro factor que se asocia de manera muy puntual con el estrés y que está inmerso en las jerarquías de menor nivel y, sobre todo, en los médicos en formación de una especialidad (alumnos). Nos referimos al bullying, que se define como el acoso físico o psicológico al que someten de forma continuada a un alumno. Este tema, de gran importancia en la actualidad, que condiciona mayor estrés en un ambiente hostil, evidentemente también es el detonante para la presentación del síndrome de burnout. Y hay que diferenciarlo del mobbing, que se define como trato hostil o vejatorio al que es sometida una persona en el ámbito laboral de forma sistemática, lo que le provoca problemas psicológicos y profesionales. Es decir, es el acoso psicológico en un trabajador de la salud, en este caso un médico ya formado o recibido, especialista o no, que puede ser objeto de mal trato en su ambiente de trabajo.

Como se puede ver, el *burnout* y el acoso (*bullying* o *mobbing*) constituyen un binomio importante que puede incidir en el reto de ser médico y que en la actualidad puede estar presente en alguna etapa del desarrollo de nuestra la vida profesional.

Y no sólo por el reto de ser médico; el reto de aceptar que existe, que se hace, que se sufre, que se vive y que en muchas ocasiones ni siquiera somos capaces de expresarlo, por miedo o por múltiples factores en nuestro entorno que, como ya lo hemos mencionado, puede ser el detonante del desgaste profesional.

La pandemia de Covid-19 (SARS-CoV-2) y el burnout: un reto actual

La pandemia ha tenido un gran impacto en el sistema sanitario y en los profesionales de la salud, que ha generado cambios contextuales, agravando situaciones ya existentes y contribuyendo al aumento de la fatiga física y mental, de la ansiedad, el estrés y el agotamiento, no sólo del médico, sino de todos los que integran el equipo de salud.

Recientes estudios han identificado que entre los factores que pueden incidir en la salud mental de los profesionales de la salud se encuentran:

- Los recursos limitados en los hospitales.
- La exposición al virus como amenaza añadida.
- Los turnos más largos.
- La interrupción de los patrones de sueño.
- El equilibrio de la vida laboral-vida personal.
- La presencia de mayores dilemas con respecto a los deberes hacia el paciente versus el miedo a la exposición del propio trabajador y de los miembros de la familia.
- La desatención de las necesidades personales y familiares por la mayor carga de trabajo.
- La falta de comunicación e información actualizada.

Por otra parte, las consecuencias de la pandemia han impuesto grandes limitaciones, que han afectado al uso de los espacios públicos, el acceso al trabajo, a la educación o a las instalaciones recreativas, pero también han limitado el acceso a determinados servicios

hospitalarios, vitales pero no urgentes, para la atención médica de otras enfermedades no Covid, que añade complejidad a la labor del profesional médico.

El elevadísimo estrés, la sobrecarga de trabajo, la falta de medios, la incapacidad para abarcar a todas las personas enfermas que necesitan atención, la preocupación por propagar la infección entre sus seres queridos y los turnos laborales interminables y sin descansos, dada la emergencia sanitaria, han causado un gran impacto entre muchos profesionales.

Por lo tanto, la situación actual que enfrentamos con la pandemia del Covid-19 cumple con factores que convierten el sistema de salud en un ámbito "ideal" para la proliferación del *burnout* entre los médicos y el personal de salud, que se encuentran en primera línea de batalla, luchando contra esta enfermedad, la cual está causando un enorme desgaste adicional en los sistemas de salud a nivel mundial; entre las personas, las instituciones y los proveedores. Y si bien nos informamos y actualizamos en el conocimiento, tanto individualmente como en equipo, a la vez estamos sujetos a una gran cantidad y diversidad de información, creando un ambiente de inseguridad y angustia dentro de los equipos de trabajo. Es por ello fundamental acompañar la toma de decisiones con una comunicación efectiva, tanto a nivel organizacional como con los equipos de trabajo, para asegurar la orientación, eficacia y seguridad en la toma de decisiones. Se trata de creer y crear los escenarios, a pesar de las dudas que genera la incertidumbre, así como reformular estrategias sobre la marcha; asimismo, apoyar las decisiones en la actuación del equipo de trabajo, que conlleva disminuir el nivel de estrés y angustia en el personal médico y de salud.

Otros retos identificados son:

- El alto riesgo de contagio.
- La sobrecarga en la demanda asistencial: esto dado por la consulta de pacientes relacionados con la crisis, más aquellos que consultan por cuadros clínicos a los que estamos habituados, pero en carácter de descompensación o urgencia ya que se ha visto que la población evita acercarse a los recintos de salud en este periodo.
- Los elementos de protección personal (EPP): su disponibilidad, protocolos de acceso, técnicas de utilización para no incrementar el riesgo de contaminación.
- El apoyo y atención de salud al paciente y a su familia: cómo relacionarnos en este nuevo escenario.
- El estrés en las zonas de atención directa: lo que se ha llamado "la primera línea" y que incluye a profesionales de la salud y al personal de apoyo. Se puede experimentar una amplia gama de emociones (por ejemplo: pena, miedo, frustración, culpa, rabia, etc.). Se evidencia, además, una sobreexposición al sufrimiento de familia, porque en estas circunstancias el personal de salud asume el papel de la familia frente al paciente y debe al mismo tiempo enfrentar a la familia con la entrega de información y contención.
- Dilemas éticos y morales, secundaria a la sobrecarga, restricción y/o falta de medios, incluso relacionados con la evolución del paciente. Como respuesta a estos retos,

el personal de salud puede manifestar reacciones en el ámbito emocional, cognitivo, físico y conductual; los cuales, si se logran percibir y entender como normales frente a una situación anormal, podrían y deberían contribuir al autocuidado del mismo personal de salud.

Como vemos, hemos sido testigos de la dura realidad y de la experiencia de todos los países en la evolución de esta pandemia, así como lo que ocurre en los diferentes estados de la República Mexicana. Al momento de escribir este artículo estamos en la tercera ola, con números inimaginables de contagios, que han rebasado todas las cifras reportadas desde el inicio de la pandemia. Empero, no es objeto de este capítulo la crítica hacia el mal manejo de la pandemia por nuestras autoridades gubernamentales ni de salud.

Concluimos diciendo que la pandemia de Covid-19 ha afectado de manera importante el aumento en los factores de riesgo y desencadenantes para la presentación del *burnout* en nuestro país, del cual desafortunadamente no hay datos específicos reportados, pero que seguramente en un futro no lejano lo darán a conocer algunas instituciones.

Impactantes notas, no sólo la pandemia, sino también las siguientes:

El Economista (julio de 2021): "Burnout, enfermedad laboral masiva todavía no reconocida por México".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 75% de las personas trabajadoras en el país padecen los efectos del estrés laboral crónico, el nivel más alto de todo el mundo, 8 de cada 10 mexicanos están afectados.

Afortunadamente se publicó desde 2019 que la OMS reconoce al síndrome de burnout o desgaste profesional como una enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11) que entrará en vigor el primero de enero de 2022.

Sólo nos resta decir que en México todos los médicos, afectados o no, los integrantes del equipo de salud, autoridades de salud, de centros hospitalarios, los participantes en todos los niveles y escenarios, lo reconozcamos, lo aceptemos, lo detectemos a tiempo, realicemos acciones preventivas, actuar y aportar para que nuestro país disminuya el desgaste profesional y, si se puede, libre de *burnout*.

Por un México libre de burnout.



El ejercicio profesional de la medicina

Los términos que la configuran y su relación con las responsabilidades

Dra. Marcela González de Cossío Ortiz, Dra. María del Carmen Cedillo Pérez

> La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad. Dr. William Osler

EL EJERCICIO DE LA MEDICINA implica responsabilidades y, con ello, asumir las consecuencias de las acciones realizadas, mismas que deben llevarse a cabo en beneficio del ser humano cumpliendo con tres elementos esenciales: la *lex arti*s, la ética y la normatividad en la materia.

Estos elementos son sustantivos, pues en medicina no se pueden asegurar resultados exactos, ya que éstos dependen de la conformación de cada individuo en lo biológico, económico, cultural, así como del acceso y calidad de los servicios de salud y de las acciones del médico, por lo que la decisión se toma en un ámbito de incertidumbre.

Con respecto al médico, se considera que existen tres fuentes de incertidumbre:

- 1. Las limitaciones del conocimiento científico.
- 2. El conocimiento del médico.
- 3. Identificar de cuál de las dos anteriores provienen las dudas del médico. 1

Y las responsabilidades que derivan pueden ser del orden:

- Administrativo: cuando se infringe la ley o sus reglamentos y disposiciones derivadas.
- Civil: cuando se presupone daño.
- Penal: cuando se viola la ley y se constituye una conducta delictiva.
- Laboral: cuando existe un contrato de trabajo.²

A la vez, las obligaciones son de tres tipos:

- 1. De medios: la actuación debe ser con pericia, diligencia, legal y con base en la lex *artis* y la ética médica. Se estima un resultado, pero no se asegura.
- 2. De resultados: se compromete un resultado específico; en el caso de medicina se relaciona con la expectativa del paciente.
- 3. De seguridad: se refiere a los recursos del establecimiento, como la infraestructura

y equipamiento necesarios para la atención, por lo que en general esta obligación impacta a las instituciones.

La responsabilidad moral es producto de la falta al deber ser; en este sentido, responderá ante su conciencia y su entorno bioético.³

La responsabilidad social.⁴ Se considera que la concepción del "Profesionalismo para el nuevo milenio" constituye el contrato social del médico.

Se han realizado esfuerzos relevantes para configurar los elementos que forman parte del ejercicio médico y sobre el manejo del conflicto; sin embargo, aún se continúa con una babel de acepciones, términos y referentes que, a pesar del uso de la alteridad y más allá de la semántica, continúa sesgando usuarios, instituciones, legisladores, juristas e incluso a los mismos médicos, en cuanto a la percepción, análisis y determinación de lo que es, el deber ser y hacer, así como la determinación de una mala *praxis*, un error o un delito.⁵

Estos problemas se generan principalmente en el acto médico y si bien particularmente las fallas de comunicación son el disparador de la queja o demanda, durante la atención de la misma. Se ha manifestado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que la falta de normalización de la nomenclatura es la barrera que impide llegar al nivel que permita de manera más efectiva la ocurrencia de estos conflictos.⁶

En este documento pretendemos contribuir a la exposición de algunos de estos términos y referentes esenciales del quehacer del médico, que influyen en el devenir de su toma de decisiones y que, dependiendo de las interpretaciones, lo fortalecen o lo vulneran favoreciendo la generación y complicación del conflicto, controversias o demandas.

La finalidad es también generar algunas propuestas que, como puntos de partida, promuevan reflexiones y, sobre todo, acciones que contribuyan a la estandarización de los términos, conceptos, así como a los significados de algunos de estos términos. Dado el momento histórico en que el mundo está y continuará inmerso en una situación pandémica, tenemos que repensar lo que representa el ejercicio de la medicina y las responsabilidades que conlleva, con el fin de que se lleve a cabo en un contexto de confianza, reconocimiento y apoyo a esa labor.

De la incompletud de la formación médica y el contexto del ejercicio profesional

"Un médico es un profesional altamente capacitado, necesitado de formación continua de por vida, que, ante los problemas de salud, es capaz de tomar decisiones, generalmente acertadas en condiciones de incertidumbre", dice Juan Gérvas.

Cuando de las universidades egresa un profesional para su incorporación al mercado de trabajo, independientemente del área, se trata de sujetos que si bien ya cuentan con las competencias disciplinares para ejercer una carrera universitaria, de conformidad con un perfil declarado por la institución educativa, deben tener las capacidades para adaptarse y contribuir en la mejora de la realidad social y del ámbito laboral donde eligió desarrollarse y hacer conciencia de que todo profesional es inacabado, por lo que debe incorporarse a un ciclo de reconformación continua, amalgamando experiencia propia y actualización,

particularmente de índole colegiada, a través de pares que se vinculan para asegurar la calidad de la educación continua y con ello del reconocimiento de su disciplina.

La educación colegiada permanente permite alinear su ejercicio al contexto con una perspectiva holística, considerando desde lo local a lo global, lo económico y lo social; y lo científico con lo humano, con el objetivo de mitigar la incertidumbre que conlleva cualquier quehacer humano e incrementar las probabilidades de logros, a fin de obtener prestigio profesional y medio de vida digna.

Esta reconformación favorece el crecimiento y desarrollo profesional y es lo que le permite asumir mejor las responsabilidades que implican sus actividades específicas, estar al tanto de la evolución del estado del arte, de las políticas, legislación y de la *lex artis*, que tienen relación con su quehacer y su impacto con los derechos sociales, humanos y percepción de los usuarios, que al final conllevan al reconocimiento o a los conflictos de sus servicios (figura 1).

FIGURA 1. CICLO CONTINUO DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN MEDICINA.



POLÍTICAS, LEYES, REGLAMENTOS, DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Este ciclo ha favorecido que el ejercicio de la medicina se realice, en su mayoría, de manera colaborativa entre los médicos de diferentes instituciones, servicios, ámbitos y niveles de atención, dejando atrás el ejercicio médico aislado y sin acceso, sin el enriquecimiento que genera la interacción entre pares. En el espacio del ejercicio profesional, de manera central se considera la práctica médica clínica y quirúrgica, así como otras actividades importantes que realiza el médico, como también se muestra en la figura 1.

En este sentido, la propuesta que hacemos sobre la definición de práctica médica es: "Las actividades que realiza el médico bajo su responsabilidad, para el acto médico clínico y/o quirúrgico, el diagnóstico, pronóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, prevención y conservación de la salud del paciente, así como las relacionadas con investigación, dirección, administración, salud pública, educación para la salud, docencia y aspectos legales inherentes a su ejercicio profesional".

El avance científico y tecnológico, así como el desarrollo personal y cultural del médico, hace necesario que vaya incorporando las innovaciones o mejoras, por lo que requiere de capacitación o formación en niveles especializados para su desarrollo profesional continuo. El eje que vincula a estos dos son los elementos indispensables para su práctica: *lex artis*, ética médica, deontología y profesionalismo y todo se lleva a cabo en un contexto donde debe considerar el cumplimiento legal, el desarrollo humano, la convivencia con la población –con las diversidades que existen– y los derechos del paciente, pero también del gremio. Todo es un ciclo virtuoso sin fin, pero que busca la evolución de la profesión para contribuir en la mejora de la humanidad cuidando su bien más valioso: la salud.

Del ser, quehacer y deber ser. Profesión, profesionista, profesional, profesionalidad, profesionalismo

"Donde quiera que se ama el arte de la medicina, se ama también a la humanidad" (Platón).

Con respecto al sujeto que ejerce una profesión, para definirlo solemos usar profesional o profesionista; aunque sus significados también varían. Para la Real Academia Española, el término profesionista y profesional son prácticamente sinónimos, definiendo que profesional es "una persona que practica habitualmente una actividad, incluso delictiva",7 y profesionista: f. Mex., como al profesional que ejerce su profesión con capacidad relevante.⁷ Esta última también es la definición de "profesionalidad".

En el análisis que hace la Academia Mexicana de la Lengua, a través de Moreno de Alba, se inclina por el término profesionista, mencionando que además de ser una innovación americana al lenguaje, la definición es denotativa de un sujeto que a priori genera certeza de sus servicios: Profesionista: "persona que ejerce su profesión con capacidad y aplicación relevante".

Llama la atención también la definición jurídica de "profesional", que a la letra dice: "Concerniente a una profesión. Relativo al magisterio, enseñanza o profesorado. Quien por profesión o hábito desempeña una actividad que constituye su principal fuente de ingresos". "Prostituta".9

Por su parte, la Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional, 1º alude al término profesionista sin definirlo, pero que se entiende que aplica tanto para los que tienen que realizar sus actividades mediante la obtención de un título, como a los que no, dejando la potestad en cada sector de la administración pública federal decidirlo, a través de su legislación correspondiente, los cuales requieren de este reconocimiento educativo: Artículo 2: "Las leyes que regulen campos de acción relacionados con alguna rama o especialidad profesional, determinarán cuáles son las actividades profesionales que necesitan título y cédula para su ejercicio".

La respectiva Ley de profesiones del estado de Jalisco sí lo define en el artículo 3, inciso III: "Profesionista: es toda persona física que obtenga un título en los niveles de profesional técnico, normal, licenciatura o posgrado, expedido por las instituciones educativas debidamente autorizadas o reconocidas por las autoridades competentes". 11

El uso indistinto de "profesional" o "profesionista", como sustantivos o adjetivos y sinónimos, está muy difundido, lo que se puede prestar a confusiones en caso de conflicto,

por lo que sugerimos usarlos de forma diferenciada: el primero como adjetivo, de la misma manera que "profesionalidad", y el segundo como sustantivo, que podrían ayudar en aclaraciones de casos legales: "es un profesionista que ejerce de manera profesional o con profesionalidad", aludiendo a quien sabemos y se puede probar que tiene una educación formal y trayectoria de ejercicio profesional con buenas prácticas; en tanto, un profesionista "no profesional o sin profesionalidad" se aplicaría para aquel que a pesar de poseer los títulos correspondientes no se ha conducido en el mismo sentido.

Una noción que nos parece completa es la de Cruess:12

"Profesión es una ocupación cuyo elemento central es el trabajo basado en el dominio de un conjunto complejo de conocimientos y habilidades. Es una vocación en la que el conocimiento de algún departamento de ciencia o aprendizaje o la práctica de un arte basado en él se usa al servicio de otros. Sus miembros se rigen por códigos de ética y profesan un compromiso con la competencia, la integridad y la moral, el altruismo y la promoción del bien público en su ámbito.

Estos compromisos forman la base de un contrato social entre una profesión y la sociedad, que a cambio otorga a la profesión el monopolio sobre el uso de su base de conocimientos, el derecho a una autonomía considerable en la práctica y el privilegio de la autorregulación. Las profesiones y sus miembros son responsables ante aquellos a quienes se sirve y ante la sociedad".

En esta secuencia, de los diversos conceptos que existen de "profesionalización", presentamos la siguiente propuesta para medicina, basada en el planteamiento que hace Severino Rubio en el ámbito de la enfermería:¹³

Profesionalización en medicina puede entenderse desde dos vertientes que parten del esfuerzo organizado y sistemático de:

- 1a) Las instituciones educativas para que los médicos se formen en nivel superior, cumpliendo los requisitos de ingreso, permanencia y egreso de la licenciatura y, en su caso, de los posgrados autorizados.
- 2ª) Colegios de profesionistas y los programas de capacitación de las instituciones educativas y de salud a fin de que el personal médico se mantenga en un sistema de desarrollo profesional continuo, actualizando o adquiriendo competencias profesionales que permitan mejorar la calidad de los servicios. Estos procesos también forman parte del reconocimiento entre pares y de las instituciones con fines de contratación o escalafonarios (cuadro 1).

Un par de términos más, derivados de profesión y que forman parte de lo que se piensa y se hace por el profesionista: "Profesionalidad", que según la Real Academia de la Lengua Española es sinónimo de profesional como adjetivo con la connotación que ya describimos y "profesionalismo", que es el cultivo o utilización de ciertas disciplinas, artes o deportes, como medio de lucro.

En cuanto a "profesionalismo", en medicina ha adquirido significados muy relevantes a través de instituciones, organismos y academias, las que le han dado una configuración

CUADRO 1

Profesionalización en medicina

Característica	Título
Formación en medicina en el sistema educativo en el nivel superior.	Título y cédula para el ejercicio. Grado de licenciatura
Médicos que realizan posgrados en áreas básicas, clínicas, quirúrgicas o de salud pública.	Título o diploma y cédula para el ejercicio. Nivel de especialización. Título o diploma y cédula para el ejercicio. Grado de maestría. Grado de doctorado.
Médicos que realizan posgrados en áreas de sociología, filosofía, administración, educativas, administrativas, directivas, tecnológicas, entre otras.	Título o diploma y cédula para el ejercicio. Nivel especialización Título o diploma y cédula para el ejercicio. Grado de maestría Grado de doctorado
Médicos que participan en educación continua para actualizar sus competencias o incorporar nuevas derivadas de la evolución del conocimiento científico y tecnológico.	Certificación de consejos. Evaluación de centros laborales Cursos de alta especialidad que no están registrados en DGP-SEP como especialidades.

del deber ser del médico, con impacto en la práctica, en lo social, lo ético, lo legal. A continuación exponemos el referente principal de su formalización, mismo que se ha adoptado y adaptado en la mayoría de los países.

Hace dos décadas el American Board of Internal Medicine Foundation, juntamente con el American College of Physicians, American Society of Internal Medicine y European Federation of Internal Medicine, publicaron el concepto y las características del "profesionalismo médico",14 para describir las características del comportamiento en su quehacer.

Lo anterior se considera un contrato que estableció el gremio médico con la sociedad y que puso en el centro del ejercicio de la profesión a los pacientes, con el compromiso de mantener niveles de calidad, integridad y proporcionar asesoría a la población en temas que permitan conservar su salud a través de tres principios:

Primacía del bienestar del paciente: servir a los intereses del paciente con altruismo.
 No permitir que en la buena relación médico-paciente interfieran fuerzas del mercado, presiones sociales o administrativas.

- Autonomía del paciente: respetar la autonomía del paciente y empoderarlo para la toma de decisiones informadas sobre su tratamiento, congruentes con la ética, que coadyuven en la prevención del conflicto.
- 3. Justicia social: orientarse por la justicia en los sistemas de salud: adecuada distribución de los recursos y eliminar la discriminación.

El segundo componente son diez responsabilidades enfocadas a garantizar:

- 1. La competencia profesional.
- 2. La honestidad con los pacientes.
- 3. La confidencialidad de la información del acto médico.
- 4. Mantener buenas relaciones con los pacientes.
- 5. Mejorar la calidad de la atención.
- 6. Contribuir en el acceso a los servicios de salud.
- 7. Favorecer la distribución justa de los recursos.
- 8. La aplicación del conocimiento científico.
- 9. Mantener la confianza y evitar los conflictos de interés.
- 10. Con las responsabilidades profesionales.

Para la implementación del Proyecto del Profesionalismo Médico, en Estados Unidos se han desplegado esfuerzos a través de la creación de organismos y vinculación entre ellos como Academy Professionalism in Health Care; The Darmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice, The Centre for Patient and Physician Advocacy (CPPA) y The American Academy on Physician and Patient (AAPP).¹⁵

A pesar de estos avances, también se reconoce que el ejercicio de los médicos se ve amenazado en los años recientes por el entorno político y cultural, así como las diversas acepciones, definiciones e interpretaciones de términos básicos como los que hemos abordado y, más aún, los de tipo técnico-médico, tanto de usuarios como de algunos juristas, que han impactado negativamente en el ejercicio de la medicina.¹⁶

En este sentido, el Royal College of Physicians^{17,18} redefine el profesionalismo como "un conjunto de valores, comportamientos y relaciones que sustentan la confianza que la población tiene en los médicos" y reflexiona en los términos de la concepción inicial como empatía, integridad, habilidades y altruismo, mencionando que son difíciles de precisar o se utilizan de forma inadecuada o indistinta y en las que, además, se requieren nuevas formas de comunicación acordes con el momento actual.

En el mismo tenor, se ha retomado en los últimos años la inclusión de las virtudes clásicas, que Aristóteles consideraba como "hábito electivo, que consiste en un término medio relativo a nosotros, regulado por la recta razón en la forma en que lo regularía un hombre verdaderamente prudente; para alcanzar la felicidad". Platón, por su parte, consideraba cuatro virtudes: prudencia, justicia, fortaleza y templanza; a la vez que para Sócrates el término virtud alude a la excelencia moral humana y la etimología se refiere a la fortaleza de carácter.

El Dr. Edmundo Pellegrino 19 considera que para ser un buen médico se requieren ocho virtudes, para que identifique y comprenda mejor las necesidades biológicas, psicológicas

y humanas de los pacientes: fidelidad, confianza, compasión, prudencia, justicia, fortaleza, templanza, integridad y modestia.

Esta modalidad, denominada ética de la virtud, para Beauchamp²⁰ es complementaria con los del profesionalismo y de la bioética principalista, y todos pretenden lograr un médico con mejores prácticas para alcanzar un nivel de excelencia.^{21,22} Sin embargo, también en los conceptos de bioética, ética médica y deontología, es común encontrar que no se distingan claramente los límites de cada uno.²³

Con todo lo anterior, podemos decir que ser médico requiere elegir formarse para dominar el campo de la medicina, con el objetivo de ser un profesionista y con el compromiso de ejercer de manera profesional, cumpliendo con la lex artis y la ética médica, la bioética, el profesionalismo, las virtudes y fortaleza de carácter, establecidos en los códigos, normas y recomendaciones consensuados entre pares; cumplir cabalmente la legislación establecida, así como a mantenerse en un proceso de profesionalización continua para asegurar la vigencia y mejora de sus competencias y con ello la calidad de sus servicios.

Del médico, la medicina, el acto médico, la atención médica y el médico tratante

"No hay mayor oportunidad, responsabilidad u obligación que pueda tocarle a un ser humano que convertirse en médico" (Harrison's Principles of Internal Medicine, 1950).

De la definición de médico también hay varias acepciones. Para la Real Academia Española "es la persona legalmente autorizada para ejercer la medicina". R. Sandín lo define como "profesional comprometido y que se rige con los principios éticos y deontológicos y los valores de la profesión médica".²⁴

Parecería una obviedad su definición, pero tratando de alinear elementos de los puntos contemplados previamente, retomamos el perfil de competencias del egresado de la licenciatura de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM)²⁵ y proponemos una acepción de médico pretendiendo sea más integradora y aplicable al general y el especialista, ostensible de limitaciones, medios y responsabilidades:

"El médico es el profesionista con las competencias y autorización legal para coadyuvar en la protección, prevención, restablecimiento, mejora o paliación de la salud individual y comunitaria, mediante intervenciones generales o especializadas basadas en metodología científica, aplicada a las disciplinas biomédicas, clínicas, quirúrgicas y de salud pública, siguiendo los estándares vigentes de la *lex artis* y la ética médica, bioética y deontología, asegurando el uso de los mejores medios y recursos al alcance, con respeto a los derechos del paciente y que contribuye en la generación y difusión del conocimiento, en el fortalecimiento del sistema de salud y en la formación de las nuevas generaciones de médicos".

De las definiciones e interpretaciones de la medicina científica

"La medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades" (Dr. Eduardo Pellegrini).

Siendo la ciencia la característica principal de la medicina, a la que aludimos, vemos que, de acuerdo con la etimología, ciencia proviene del latín *scientĭa*, que significa conocimiento, pero también del griego episteme (*epistēmē*), que proviene de ciencia. La Real Academia Española la define como el conjunto de conocimientos obtenidos mediante la observación y el razonamiento, sistemáticamente estructurados y de los que se deducen principios y leyes generales.²⁶

Alcmeon y posteriormente Hipócrates, fueron los iniciadores de la medicina científica, separándola de las prácticas previas, principalmente mágico-religiosas. Para Platón, *episteme* representaba la forma más cierta del conocimiento, que asegura un saber verdadero y universal y podía ser generado principalmente por medio del razonamiento, apoyándose en la intuición y la experiencia.

Gregorio Klimovsky²⁷ considera el conocimiento científico como saber crítico y fundamentado, obtenido a través de una metodología con estrategias exprofeso, sistemáticas, cuyas conclusiones son producto de análisis crítico, por tanto, refutables, verificables; unificadas, ordenadas, universales, objetivas, comunicables, provisorias, racionales y que permiten explicar o pronosticar hechos o fenómenos.²⁸

El Dr. Pérez Tamayo²⁹ refiere que "la ciencia es una actividad humana creativa cuyo objetivo es la comprensión de la naturaleza y cuyo producto es el conocimiento, obtenido por medio de un método científico organizado en forma deductiva y que aspira a alcanzar el mayor consenso entre los sujetos técnicamente capacitados".

En esencia, la propiedad fundamental es que el conocimiento que se desarrolla y aplica a través de la medicina científica está basado en la metodología y los acuerdos entre pares, que le dan la fundamentación y el soporte para la aplicación en la práctica profesional en beneficio del paciente, al tenor de las mejores evidencias y recomendaciones en el momento de realizar el acto médico.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina a la medicina científica "medicina convencional" para distinguirla de otras modalidades no basadas en el conocimiento científico, pero no la define. Sin embargo, a diferencia de la "medicina tradicional" o "complementaria, alternativa, popular, blanda, marginal, no oficial, no ortodoxa, no convencional", sí la define como: la suma de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas que se utilizan para mantener la salud, tanto física como mental y de la que enfatiza: "es el pilar principal de la prestación de servicios de salud o su complemento en todo el mundo" Entre otras, aquí se incluyen la medicina homeopática, la medicina antroposófica, la medicina natural, acupuntura, quiropráctica, naturopatía, osteopatía, ayurveda, medicina tradicional china, unani, yoga, siddha, herbolaria, masaje, hipnosis, biorretroalimentación, meditación, yoga y tai chi.

El Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos³¹ considera a la medicina convencional como un sistema que da tratamiento con medicamentos, radiación o cirugía y refiere diversas denominaciones, como: "alópata", "ortodoxa", "occidental". Otros la llaman "corriente", aludiendo a la que es la más conocida y algunos por la brecha con las tradicionales o alternativas como "medicina reduccionista".³²

Mario Bunge³³ la denomina medicina "moderna" y a su configuración como un sistema de disciplinas que interactúan entre sí, aportando lo que el médico considera necesario de acuerdo con el enfoque o especialización de cada una de la que hace uso y a las condiciones de cada paciente, conforme a los niveles biológicos, sociales y científicos o epistémicos que, a su vez, se diversifican en sistemas concretos (celular, orgánico y sociedad).

En este caso, la propuesta es que la medicina científica es una disciplina en la que interactúan las ciencias clínicas y de salud pública con las químico-biológicas, las ciencias exactas y las sociales, así como las humanidades y las artes, para fundamentar el proceso de razonamiento clínico y la toma de decisiones, con el fin de procurar la mejor atención de la salud individual y para la configuración de los programas poblacionales regulares y emergentes necesarios para la promoción y protección de la salud colectiva.

Esta definición lleva implícitas las ramas de las diversas ciencias; entre otras, filosofía, administración, derecho y las ramas de las ciencias clínicas como las especialidades médicas, entre otras, la forense, que incluye las acciones post mortem. Entre los usos objetivos del arte podemos mencionar la labor que hace el cirujano plástico y reconstructivo.

Acto médico

"El acto médico es la relación de una confianza con una conciencia" (Dr. Ignacio Chávez). Entre las definiciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), encontramos que:

- 1. Es el "conjunto de acciones que van desde un simple diagnóstico hasta la más compleja intervención quirúrgica y que lleva una sobrecarga de riesgos, en la medida que no se puede contar con elementos concretos y objetivos que permitan dar un resultado exacto". Aquí podríamos cuestionar dos puntos: ningún diagnóstico es simple y la toma de decisiones sí se lleva a cabo mediante el análisis de los elementos concretos y objetivos aunque, en efecto y a pesar de ello, dadas las características individuales de cada paciente, no es factible asegurar un resultado exacto.
- 2. Es el "conjunto de actividades de evaluación diagnóstica, pronóstica, prescripción o ejecución de medidas terapéuticas relativas a la salud de las personas, ejercidas por un médico o profesional de la salud, con libertad de decisión y con el consentimiento del paciente". Como se ve, este concepto da cabida a otros profesionales de la salud a realizar el acto médico y esto genera un importante factor de confusión, particularmente en casos de conflicto o queja y más aún cuando vemos que el mismo autor define la "práctica médica" como todo lo relacionado con el "acto médico" dando apertura a que la "práctica médica" sea realizada no sólo por el médico.

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México lo describe como "toda clase de tratamiento médico, intervención quirúrgica o exámenes con fines de diagnóstico o de investigación profiláctica, terapéutica o de rehabilitación, llevados a cabo por un médico general o un especialista de alguna rama de la medicina, es decir, con el correspondiente título académico, condición que garantiza las aptitudes y conocimientos del médico ante el Estado". En esta acepción no se mencionan los aspectos de prevención,

paliación y *post mortem*, que también son importantes; no encontramos una definición de investigación profiláctica y no incluye los aspectos éticos.

Casa Madrid expone los conceptos de varios expertos,³⁷ que en su mayoría aluden a los servicios y acciones señalados en los artículos 32 y 33 de la Ley General de Salud,³⁸ por lo que el acto médico se puede asumir como sinónimo de atención médica, consistente en las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación, con el propósito de promover, proteger y restaurar la salud. No se incluyen en estas normas las acciones de investigación, estéticas y *post mortem*, que sí contemplan algunos de los expertos. En estricto sentido, ni esta ley ni su reglamento respectivo en materia de atención médica definen el acto médico.

Una propuesta al respecto: acto médico son las acciones realizadas por médico autorizado oficialmente como profesionista, hacia el individuo sano o enfermo, mediante su consentimiento informado, para la prevención, diagnóstico, tratamiento curativo o estético, rehabilitación, investigación o estudio *post mortem*, así como las acciones para promover la salud, o evitar o controlar riesgos a la población. Lo anterior, basado en la *lex artis* y los principios y valores éticos.

De las acciones de la atención médica, varias pueden ser ejercidas por personal de salud no médico, que si bien necesariamente trabajan de manera colaborativa tanto en lo público como en lo privado, dado el cuerpo del conocimiento en particular de odontología y la licenciatura de enfermería, consideramos pertinente que existan definiciones que expresen sus ámbitos y alcances y con ello sus responsabilidades.

Médico tratante. La Ley General de Salud alude a esta figura en el art artículo 226, respecto a la prescripción de medicamentos para su venta y suministro al público; y su reglamento en materia de atención médica lo define en el capítulo sobre cuidados paliativos, como "el profesional de la salud responsable de la atención y seguimiento del plan de cuidados paliativos". Aquí hay otro punto que se puede prestar a confusión, pues la misma ley refiere que el odontólogo y el licenciado de enfermería pueden prescribir, y en la definición del reglamento no queda claro porque sólo se considera para cuidados paliativos y sí se da por sentado que, como personal de salud, se refiere exclusivamente al médico, aunque se podría inferir que sí es de esta manera, ya que en el 138 bis 14 alude al médico tratante y el equipo multidisciplinario.

Una opción sería definir al médico tratante como "el médico a cargo del paciente y de indicar y dar seguimiento a la implementación de las medidas terapéuticas necesarias para su atención, así como definir quiénes de los profesionistas del equipo de salud deben realizar medidas complementarias al esquema de tratamiento establecido por él, de acuerdo con su área del conocimiento.

Conclusiones

Mucho se ha escrito respecto de las responsabilidades del médico y se han realizado lineamientos, códigos, estatutos, recomendaciones, posicionamientos por agrupaciones médicas nacionales e internacionales. En tanto, los estados, el sector jurídico y los organismos

arbitrales han trabajado en aspectos regulatorios y de capacitación para la prevención de conflictos, atención de controversias y sanción de aquellos que por negligencia, impericia o dolo así lo ameriten. Todo esto, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención en beneficio de la salud individual y poblacional.

La certificación a través de la educación continua, también favorece la mejora de los servicios, pero es necesario fortalecer la colegiación y apoyar estos procesos. Varios aspectos de la Ley General de Salud, así como su Reglamento respecto a la atención médica, es indispensable que contribuyan con el sector salud para la normalización a que aludimos y su incorporación en la actualización del cuerpo normativo.

El papel que ha tenido la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para la prevención y atención de estos problemas ha sido fundamental; sus aportaciones y acciones son piedra angular en la mejora del tema.

Aún falta camino por recorrer para que el médico tenga mejores condiciones para realizar sus actividades, sin ejercer expuesto a la pretensión del usuario para ver cumplidas expectativas, que no son viables por las características únicas de cada paciente y la situación variable y cambiante del contexto.

Es fundamental también llevar a cabo consensos que favorezcan la modernización de estos referentes de manera interdisciplinar, a través de los expertos en el tema e interinstitucional; por ello, esperamos contribuir en el inicio de la normalización de la nomenclatura a la que apela la CONAMED, por supuesto considerando los referentes internacionales y el legado de los clásicos que son los cimientos del ejercicio de la medicina actual.

En todas las sociedades, la mayoría de los médicos son responsables y a menudo abnegados. Cumplen sus deberes porque aman su profesión: porque su profesión es su vocación. Cumplen así, sin saberlo, la máxima humanista de Juan Gérvas: "Disfruta de la vida y ayuda a vivir".

Referencias

- JR. Loayssa Lara. Incertidumbre y la toma de decisiones clínicas. Rev. Atención Primaria vol. 28. No. 8. Nov. 2001. Pp 560 – 54 2001.
- Fernández Ruiz J. La pericia en la responsabilidad médica. La responsabilidad Médica. Vol. I. Ed. OPD Hospital Civil Guadalajara. 2015. pp77 -95
- Fernández Ruiz J. La pericia en la responsabilidad médica. La responsabilidad Médica. Vol. I. Ed. OPD Hospital Civil Guadalajara. 2015. pp77 -95
- Profesionalismo médico en el nuevo milenio: The Lancet Vol. 359 Núm. 9305 p 520-522 2002 DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07684-5
- 5. Boletín del Centro colaborador OPS- CONAMED. Año. 1. Mar.-Abr. 2016. http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin5/numero_completo.pdf
- 6. Ibidem.1
- Dicho de una persona: Que ejerce una profesión. Que practica habitualmente una actividad incluso delictiva, de la cual vive. Que ejerce su profesión con capacidad y aplicación relevantes. https://dle.rae.es/profesional
- 8. José Moreno de Alba. Minucias del Lenguaje. https://www.fondodeculturaeconomica.com/obra/suma/r2/buscar.asp?word2=profesional%20/%20profesionista

- 9. Enciclopedia Jurídica. http://www.enciclopedia-juridica.com/d/profesional/profesional.htm
- 10. Ley Reglamentaria del Art. 5°. Constitucional. https://www.sep.gob.mx/work/models/sep1/ Resource/24e8c91d-d2fc-4977-ad19-dc572c3e4439/ley_reglam_art5_ejerc_prof_df.pdf
- 11. Decreto Número 17140. Cong. Estatal Decreta: Ley Para El Ejercicio De Las Profesiones Del Estado De Jalisco. https://transparencia.info.jalisco.gob.mx/sites/default/files/Ley%20para%20el%20Ejercicio%20de%20las%20Profesiones%20del%20Estado%20de%20Jalisco.pdf
- Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. "Profession": a working definition for medical educators. Teach Learn Med. 2004 Winter;16(1):74-6. doi: 10.1207/s15328015tlm1601_15. PMID: 14987179.
- Rubio DS. Profesionalización de Enfermería en México Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2010;18 (1-2): 4-6 https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2010/en101_2a.pdf
- ABIM Foundation. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. Ann Intern Med. 2002 Feb 5;136(3):243-6. doi: 10.7326/0003-4819-136-3-200202050-00012. PMID: 11827500.
- Academy Health. https://academyhealth.org/, Foundation ABIM. https://abimfoundation.org/ what-we-do/initiatives/advancing-stewardship. Choosing Winsely https://www.choosingwisely.org/, The Foundation Patient Advocate https://www.patientadvocate.org/, Building Trust https://buildingtrust.org/
- Kim JH. [Medical professionalism-on social responsibilities viewed from historical perspective]. Korean J Gastroenterol. 2015 Mar;65(3):165-72. Korean. doi: 10.4166/kjg.2015.65.3.165. PMID: 25797380.
- Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world.
 Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. London: RCP, 2005.
- 18. Tweedie J, Hordern J, Dacre J. Advancing medical professionalism. London: Royal College of Physicians, 2018.
- Pellegrino ED. Professionalism, profession and the virtues of the good physician. Mt Sinai J Med. 2002 Nov;69(6):378-84. PMID: 12429956.
- Vidal-Gual JM. Las virtudes en la medicina clínica. Archivos Medicina Familiar. Revisión Vol.8 (1) 41-52. 2006.
- 21. Bain LE. Revisando la necesidad de la virtud en la práctica médica: una reflexión sobre la enseñanza de Edmund Pellegrino. Philos Ethics Humanit Med. 2018; 13 (1): 4.
- 22. Alexandra Huber, Cornelia Strecker, Timo Kachel, Thomas Höge, Stefan Höfer. Psicol delantero. 2020; 11: 566728. Diciembre de 2020. doi:10.3389 / fpsyg.2020.566728
- 23. A.E. Hardy-Pérez, J.E. Rovelo-Lima. Moral, ética y bioética. Un punto de vista práctico. Revista de Medicina e Investigación. Vol. 3. Núm. 1.páginas 79-84 (Enero-Junio 2015)
- 24. Rodríguez Sendín Juan José. Definición de "Profesión médica", "Profesional médico/a" y "Profesionalismo médico". Educ. méd. 2010 Jun http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132010000200001&lng=es
- AMFEM. Perfil por competencias del médico general. https://www.amfem.edu.mx/index.php/ publicaciones/libros/13-competencias-medico-general
- 26. Diccionario de la Real Academia Española. https://www.rae.es/drae2001/ciencia
- Gregorio Klimovsky. Las desventuras del conocimiento científico. Introducción a la Epistemología. 3ª. Ed. 1997.
- 28. Julia Máxima Uriarte "Conocimiento Científico" Características. Ed. marzo de 2020. Disponible en: https://www.caracteristicas.co/conocimiento-científico/. Consultado: 14 de julio de 2021.

- 29. Dr. Ruy Pérez Tamayo. La estructura de la ciencia. FCE, El Colegio Nacional. México, 2008.
- 30. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2024. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1
- NIH.CDC. https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/medicina-convencional
- 32. Silva Ayagaure LC, Rojas Ochoa F, Sansó Soberats FJ, Alonso Galbán P. Medicina Convencional y Medicina Natural y Tradicional: razones y sin razones metodológicas. Rev Cubana Salud Pública.2013. http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/12
- 33. Constantino González Quintana. Mario Bunge: Philosophy and ethics for physicians. Revista CONAMED, vol. 19, núm 3, julio-septiembre 2014, págs. 132-138 ISSN 2007-932X.
- 34. Fernández S. El acto médico, error y malpraxis. Boletín OPS-CONAMED. Pág. 3-6. Marzo 2016
- 35. García Villa J.A. La evaluación del acto médico. CONAMED 2012. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/69560/eval_legal_pect_med.pdf
- CNDH Mex. El derecho humano a la salud frente a la responsabilidad médico-legal: una visión comparada. 2017
- 37. Casa Madrid Mata Octavio. El acto médico y el derecho sanitario. Revista CONAMED, Vol. 10, Núm. 1, enero-marzo, 2005.
- 38. Ley General de Salud. Última reforma del DOF 01-06-2021.



Abordaje clínico del diagnóstico difícil

Dr. Julián Espinosa Rey, Dra. María del Carmen Cedillo Pérez

Introducción

No existen en la literatura médica criterios para definir el diagnóstico difícil, como sería, digamos, la fiebre de origen desconocido, uno de los mejores ejemplos para este tema. Parecería lógico pensar que en pleno siglo XXI, con tantos adelantos en el conocimiento de la biología molecular, genéticos, bioquímicos, fisiopatológicos, epidemiológicos y tecnológicos de la patología clínica, así como de los avances científicos en los métodos auxiliares paraclínicos, el diagnóstico difícil sería cosa del pasado. Menos aún sería en las instituciones de tercer nivel de atención, donde se cuenta con todos los recursos de innovación para el diagnóstico. Sin embargo, en reportes recientes de la literatura mundial se calcula de 10% a 15% de problemas diagnósticos, a nivel institucional. La pregunta obligada sería: ¿este porcentaje corresponde a diagnósticos difíciles o a errores de diagnóstico? En este capítulo trataremos de los métodos y estrategias, principalmente clínicas, que puedan ser de utilidad y que debemos tener presentes ante un diagnóstico difícil.

El médico clínico y el diagnóstico

El pensamiento popular de un enfermo es: ir al médico para que le haga un reconocimiento y le recete algo que alivie o cure sus molestias. Por lo tanto, la esencia del médico, desde el inicio de la medicina, ha sido establecer un diagnóstico, siendo éste la condición *sine qua non* para definir y clasificar la enfermedad que determinará el destino o pronóstico y el manejo del paciente. Esta actividad, considerada por muchos como "un arte", genera enorme satisfacción para el médico cuando lo hace bien, pero hay graves consecuencias cuando lo hace mal. Sin un diagnóstico correcto el enfermo corre el riesgo de ser expuesto a procedimientos y tratamientos innecesarios, caros y riesgosos, donde lo único que producen son problemas al paciente, al médico y a la institución. Vale la pena recordar dos máximas de grandes pensadores de la medicina: Loeb e Hipócrates, respectivamente: "Si no sabes qué hacer, no hagas nada" y *Primum non nocere* (primero no dañar), mismos que advierten que es más peligroso tomar decisiones con un diagnóstico erróneo que sin diagnóstico.

El diagnóstico (*dia*, a través, y *gnosis*, conocimiento), es la parte de la medicina que tiene por objeto identificar la enfermedad, basándose en los signos, los síntomas y con

el apoyo cada vez mayor de los auxiliares del diagnóstico, como los exámenes de laboratorio, imagenología y estudios endoscópicos e histopatológicos, entre otros. En nuestra época de estudiantes aprendimos que existen diferentes tipos de diagnósticos: sintomático, semiológico, sindromático, topográfico, nosológico, fisiopatológico, etiológico de laboratorio, radiológico, histopatológico, evidente, de probabilidad y confirmado, entre otros. En medicina interna tratamos de hacer siempre un diagnóstico integral.

El diagnóstico debe estar basado en las capacidades cognoscitivas, así como en las habilidades manuales y destrezas clínicas que el médico ha asimilado durante su entrenamiento, y debe tener las siguientes características: ser confiable, preciso, claro, completo, integral y confidencial.

La importancia del conocimiento clínico en el diagnóstico

En la antigüedad, el médico basaba su diagnóstico en la evidencia y el conocimiento de los síntomas y signos clínicos, utilizando el razonamiento y sus sentidos como únicas herra¬mientas para identificar lo que aquejaba a los enfermos. Los signos y síntomas, manifestaciones de una enfermedad, a través del tiempo empezaron a repetirse y conformaron los síndromes y luego las enfermedades. Por lo tanto, el conocimiento de una enfermedad era el producto del interrogatorio (relación médico-paciente) y la exploración, lo que aún hoy corresponde a nuestro quehacer diario en la medicina clínica.

El diagnóstico de una enfermedad es a veces fácil y puede hacerse con la simple observación, por ejemplo el síndrome de Down; con la palpación, como el enfisema subcutáneo; con la percusión, en una ascitis libre a tensión; con la auscultación de una lesión valvular cardiaca; con el olfato, un sangrado digestivo (melena). Pero otras veces es difícil, aun para todo un equipo de médicos especialistas y con todos los auxiliares del diagnóstico, como sucede con la fiebre de origen desconocido.

La historia clínica como base del diagnóstico

Aun los países con mayor desarrollo tecnológico siguen considerando a la historia clínica como el instrumento fundamental para establecer la gran mayoría de los diagnósticos. Si bien la Norma Oficial Mexicana (NOM-004-SSA3-2012) del expediente clínico establece que la historia clínica debe ser elaborada por el médico directamente responsable del paciente, es decir, el médico de base en las instituciones, elaborarla en la actualidad se considera una actividad propia del estudiante o del médico interno de pregrado, mientras que es menospreciada y hasta se toma como ofensa tener que realizarla para muchos médicos que se consideran maestros y expertos en la clínica. Debido a ello, con frecuencia las historias clínicas están incompletas o mal elaboradas, además de que la interpretación de los hallazgos suele ser más propedéutica que clínica, siendo la principal causa de error en el diagnóstico. La historia clínica adecuada debe ser: completa, ordenada, detallada, breve, clara, precisa, limpia y orientada; tarea difícil para un médico en formación que aún no cuenta con la experiencia necesaria.

La primera parte de la historia clínica es la recolección de datos del paciente, también llamada anamnesis o interrogatorio. Éste se define como una serie de preguntas que el médico hace al enfermo o a quienes lo rodean, con la finalidad de conocer su estado de salud o llegar a un diagnóstico. En mi experiencia y de acuerdo con las enseñanzas que recibí en mi querido Hospital General de México, nada es tan importante para el diagnóstico como un adecuado interrogatorio. Si algo me impresionó y me motivó para ser médico internista fue ver cómo a través de un interrogatorio mis maestros eran capaces de hacer cualquier diagnóstico, mismo que el examen físico sólo lo confirmaba y los auxiliares del diagnóstico rara vez eran necesarios.

Desafortunadamente, conocí muy pocas personas con esa capacidad de interrogar y hacer una adecuada semiología. El interrogatorio es particularmente difícil, pues presenta muchas facetas que sólo el clínico experto es capaz de realizar e interpretar y mediante la práctica diaria y supervisión de un maestro experto podrá realizarse de forma satisfactoria por aquellos que se inician en el ejercicio de la medicina.

La semiología, a la cual no se da el valor que merece, es indispensable para el diagnóstico, pues si se hace con conocimiento clínico nos permite conocer el origen y etiología de los síntomas. En la actualidad, los alumnos suelen interesarse más por aprender signos clínicos, de poco valor diagnóstico, que por aprender a hacer una adecuada semiología de los síntomas. El padecimiento es un capítulo fundamental del interrogatorio, donde se investiga la enfermedad principal y el motivo de la consulta. Hay dos estrategias para iniciar: dependiendo del paciente, se puede empezar con la semiología del síntoma principal o investigando todas las molestias que le aquejan, sobre todo cuando es polisintomático. El interrogatorio puede ser dirigido o como tribuna libre, siendo estrategias que el clínico hace, según el paciente, para facilitar la probabilidad diagnóstica. No está por demás recordar que es el capítulo más importante para establecer el diagnóstico y el que debe aportar mayor información a la historia clínica; desafortunadamente, vemos con mucha frecuencia en las historias clínicas que sólo consiste de dos o tres renglones, lo que hace evidente la poca capacidad del médico para esta actividad. El interrogatorio debe cumplir con las siguientes normas: escuchar con atención al paciente, emplear un lenguaje claro y, de acuerdo con su nivel sociocultural, las preguntas deben ser claras, breves y específicas, así como no hacer preguntas dobles, negativas o afirmativas que influyan en la respuesta del paciente.

Por cuestiones de espacio, no podemos analizar cada uno de los capítulos del interrogatorio, pero es importante recordar que cada uno de ellos puede ofrecer un dato fundamental para orientar el diagnóstico. Uno de los errores más comunes de los estudiantes es omitir el interrogatorio por aparatos y sistemas, e incluso en algunos formatos de historias clínicas ni siquiera lo consideran; es, tal vez, junto con el interrogatorio semiológico del padecimiento actual, uno de los capítulos más importantes para el diagnóstico. Existen muchas frases o adagios relacionados con la importancia del interrogatorio. Algunos de ellos se muestran en el cuadro 2.

La exploración o examen físico

¿Qué puede darnos conocimiento más seguro que nuestros sentidos, de qué otra manera podemos distinguir lo verdadero de lo falso?

Es el proceso a través del cual el médico emplea los métodos de exploración física (inspección, palpación, percusión, auscultación, medición y transiluminación y olfacción) para complementar, corroborar, desechar o agregar una hipótesis diagnostica elaborada a través del interrogatorio; una adecuada exploración física debe ser completa, ordenada, minuciosa, detallada y orientada, de acuerdo con los hallazgos del interrogatorio. La importancia y la utilidad de explorar diaria, correcta y completamente al enfermo, sobre todo ante un diagnóstico difícil, radica en que los signos clínicos aparecen o cambian de un día para otro y puede alguno de ellos orientarnos o hasta confirmarnos el diagnóstico, como sucede con los signos patognomónicos. Por ello, la exploración física debe hacerse diariamente o cuantas veces sea necesario, hasta quedar seguros de que no hubo omisiones ni evolución de las manifestaciones clínicas, sobre todo ante la presencia de un diagnóstico no definido.

Podría mencionar varios casos de error diagnóstico por omisión, en mi experiencia como médico clínico, pero sólo mencionaré dos: el primero es el de un médico residente que, por no explorar genitales, no detectó un obvio tumor testicular; y el segundo, cuando durante el paso de visita una alumna de pregrado hizo la observación de que un paciente tenía un lunar en la planta del pie, que correspondió a un melanoma. En ambos casos se explicaba gran parte de la sintomatología del paciente. Se puede comprender un error diagnóstico por ignorancia, pero no por omisión.

Cuadro núm. 1. Características adecuadas de una historia clínica, interrogatorio y exploración

Historia clínica	Interrogatorio	Exploración
Completa	Escuchar con atención al paciente.	Completa
Ordenada		Ordenada
Detallada	Emplear un lenguaje claro	Minuciosa
Explícita	de acuerdo con el nivel	Detallada
Breve	sociocultural del paciente	Orientada de acuerdo
Precisa	Las preguntas deben ser	con los hallazgos del
Limpia	claras, breves y específicas	interrogatorio
Orientada	No hacer preguntas dobles, negativas o afirmativas que influyan en la respuesta del paciente.	

Cuadro 2. Frases que apoyan la importancia de un buen interrogatorio para el diagnóstico

- Una buena anamnesis representa la mitad del diagnóstico (Korner).
- Es la base fundamental e insustituible del diagnóstico (Padilla).
- Para el diagnóstico, una hora de buen interrogatorio vale más que diez horas de exploración (Sterch).
- Parte del examen clínico a la que nunca se debe escatimar tiempo (Siebeck)
- Quien se dedique al estudio de la anamnesis con entusiasmo llevando la dirección de sus diálogos con tacto fino y sentido clínico llegará a ser el mejor de los médicos (Von Bergmann).
- Apenas hay omisión que suela vengarse más amargamente que un interrogatorio insuficiente del enfermo (Krehl).
- Con sólo el interrogatorio puede llegarse al diagnóstico hasta en 56% de los casos, pero cuando se combina con el examen físico, Sandler afirma que hasta en 76% y Crombie dice que hasta en 88%
- En el HGM se decía: si no tienes por lo menos 60% del diagnóstico al terminar el interrogatorio, repítelo, porque lo has hecho mal.
- Un buen interrogatorio es de tanta utilidad en el diagnóstico que me parece imposible que existan médicos que lo desdeñen o lo ignoren (Flores Espinosa J.).

Los auxiliares del diagnóstico

Son los estudios que se realizan al paciente con el propósito de conocer el estado de salud o enfermedad. Asimismo, para apoyar, confirmar o descartar un diagnóstico y evaluar la evolución de una enfermedad, así como la respuesta al tratamiento. Más recientemente, se han vuelto necesarios para fines legales.

Para poder hacer un adecuado uso de los estudios el médico debe fundamentar la solicitud de cada uno, saber las indicaciones y contraindicaciones, los riesgos y complicaciones, los valores normales, saber interpretar sus alteraciones, conocer la técnica y metodología utilizada, la preparación que requerirá el paciente. También hay que considerar las peculiaridades del paciente como edad, sexo, estado fisiológico, horario, etcétera, y asimismo, los padecimientos concomitantes, el horario de la realización, el uso de medicamentos y, sobre todo, recordar que no son cien por ciento exactos pues un resultado equivocado puede ser la causa de un error diagnóstico o desorientar al médico.

Tradicionalmente, para solicitar un estudio de laboratorio o imagenología se usaba el método escalonado, es decir, ir de lo más sencillo a lo más complicado, de lo más inocuo a lo más invasivo y de lo más barato a lo más caro; sin embargo, esto con frecuencia generaba mayores gastos, molestias al paciente y prolongaba la estancia hospitalaria. Hoy, gracias al conocimiento de la sensibilidad, la especificidad y el estándar de oro, podemos hacer una selección de los estudios más orientada para apoyar la hipótesis diagnóstica.

Sería irrazonable negar la gran utilidad y ayuda que el avance de los auxiliares del diagnóstico ha venido a dar al médico clínico para alcanzar su objetivo. La medicina actual se apoya cada vez más en estos recursos tecnológicos, los auxiliares del diagnóstico han simplificado y agilizado el quehacer médico, dando mayor precisión y rapidez al diagnóstico. En muchos hospitales que cuentan con los recursos, hay laboratorios portátiles con pruebas más rápidas, confiables y menos invasivas, que se pueden realizar en el consultorio, quirófanos, ambulancias o a domicilio; ya se habla de un diagnóstico presintomático que permite identificar, prevenir o tratar algunos padecimientos, antes de que se manifiesten clínicamente, así como el diagnóstico prenatal que permite conocer posibles enfermedades antes del nacimiento. En el consultorio ya existen computadoras programadas para interpretar la información y transformarla en hipótesis diagnósticas, incluso para plantear esquemas terapéuticos.

Desafortunadamente, factores como el mayor desconocimiento y desconfianza de los fundamentos clínicos, el poco tiempo con que cuenta el médico para la atención al paciente en algunas instituciones, el uso de protocolos, guías y algoritmos, la mayor necesidad de interconsultas, por una supuesta atención multidisciplinaria, que más bien es para evitar responsabilidad por el riesgo de demandas (la llamada medicina defensiva), han condicionado el uso y abuso de los auxiliares del diagnóstico, así como que ciertos exámenes de laboratorio, imagenología o incluso procedimientos que eran optativos para el médico, ahora se han convertido en obligatorios por la exigencia del paciente o familiar.

Sin embargo, aún existen –aunque cada vez menos– los médicos que siguen portando el concepto humanista de su profesión, que no olvidan la importancia de la relación médicopaciente y saben que por mucho que sea el entusiasmo para aceptar la tecnología moderna,

Cuadro 3. Ventajas y desventajas del uso de los estudios auxiliares del diagnóstico

Ventajas	Desventajas
Han simplificado y agilizado el quehacer médico.	Desconocimiento y desconfianza del método clínico.
Dan mayor precisión y rapidez en el diagnóstico.	Deterioro de la relación médico paciente.
Pueden ser <i>portátiles</i> .	Gastos excesivos para el paciente y la institución.
Las pruebas son más rápidas, confiables y menos invasivas.	Mayor riesgo para los pacientes.
Se pueden realizar a nivel de consultorio quirófanos, ambulancias o en domicilio.	Mayor dependencia de otros especialistas
Son capaces de realizar diagnósticos presintomático y prenatal.	No existen en todos los niveles de atención.

la piedra angular de la medicina sigue siendo el método clínico. Los recursos tecnológicos disponibles, si se aplican con base en la clínica, darán el máximo beneficio para el diagnóstico. Ante la ausencia de una historia clínica completa, el abuso de la tecnología, lejos de ayudar, incrementa los errores diagnósticos y terapéuticos, produciendo gastos excesivos.

Estrategias diagnósticas

La estrategia es una serie de acciones encaminadas hacia un objetivo o fin determinado. Cuando el objetivo es el diagnostico, se habla de estrategia diagnóstica. A continuación, se describen las más utilizadas.

Estrategia por analogía: está basada en un conocimiento aprendido en los libros o experiencias de pacientes previos. Utiliza la similitud o semejanza de dos cosas; valora si los datos clínicos que tiene el paciente corresponden a lo referido en los libros. Desafortunadamente no todos los pacientes son como los describe un texto. Es poco reflexiva pero útil para los que utilizan el aprendizaje basado en la memoria.

Estrategia exhaustiva o sistemática: consiste en la recopilación e investigación de todos los datos del paciente y luego utiliza los que se consideren útiles para el diagnóstico. Es metódica, ordenada, constante y regular; se enseña al estudiante en casi todas las escuelas de medicina, pero es poco utilizada por el experto y poco útil en el diagnóstico de enfermedades poco comunes.

Estrategia secuencial o algorítmica de arborización o ramificación: consiste en iniciar el proceso de probabilidad diagnóstica y continuar la evolución hasta que se llegue al diagnóstico correcto. El proceso diagnóstico evoluciona a lo largo de una de varias posibilidades y, según la información que se obtiene, se toma la decisión. Se representa gráficamente como algoritmos o diagramas de flujo. Es común en los libros y utilizada por residentes y estudiantes de medicina, pero suele ser muy mecánica en la conducta del médico.

Estrategia hipotético-deductiva: ésta formula una hipótesis inicial con base en el razonamiento diagnóstico y el pensamiento científico; luego, se van sumando otras para reafirmar o descartar el diagnóstico. A partir de los datos iniciales se hace una lista de posibles diagnósticos, seguida de la realización de las conductas clínicas y paraclínicas que la hagan cada vez menor; es útil en el aprendizaje y razonamiento diagnóstico en el estudiante de medicina.

Estrategia bayesiana: se basa en la probabilidad que un paciente tiene de uno u otro padecimiento, según la prevalencia de los síntomas, usando los cálculos de la especificidad, sensibilidad y otras herramientas. Los clínicos la aplican para jerarquizar su hipótesis en función de las probabilidades.

Estrategia por exclusión: consiste en llegar al diagnóstico mediante la eliminación, razonada, de otras hipótesis diagnósticas. Se utiliza cuando es difícil probar de manera directa una hipótesis. Con esta estrategia han podido obtenerse las siguientes reglas:

 La existencia de enfermedad suele excluirse al obtener un resultado negativo en la prueba más sensible. - La existencia de enfermedad suele incluirse al obtener un resultado positivo en la prueba más específica.

Es improbable que las pruebas diagnósticas sean útiles cuando la enfermedad es muy probable o muy improbable. Las pruebas diagnósticas son a menudo más útiles cuando la probabilidad de enfermedad es de 50 a 50.

Las combinaciones de pruebas diagnósticas son más sensibles o más específicas que las pruebas aisladas, según la manera en que se define un resultado positivo.

Estrategia exadjunvatibus: consiste en establecer el diagnóstico con base en la observación de la eficacia de un tratamiento, es decir, como prueba terapéutica o tratamiento de prueba. Su debilidad consiste en la falta de especificidad que suelen tener los tratamientos y la evolución clínica es más prueba de corroboración que argumento diagnostico directo. Es utilizada en el consultorio, o en instituciones, como último recurso diagnóstico.

Estrategia decisional: no es propiamente una estrategia diagnóstica y, por consiguiente, no todos la aceptan como tal. Es demasiado compleja para su utilización diaria. Saber qué tiene el paciente es tan importante como saber cómo ayudarlo.

El médico joven puede utilizar una o más estrategias, mientras el clínico utiliza instintivamente todas las estrategias, dando a cada una su lugar adecuado para lograr su objetivo.

Razonamiento diagnóstico

Durante el proceso de razonamiento se generan inferencias o deducciones, que se obtienen mediante silogismos, los cuales están formados por dos premisas (ideas o afirmaciones) y una conclusión. Al establecer premisas deben respetarse algunas reglas como:

- Con premisas basadas con poco conocimiento se obtienen conclusiones parcialmente verdaderas.
- Con premisas basadas en un conocimiento completo (universalmente verdaderas) se obtienen conclusiones universalmente verdaderas.
- Con premisas falsas o mal planeadas se obtienen conclusiones falsas.

Mediante el razonamiento lógico se obtienen cuatro tipos de inferencias:

Inferencias deductivas: en ellas se parte de verdades generales para obtener conclusiones particulares; es decir, se va de lo universal a lo particular. Se utiliza para emitir diagnósticos, elaborar pronósticos o definir tratamientos. Si el planteamiento es incorrecto se generan argumentos falsos (sofismas) y generalizaciones inadecuadas.

Inferencias inductivas: en éstas se pasa de lo particular a lo general. Suelen ser perfectas si se conocen todos los elementos de las premisas e imperfectas si sólo se conoce parte. Permite establecer leyes que se utilizan en la investigación de nuevas enfermedades y en la profundización del conocimiento de las ya existentes; pero si la observación es inadecuada da lugar a sofismas.

Inferencias analógicas: en éstas se trasladan las propiedades de un objeto o individuo conocido a otro que es desconocido, pero semejante. Va de lo particular a lo particular o de lo general a lo general. Es de amplio uso entre expertos para emitir diagnósticos, elaborar pronósticos y elegir tratamientos.

Las inferencias estadísticas: que utilizan los números para predecir, bajo las mismas circunstancias, la probabilidad de un fenómeno. Se basan en el teorema de Bayes. Ejemplos de ello son el cálculo de la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas.

En conclusión, el razonamiento diagnóstico es la habilidad del clínico para resolver los problemas del paciente. Desafortunadamente este conocimiento no suele ser abordado como objetivo de aprendizaje durante los años de rotación clínica en el estudiante de medicina, sino que se va adquiriendo durante la formación y el quehacer diario.

El proceso diagnóstico es el producto del análisis de los datos referidos en todos y cada uno de los capítulos que componen la historia clínica que el médico expresa bajo cinco aspectos:

- Conocimiento del caso mediante la historia clínica.
- Solicitud justificada de auxiliares del diagnóstico.
- Integración de los datos clínicos y resultados de estudios.
- Formulación de hipótesis y probabilidades de diagnóstico.
- Depuración de esta hipótesis.

¿Cuál es la pata más importante de un banquillo de tres patas?



Principales causas de error diagnóstico

Las causas de diagnóstico difícil o de error en el diagnóstico pueden tener tres orígenes: De la enfermedad: una enfermedad poco frecuente, de presentación atípica o de nueva aparición, suele producir dificultades para el diagnóstico. Los síntomas inespecíficos o cuyas causas pueden ser múltiples como la fiebre, pérdida de peso, anorexia o la hipotensión, por mencionar algunos, así como los síndromes paraneoplásicos, las enfermedades inmunológicas y otras que aparecen juntas o sobrepuestas, hacen que un diagnóstico se vuelva difícil.

Del enfermo: todos los seres humanos somos diferentes y los enfermos también; "no hay enfermedades, hay enfermos". Las manifestaciones de las enfermedades son diferentes en los niños, los adolescentes, los adultos, los ancianos, un hombre o una mujer, e incluso en dos personas con características similares. Especialmente hay que considerar a los pacientes psicosomáticos que difícilmente aceptan su diagnóstico y en cada consulta presentan o inventan nuevos síntomas; asimismo, a los pacientes que no cooperan porque

no confían en el médico y que van por obligación del familiar, los que tienen problemas de comunicación (mudos, afásicos, comatosos, alcohólicos, dementes, con mutismo, etc.), o aquellos que creen saber más que el médico y contradicen toda información e indicación.

Del médico: diferentes estadísticas establecen que las causas más comunes de diagnóstico difícil son por error del médico. Los factores pueden ser múltiples, como: poca preparación, conocimiento y capacidad para desarrollar un método clínico orientado, tiempo insuficiente para la entrevista clínica, cultura del menor esfuerzo, uso de estrategias equivocadas, relegar responsabilidades a personal con menor preparación, por irresponsabilidad o compromisos con otras actividades, dependencia obligada de la tecnología, fatiga por situaciones laborales (trabajo en varias instituciones) con insuficiente descanso, momentos u horarios inadecuados para la atención del enfermo, problemas de tipo social, familiares o psicológicos (depresión). Sin embargo, los errores de diagnóstico más frecuentes, según las estadísticas, no se deben a la ignorancia o falta de conocimientos

Cuadro 4. Causas de error en el diagnóstico

Por enfermedades	Por pacientes	Médico	
Enfermedades	Pacientes		
poco comunes.	psicosomáticos.	Errores en la elaboración de la historia	
Presentación atípica.	Pacientes que acuden al médico por obligación del familiar.	clínica. Interrogatorio o exploración incompleta o inadecuada. Desinterés por elaborar la historia clínica.	
Enfermedad de	Pacientes con	Metodología errónea por falta de	
nueva aparición.	problemas de	experiencia y conocimiento clínico.	
Enfermedades	comunicación	Tiempo insuficiente para la entrevista	
sobrepuestas.	(mudos, afásicos,	clínica.	
Síntomas o síndromes con múltiples	comatosos, alcohólicos, dementes, con mutismo, etc.)	Errores de juicio (diagnóstico rápido, obsesión en un diagnóstico, confianza excesiva).	
etiologías.	Desconfianza en	Relegar las actividades clínicas a personal	
Síndromes paraneoplásicos.	la capacidad del médico (creen saber más que el médico).	poco capacitado. Pereza o irresponsabilidad para realizar la historia clínica.	
Síntomas inespecíficos.		Influencia o dependencia en los auxiliares del diagnóstico. Presión de pacientes y familiares.	
		Incomprensión a pacientes psicosomáticos	

del médico, sino a la mala aplicación de los procedimientos clínicos, como la anamnesis y la exploración física.

Hay que nacer para ser médico y estar seguro de serlo, entendiendo que las habilidades en cada uno son diferentes. Hay habilidades para la clínica, la enseñanza, la investigación, así como para la administración. El médico clínico se forma frente al enfermo, con maestros y tutores que le enseñen los métodos y técnicas clásicas, como saber interrogar, observar, razonar, interpretar e integrar hipótesis o conclusiones diagnósticas. Para ello se requiere de la capacidad, la inteligencia y la memoria, así como de la vocación para dedicar horas, días y años de aprendizaje; sólo así podrá alcanzar una preparación clínica completa. El ingenio consiste en saber las semejanzas de las cosas que difieren y las diferencias de las cosas que son semejantes.

CUADRO 5. PRINCIPIOS Y RECOMENDACIONES PARA FACILITAR EL DIAGNÓSTICO

Pensar que las enfermedades comunes ocurren con más frecuencia ("Cuando oigas un galope, piensa en caballos, no en cebras"). Tampoco descartar las poco frecuentes porque puede uno estar frente a ellas.

Las enfermedades comunes pueden dar manifestaciones atípicas.

No obsesionarse con un diagnóstico poco frecuente sólo porque está de moda o sea motivo de publicación.

Hay síntomas generales o inespecíficos producidos por enfermedades habituales.

Diversos síntomas pueden ser ocasionados por la misma enfermedad.

Un paciente puede tener dos o más enfermedades a la vez ("Se puede ser chaparro y cacarizo").

Los casos poco frecuentes siempre vienen en pares.

No confiar ciegamente en los resultados de los auxiliares del diagnóstico si no concuerdan con los datos clínicos.

Conclusiones

A pesar de los enormes adelantos en el conocimiento médico de las enfermedades y en la moderna tecnología de los auxiliares del diagnóstico, el médico continúa enfrentándose a problemas en el diagnóstico. Las causas o motivos de ello son múltiples y están relacionadas tanto con la enfermedad como con el paciente, pero con más frecuencia al médico y van directamente en relación con el desconocimiento o falta de aplicación de una metodología y estrategias clínicas. En las grandes instituciones donde se cuenta con todo el apoyo tecnológico de auxiliares en el diagnóstico, además de diferentes actividades académicas (sesiones bibliográficas, anatomoclínicas, radiológicas, etcétera), y la participación de todo un equipo de trabajo (internos, residentes, médicos de base, jefes de servicio) para la elaboración del diagnóstico, no es poco común que se presente un diagnóstico difícil. Desconocemos qué incidencia tendrá esto a nivel del médico particular.

Recomendar o sugerir un abordaje clínico para dar solución de un diagnóstico difícil no es tarea fácil, puesto que no se trata de escribir una receta de cocina. El secreto es trabajar día con día, conociendo y aplicando el método clínico, así como avanzar con calma y paciencia para interrogar y explorar al paciente cuantas veces sea necesario. Un adecuado estudio clínico nos dará la posibilidad de un diagnóstico certero, tanto como un conocimiento profundo y uso adecuado de la tecnología moderna, la posibilidad de corroborar de manera precisa nuestra hipótesis diagnóstica. La tecnología moderna debe ser un complemento del diagnóstico clínico, pues el arte de la clínica sigue siendo supremo y hay que desarrollarlo al máximo para poder utilizar de manera eficiente la tecnología médica actual. En el diagnóstico difícil se requiere experiencia, paciencia y capacidad clínica. Un método clínico bien aplicado nos llevará siempre hacia el diagnóstico más preciso y es sólo nuestra desinformación y mala interpretación de los hechos la que falsea o deforma la realidad, generando conclusiones equivocadas. Estoy seguro de que un buen interrogatorio, una minuciosa exploración, que podrán repetirse cuantas veces sea necesario, así como un uso justificado de los auxiliares del diagnóstico, son las principales herramientas; el resto dependerá de la inteligencia, capacidad y dedicación de cada médico.

Para adelantar en el arte y la ciencia del examen clínico, el principal equipo que necesita el clínico es mejorar él mismo.

Bibliografía

- 1. Martin Abreu L. Bases del diagnóstico clínico. México DF: La prensa Médica Mexicana, 1960.
- Flores Espinosa J. Importancia del método clínico en el diagnóstico. Rev Med HGM, 1968; 31:591-608.
- 3. Tyrer JH and Eadie MJ. El diagnóstico clínico certero. México DF: El Manual Moderno, 1976.
- Eddy DM and Clanton CH. The art of diagnosis. Solving clinicopathological Exercise. N Eng J Med, 1982; 306:1263-68.
- Sackett DI and Rennie Drummond. The science of the art of the clinical examination. JAMA, 1992; 267:2650-52
- Lifshitz GA. Estrategias diagnósticas en: Temas de medicina interna. Problemas del diagnóstico. AMIM. México, DF. Interamericana-Mc Graw-Hill,1994; 1: 3-7.
- Romero Romero E. Razonamiento lógico en el diagnóstico en: Temas de medicina interna, Problemas del diagnóstico, AMIM. México, DF. Interamericana-Mc Graw-Hill, 1994; 1:13-18.
- 8. Viniegra Osorio A. Repercusiones de la experiencia en el razonamiento diagnóstico. *Temas de medicina interna, Problemas del diagnóstico*, AMIM México, DF. Interamericana-Mc Graw-Hill, 1994;1:19-26
- 9. Mezquita Ortiz JF. El arte del diagnóstico. Med Int Mex, 2006; 22:246-52
- Anton E. Lawson and Erno S. Daniel. Inferences of clinical diagnosis reasoning and diagnostic error. J med Info; 44:402-411, 2011
- 11. Satid Thammasitboon MD, and William B. Cutrer MD Diagnostic-Making and Stratyegies to improve diagnosis. Curr probl pediatr adolesc health care 2013; 43:232:241
- Espinosa Rey J y Cedillo Pérez MC. Importancia de la tutoría clínica en la educación médica en: Los Retos de la educación médica. Academia nacional de Educación Médica, México, DF, 2012;1: 60-73

El desarrollo profesional continuo para el médico de primer contacto

Cómo mantener vigentes las competencias clínicas

Dr. José Francisco González Martínez, Dr. José Antonio Mendoza Guerrero, Dr. Rogelio Chavolla Magaña

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 de desarrollo profesional continuo (DPC) porque con él se pretende implicar de forma más activa al médico y hacerlo 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 costos 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 duradero o permanente. Por ello, la tercera 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, así como 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 periodo de educación y entrenamiento del médico de primer contacto, proceso que comienza después de ver culminada su educación médica básica

y su entrenamiento de postgraduado. A partir de entonces, cada médico inicia de forma individualizada la ampliación de conocimientos en todas las actividades de su vida laboral profesionall.3 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 Organización Panamericana de la Salud (OPS), dentro de la definición del DPC, distingue la educación médica continua (EMC) y la educación médica permanente (EMP), como 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 Alma-Ata en 1978, la atención primaria en salud (APS) se definió como el conjunto de cuidados de la salud básicos construidos 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;6 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, 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 vías 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 y más años 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 de 2005 del Consejo Nacional de Población (CONAPO).

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 en el nivel de atención primaria para la salud. Por otra parte, las 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 primero de enero de 1970 al 31 de julio de 2006 fue de 268,887. La Academia Nacional de Medicina, por su lado, 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 15,000 médicos, de los cuales únicamente 4,000 (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 Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (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 (CCIIEM), 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 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)

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 el principio de este siglo por el de Desarrollo Profesional Continuo (DPC). Este 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 práctica 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.

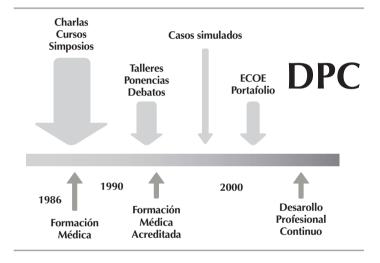


FIGURA 2. EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO EN EL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO.

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 médico 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.

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 con 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 deben 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, debiendo 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.

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 que 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).

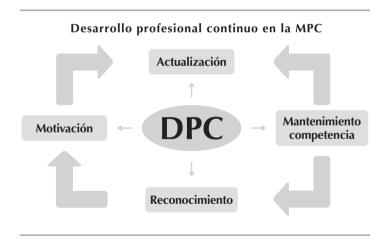


FIGURA 3. El Desarrollo Profesional Continuo en el Médico de Primer Contacto. El proceso de actualización profesional constante en el médico General. (Tomado de: SEMERGEN, *El Desarrollo profesional Continuo*. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria).

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 Modelo Educativo implementado por el Hospital General de México a partir de 2007, ¹³ que hasta 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 impulse 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 posgrado 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.

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 autodirigido y actividades basadas en la práctica profesional diaria, más que el entrenamiento supervisado; y tiene como principal objetivo incrementar y mantener las competencias profesionales de cada médico, es decir, desarrollar de manera



FIGURA 4. EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO EN EL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO.

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 este último ofrece.

En este sentido, el DPC se enmarca no sólo dentro de las competencias requeridas para la práctica 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.

Actividades involucradas de atención para la salud en el desarrollo profesional continuo

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 periodo 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, algunas de las cuales han conseguido finalizar el largo camino con el establecimiento de tales competencias en sus centros. 14,15

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.

COMPETENCIAS GENERALES Gestión de la atención Gestión del conocimiento Bioética Comunicación Investigación

FIGURA 5. EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO EN EL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO. (TOMADO DE: SEMERGEN, *EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO*. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA).

Competencias generales del médico de primer contacto

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.

Competencias específicas del médico de primer contacto

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, y sin embargo son adquiridas a través de la práctica profesional y en el proceso de educación continua durante toda la vida.

Atención a la familia Atención a la comunidad Atención a la comunidad Atención a la mujer Atención al inmigrante Atención al inmigrante Atención al anciano

Competencias Específicas DPC del Médico de Primer Contacto

FIGURA 6, EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO EN EL MÉDICO DE PRIMER CONTACTO. (TOMADO DE: SEMERGEN, *EL DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO*. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA).

Conclusiones

De acuerdo con la WFME, el DPC corresponde al periodo de educación y entrenamiento de los médicos que comienzan después de la terminación de la 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 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 DPC, 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 frecuente, que representan un desafío creciente 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.

Bibliografía

- 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.
- WFME. Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors. WFME Global Standards for Quality Improvement. WFME Office: University of Copenhagen, Denmark. 2003.
- Larre Borges U, Petruccelli 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.
- Ricas J. A deficiencia e a necessidade: um estudo sobre a formacao continuada de pediatras em Minas Gerais. Sao Paulo. Brasil: Universidad de Sao Paulo: 1994.
- 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.
- 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.
- 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 D.F: El Hospital, 2007.
- 14. Facultad 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.



Educación médica en la era de las tecnologías de la información, comunicaciones y conectividad

Dra. Silvia Uriega González Plata, Dr. José Francisco González Martínez, Dr. José Antonio Mendoza Guerrero

Las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) tienen inmensas repercusiones en prácticamente todos los aspectos de nuestras vidas. El rápido progreso de estas tecnologías brinda oportunidades sin precedentes para alcanzar niveles más elevados de desarrollo. La capacidad de las TIC para reducir muchos obstáculos tradicionales, especialmente el tiempo y la distancia, posibilita por primera vez en la historia el uso del potencial de estas tecnologías en beneficio de millones de personas en todo el mundo.^{1,2}

El impacto de ellas en la sociedad actual constituye muy probablemente el acontecimiento histórico más relevante de las últimas dos décadas, particularmente Internet, que puede ser considerado como el avance más significativo en esta área, además de la diversidad de dispositivos creados para analizar, crear y compartir información de todo tipo en diferentes formatos y sin limitantes de espacio y tiempo.^{3,4}

Cuando hablamos de las TIC nos referimos a la industria que involucra la computación, la creación de *software*, productos y servicios de telecomunicaciones, servicios de redes, Internet, sistemas de integración y servicios profesionales corporativos, etc. Su finalidad se centra en la captura, procesamiento, acopio y distribución de la información. Cuando dentro de las TIC hablamos de Internet nos referimos a la posibilidad de una comunicación instantánea en todo tipo de actividades, productivas de conocimiento, economía, trabajo, estudio, recreación, etcétera, lo que ocupa un lugar preponderante en la obtención de información para casi cualquier persona que pueda tener acceso a este medio. El uso de la Internet es hoy en día cada vez más extendido, con el fácil acceso a grandes cantidades de información y un rápido intercambio de ella a través de su *interface* amistosa, sin actualmente demande un gran conocimiento de computación, propiciando que su uso aumente en un sinnúmero de áreas muchas veces y sea una necesidad contar con ella.

La integración y convergencia de las TIC en nuestra sociedad actual ha sido posible gracias a factores clave como, en primer lugar, el desarrollo de la microelectrónica, que ha posibilitado el descomunal avance en la potencia y capacidad de cómputo de los ordenadores. En segundo lugar, los avances en las telecomunicaciones, que ha provocado la gran expansión del uso de las redes de alcances locales y globales. Y, en tercer lugar,

el desarrollo acelerado de programas y aplicaciones que se han generalizado y acercado más al "gran público" gracias a la utilización de interfaces de fácil comunicación y de agradable uso para el empleo de las técnicas multimedia.^{5,6,7}

La tecnología y su apropiación social en los últimos años ha dado lugar a múltiples cambios y evolución en incontables esferas. El desarrollo de las TIC es uno de los elementos más característicos de la sociedad actual, provocando una explosión en la cantidad de información y en la transformación de las condicionantes fundamentales de la comunicación, como son el espacio y el tiempo, así como en la posibilidad de interacción en el proceso básico de comunicación humana. Estas tecnologías han sido introducidas en muchos campos, entre ellos en la educación, donde han determinado la aparición de nuevos retos para las instituciones educativas, los docentes y los estudiantes, provocando además la generación de nuevos materiales y herramientas de enseñanza-aprendizaje en distintos soportes. Además, hemos podido observar cómo la red se integra más rápidamente en la vida cotidiana de las personas como herramienta de proyección y extensión personal. En este contexto la red es decodificada como medio de comunicación, pero sobre todo como medio de expresión por los individuos y las organizaciones. Es muy común hoy en día conectarse a través de las redes sociales tanto con personas como con las Instituciones.⁸

De acuerdo con Gisbert (1999), la capacidad de las TIC en los últimos años (principalmente las redes) han demostrado que para el almacenaje, estructuración y transmisión de la información y del conocimiento, son un factor clave en la articulación de procesos de formación continua que garantizan flexibilidad, actualidad y relación con el entorno.9 La idea de la aldea global de conocimiento se extiende cada vez con más fuerza, por lo que será fundamental desarrollar proyectos transnacionales basados en:

- Trabajo interdisciplinar.
- Utilización de la informática como herramienta de trabajo.
- La red como canal de comunicación.
- Las redes como espacio cooperativo y de formación.

La información hoy en día es un importante recurso que contribuye significativamente al logro de los objetivos y metas de las organizaciones, considerando todos los aspectos, como el educativo, de investigación, administrativo, económico, social, etcétera. Igualmente, se reconoce que, en la organización, estas entidades interactúan con diferentes intereses y expectativas para tener acceso y usar los diferentes productos y servicios de información, que estas adquieren o generan en beneficio de la organización. Y, del mismo modo, todos los actores involucrados en el sistema de información de la organización, que incluye académicos, investigadores, administrativos, técnicos, empleados, clientes, etcétera. En México, aun cuando algunas de estas actividades se duplican, existen hoy en día muy pocos organismos que administren o coordinen el ciclo completo de vida de la información, desde su generación hasta su difusión. Las organizaciones más bien continúan incorporando nuevas tecnologías en sus prácticas diarias, en un intento por sobrevivir ante el medio ambiente cambiante.

Las TIC en entornos educativos

Debido a los avances en cuanto a las TIC y al alcance insospechado de las mismas, así como su amplia penetración en todos los sectores de la sociedad, desde hace algunos años ya se ha comenzado a hablar también de la "Sociedad de la información" y de la "Sociedad del conocimiento" y, en términos más amplios, de la "Era de la información" o "Telemática". En este sentido, se puede definir a las TIC como un conjunto de aparatos, redes y servicios que convergen y se integran en un sistema de información interconectado y complementario, perdiéndose, de manera innovadora, la frontera entre los diferentes elementos tecnológicos que contribuyen a proporcionar la comunicación y la información.

Es indudable que las TIC han impactado en los ambientes de enseñanza-aprendizaje de muchas y diferentes maneras; esto se ve reflejado en un mayor acceso a la información (en algunos casos en necesario contar con una cuenta individual o institucional, a través de las bibliotecas), en un escenario con nuevos tipos de información, nuevos soportes y técnicas para la enseñanza-aprendizaje, más oportunidades para participar en la creación de nuevo conocimiento, un acceso más equitativo, una motivación mejorada del estudiante, un incremento en cuanto a la participación de los estudiantes menos capaces y un considerable aumento en el logro de programas basados en proyectos y cambios sustanciales en los modelos de comunicación; todos ellos como el resultado de los nuevos modelos de enseñar con las actuales herramientas que ofrecen las TIC.¹⁰

Las TIC han impactado profundamente en el ámbito educativo, identificándose como poderosas herramientas que incrementan el acceso y las oportunidades de aprendizaje; también es conocido que no son una panacea, sin embargo, su contribución y potencialidad como herramienta educativa y de formación continua ha sido ampliamente comprobada. Dentro de este panorama se ha presentado un énfasis en la modalidad de educación a distancia, constituyéndose la Internet como uno de los vehículos que ofrece innumerables oportunidades de aprendizaje y amplía el acceso a la información. Sin embargo, las TIC, con toda su potencialidad, no generan aprendizaje por sí mismas sino solo imponen nuevas formas de comunicación, de relación e interacción. 11-13

La aparición de las tecnologías de la información y comunicación en los ambientes educativos no es nueva; desde el siglo pasado se ha visto modificada la didáctica, pedagogía, las herramientas de enseñanza y aprendizaje, así como la generación de los denominados objetos de aprendizaje. Las aulas virtuales, como una herramienta de apoyo en la educación a distancia hicieron su aparición en las ciencias de la salud y han transformado el proceso de enseñanza-aprendizaje, en donde el educando toma una participación fundamental. El uso de las TIC en los diferentes niveles y sistemas educativos tienen un impacto significativo en el desarrollo del aprendizaje de los estudiantes y en el fortalecimiento de sus competencias para la vida y el trabajo, favoreciendo su inserción en la sociedad del conocimiento.

La implementación de la tecnología en la educación puede verse sólo como una herramienta de apoyo, pues no viene a sustituir al maestro sino sólo pretende ayudarlo para que el estudiante tenga más elementos (visuales y auditivos), enriqueciendo el proceso de

enseñanza aprendizaje. A lo largo de la historia se ha producido una serie de revoluciones en la manera de educar, acorde con el soporte y los medios empleados, distinguiendo cuatro fundamentales:

- La adopción de la palabra escrita como medio de alfabetización y el empleo del lápiz y del papel como medios de transmisión de esta.
- La aparición de las escuelas y la figura de los maestros.
- La aparición de la imprenta y con ella la transmisión del saber, produciéndose notables cambios culturales que modificaron las formas de trabajar, de leer, de comunicar y de vivir.
- La aparición de las nuevas TIC, donde el soporte ya no es ni el lápiz ni el papel, sino el teclado y el monitor: los medios digitales.

Las TIC incluyen la electrónica como tecnología base que soporta el desarrollo de las telecomunicaciones, la informática y el audiovisual. Se caracterizan por:

- Su inmaterialidad; es decir, por usar un soporte inmaterial, no físico. La digitalización de la información en dispositivos electrónicos (discos duros, memorias USB, CD, etcétera). Se trabaja en una "realidad virtual".
- Su instantaneidad. Podemos realizar un documento en un determinado lugar y enviarlo en el siguiente minuto a través de las redes informáticas a cualquier lugar del mundo con acceso a estas.
- La existencia de múltiples "aplicaciones multimedia" que facilitan el trabajo de las personas que emplean estas tecnologías.
- La interactividad. Al enviar información a través de las redes, las personas que reciben la información pueden respondernos de forma instantánea. Existe una comunicación bidireccional (*feedback*). Eso no es algo que los tradicionales medios de comunicación puedan hacer, como son la televisión o la radio.
- Es posible enviar información en soporte diferente al texto. Es decir, se pueden enviar imágenes, sonido, animaciones, etcétera.

Los primeros indicios de investigación sobre los medios, como antecedente a las TIC, se encuentran en torno a 1918, pero se considera la década de los cincuenta como un punto clave en el posterior desarrollo de todos los ámbitos de la tecnología educativa. La utilización de los medios audiovisuales con una finalidad formativa constituye el primer campo específico de la tecnología educativa. La década de los sesenta aporta el despegue de los medios de comunicación de masas como un factor de gran influencia social. La revolución electrónica, apoyada inicialmente en la radio y la televisión, propiciará una profunda revisión al uso de los modelos de comunicación y capacidad de influencia sobre millones de personas, generando cambios profundos en las costumbres sociales, la forma de hacer política, la economía, el marketing, la información periodística y también en la educación. Estos conocimientos también serán incorporados a la tecnología educativa en la vertiente de las aplicaciones educativas de los medios de comunicación de masas. A partir de los años setenta el desarrollo de la informática consolida la utilización de los ordenadores con fines educativos, concretamente en aplicaciones como la enseñanza

asistida por ordenador (EAO). Con la aparición de los ordenadores personales esta opción se generalizará, como una alternativa de enormes posibilidades, fundamentalmente bajo la concepción de enseñanza individualizada. 14-15

La introducción de la computadora en el ámbito educativo ha pasado por diversas etapas que se encuentran estrechamente ligadas con el nivel del avance tecnológico, así como las necesidades de los estudiantes. De acuerdo con Rubens y cols., (2005), en la educación el uso de las TIC ha pasado por las siguientes etapas:¹⁶

Programación, repetición y práctica. Esta primera etapa se sitúa a finales de los años setenta y principios de los ochenta. Aquí el uso de las tecnologías se veía marcado por la utilización de programas sencillos destinados a desarrollar determinadas habilidades en los estudiantes, mediante la técnica de repetición y práctica.

Entrenamiento basado en computadora (CBT, por sus siglas en inglés), con multimedia. Con la llegada de los equipos multimedia y las unidades de CD-ROM a finales de los ochenta y principios de los noventa se vio la posibilidad de combinar varios medios, como fueron las imágenes y el sonido en uno solo. Estas características fueron añadidas al material didáctico, enriqueciendo la utilización de la computadora en el aula.

Entrenamiento basado en Internet (IBT, por sus siglas en inglés). Ante la necesidad de tener la información actualizada en todo momento y gracias a las posibilidades comunicativas que brinda Internet, a principios de los noventa se llevó al ámbito educativo a esta plataforma. En un principio las limitantes del medio sólo permitían el manejo de texto y algunas imágenes, pero con el desarrollo de la world wide web, otra vez se hizo posible la presencia multimedial.

E-learning. A finales de los noventa y principios del siglo XXI, con el desarrollo del IBT surge el *e-learning*, el cual se enfoca más en el contenido didáctico en sí y está orientado a una interactividad entre los estudiantes con los contenidos, dotándolos de retroalimentación inmediata y un sinfín de recursos multimediales e hipertextuales.

M-learning. Como una nueva etapa del *e-learning* se encuentran diversas variantes que se apoyan en la tecnología; un ejemplo es el *m-learning* (*mobile learning*), el cual ofrece un sistema educativo que se imparte a través de dispositivos móviles como los teléfonos celulares y los asistentes personales (PDA por sus siglas en inglés). Este plan surgió como un programa europeo de investigación y desarrollo, orientado a educar adultos jóvenes que sufrían de marginación educativa.

Mix-Learning. La etapa posterior al *e-learning* es la aplicación de una mezcla de sus herramientas con sistemas educativos tradicionales. La finalidad es dirigir más específicamente los contenidos a los estudiantes. Es así que el *blend learning*, *mix learning o hybrid learning* se presenta como "la combinación efectiva de los diferentes modelos de reparto, modelos de enseñanza y modelos de aprendizaje".

Software social. Una quinta etapa, la del software social con contenido gratuito y abierto. Este tipo de servicio y aplicaciones vuelven a la idea de compartir información a través de Internet y a la colaboración conjunta, para mejorar los recursos educativos.

Las TIC han facilitado el acceso a la información y/o conocimiento, modificado conceptos como espacio, tiempo e identidad y han redefinido los papeles, cambiando la forma

como las personas nos comunicamos, informamos, aprendemos e incluso pensamos; éstos y otros aspectos no han sido aislados y se han reflejado en la educación. El acceso electrónico remoto y las telecomunicaciones por red han convertido el aprendizaje global en un modelo de vida para la mayoría de la gente, permitiendo el acceso a múltiples recursos de conocimiento y ampliando los tradicionales espacios educativos, constreñidos a los locales de los centros educativos, en espacios abiertos y fáciles de acceder desde cualquier punto, hora y tiempo. En la sociedad de la información y del conocimiento se revoluciona nuestra manera de pensar y se condiciona nuestra actitud. El aula virtual, como concepto educativo, ha sido diseñada con el fin de crear un entorno ficticio que, sin suplantar el aula presencial tradicional, busca superar las desventajas tradicionales de la educación a distancia; por otro lado, la escasez de recursos económicos necesita de una educación sin elevados costos, como son los medios materiales sencillos (ordenadores, líneas telefónicas convencionales, un número limitado de servidores) y contenidos fácilmente generables y reproducibles. El aula virtual busca ofrecer una solución idónea a estas necesidades. En América Latina y el Caribe (ALC) muchas escuelas y facultades de medicina han empezado a implementar cambios en la curricula e infraestructura tecnológica con el objetivo de integrar las TIC, principalmente el Internet dentro de su dinámica académica. Sin embargo, actualmente existe muy poca literatura sobre el conocimiento que se tiene respecto a las competencias informacionales con las que hoy en día cuentan los estudiantes de medicina en América Latina y el Caribe, que ayuden a proponer estrategias para una rápida apropiación de las TIC en ambientes de educación médica. 17-20

El desarrollo de sistemas educacionales necesita ser realizado en un ambiente de trabajo multidisciplinar, por lo que es imprescindible una labor pedagógica que emita opiniones y requisitos para la herramienta, que participe durante el desarrollo del proyecto y que finalmente examine el producto y genere nuevas sugerencias de cambio. De esta manera, los educadores siempre en busca de métodos y herramientas que permitan llegar a los educandos con efectividad y eficiencia-, han encontrado en Internet la forma de acercar al aula novedades, sistemas y elementos que faciliten a los alumnos el acceso al conocimiento, sin que estos tengan que recorrer grandes distancias para trasladarse de un lugar a otro o contar con nutridos presupuestos para adquirir materiales y ponerlos al alcance de los alumnos. Esta fuente de inagotables servicios ha sido abrazada por algunos educadores como un recurso para la enseñanza y por algunas instituciones educativas, como el sistema que les permite ampliar sus aulas sin tener que levantar nuevas paredes.

El aula virtual no sólo es un mecanismo para la distribución de la información, sino que es un sistema en donde las actividades involucradas en el proceso de enseñanza-aprendizaje toman lugar; es decir que se facilita la interactividad, comunicación, aplicación de conocimientos, evaluación y manejo de la clase. En sentido propio, el aula virtual es la integración organizada de muchos recursos digitales de texto, imagen, sonido y animación; inclusive hay día existen escuelas y docentes que diseñan sus propios espacios para llegar a los educandos. Los usos que se hacen de estas aulas virtuales son como complemento de una clase presencial, o para la educación a distancia.²¹

El aula, como complemento de clase presencial, es usada para poner al alcance de los alumnos el material de la clase y enriquecerla con recursos publicados en Internet; publicar los programas, horarios e información inherente al curso y promover la comunicación fuera de los límites áulicos entre pares y/o alumnos-docente. El principal objetivo de las comunidades de aprendizaje consiste en la creación, desarrollo y mantenimiento de un grupo virtual de estudiantes, que tiene como finalidad la construcción de conocimientos de forma compartida mediante la interacción telemática entre todos sus miembros.²²⁻²³ Este uso de aula virtual como complemento de clase ha sido también el inicio de las clases a distancia, sobre todo en los casos en que los docentes y las instituciones han adecuado los materiales para ofrecerlos en clase semi presencial o a distancia. En estos casos, el aula virtual toma una importancia radical ya que es el espacio en donde se encontrará el proceso de aprendizaje. Más allá del modo en que se organice la educación a distancia, sea semi presencial o remota, sincrónica o asíncrona, el aula virtual es el centro de la clase. Por ello es importante definir que se espera que los alumnos puedan lograr en su aprendizaje a distancia y que elementos aportara el nuevo medio para permitir que esa experiencia sea productiva.

Los elementos que componen un aula virtual surgen de la interacción del aula tradicional y la adaptación de los adelantos tecnológicos accesibles a la materia y en la que se reemplazaron factores como la comunicación cara a cara, por otros elementos. Entre los elementos que debe contener un aula virtual, tenemos los siguientes:

- Distribución de la información, donde el educador presenta al educando los contenidos para la clase en un formato claro, fácil de distribuir y de acceder.
- Intercambio de ideas y experiencias.
- Aplicación y experimentación de lo aprendido, transferencia de los conocimientos e integración con otras disciplinas.
- Evaluación de los conocimientos.
- Safe heaven, seguridad y confiabilidad en el sistema.

Ahora bien, cuando hacemos referencia al concepto de aula virtual, estamos pensando en un conjunto de actividades con un alto ingrediente comunicativo que, sin la existencia de una computadora conectada en la red, no tendría el sentido que adquiere en el contexto auténtico que proporciona la tecnología. Un aula virtual se puede situar dentro de la misma clase y puede cubrir una serie de necesidades educativas nada despreciables, realizadas de manera que se libere al profesor y al alumno de la coincidencia temporal e incluso espacial. En lo que se refiere al uso que se hace del medio tecnológico para en el desarrollo de la actividad en un aula virtual, podemos identificar al menos los siguientes recursos:

- Uso de programas de cómputo como herramientas como, por ejemplo, los instrumentos de gestión de la información como pueden ser un procesador de textos, una hoja de cálculo o un programa de edición de documentos digitales.
- Uso de medios, programas o materiales de acceso y comunicación del contenido curricular, como, por ejemplo, CD-ROM, Internet o programas que configuran entornos de exploración e indagación.

- Uso de programas o materiales como instrumento de soporte a la construcción de conocimientos específicos de un área curricular, como, por ejemplo, los tutoriales o las simulaciones.
- Uso de herramientas de comunicación entre los participantes, tanto entre pares, como entre profesor y alumnos. En este caso, puede ser el correo electrónico, las discusiones virtuales o los grupos cooperativos virtuales.

La tabla 1 presenta un resumen de la propuesta de las relaciones antes mencionadas.

Tabla 1. Actividades y relaciones en el aula virtual

Funciones A qué responde la Incorporación virtual	Objetivos Qué requiero que el alumno aprenda	Actividad Qué modalidad organizativa de la tarea parece más conveniente
1. Socializadora	Colaborar en la inserción progresiva del alumno en la sociedad de la información y la comunicación y en el desarro- llo de la propia cultura.	Comunicaciones virtuales de aprendizaje
2. Responsabilizadora	Comprometerse e implicarse en el propio aprendizaje al asumir el reto de aprender mediante un nuevo medio.	Contratos virtuales
3. Informativa	Consultar diversidad de informaciones provenientes de fuentes también diversas	Internet
4. Comunicativa	Expresar los propios conocimientos, experiencias y opiniones en un contexto comunicativo real.	Discusiones virtuales
5. Formativa y Formadora	Construir conocimiento com- partido con el profesor y otros compañeros con su ayuda	Trabajo colaborativo
6. Motivadora	Ampliar los conocimientos personales siguiendo itinera- rios personales mediante la exploración libre u orientada	Edición web

7. Evaluadora	Plasmar el aprendizaje realiza- do y argumentar los procesos de comprensión de los conte- nidos.	Preguntas de corrección automática
8. Organizadora	Ordenar la propia manera de proceder en el proceso de aprendizaje.	Bases de Datos personales
9. Analítica	Indagar mediante la observa- ción y comparación de datos obtenidos y realizarse pregun- tas al respecto	Proyectos electrónicos
10. Innovadora	Integrar diferentes medios tecnológicos para obtener un resultado funcional.	Material multimedia o presentaciones ppt
11. Investigadora	Probar el método científico en relación a pequeños estudios personales.	Investigaciones virtuales

l _.

Las TIC y el profesional en ciencias de la salud

En el sector salud la visión del impacto de la TIC va mucho más allá de la implantación de portales de información para la salud en la red, dirigidos a consumidores o profesionales del sector. Una de las líneas de mayor empuje general a la introducción de las TIC como herramientas de apoyo en salud corresponde, sin duda, a las grandes iniciativas políticas en el nivel nacional y autonómico, como las desarrolladas en los países de primer mundo, principalmente en Europa. Las TIC permiten mejorar la atención de los pacientes, tanto en hospitales como en centros de salud, consultorios etcétera, acercando más la sanidad al ciudadano. Las mismas favorecen el trabajo de los profesionales, la colaboración entre ellos y el intercambio de la información necesaria para su trabajo.

La incorporación de las TIC en los sistemas de salud en el mundo, están suponiendo un motor de cambio para el mejoramiento en cuanto a la calidad de vida de las poblaciones, favoreciendo el desarrollo de herramientas dirigidas a ofrecer respuestas no sólo en áreas de servicios para la salud como diagnóstico y tratamiento, sino también en áreas como la educación la planificación, la información, la investigación, la gestión, prevención y promoción de la salud.²⁴⁻²⁷

La aparición de las TIC en los ambientes educativos no es nueva; desde el siglo pasado se han visto modificadas la didáctica, la pedagogía, las herramientas de enseñanza y el aprendizaje, así como la generación de los denominados objetos de aprendizaje. Por ello, la computadora en nuestros días juega un papel importante en la práctica de la medicina.

Las TIC son consideradas herramientas básicas dentro del área de la salud; desde su aplicación en la educación, hasta el diagnóstico y el tratamiento clínico. En este sentido, las aulas virtuales, como una herramienta de apoyo en el ámbito de la educación a distancia en las ciencias de la salud, ha transformado el proceso de enseñanza-aprendizaje, donde el educando toma una participación fundamental, utilizando para ello las ventajas que ofrecen hoy en día las redes telemáticas y las herramientas multimedia.²⁸⁻³¹

El acceso electrónico remoto y las telecomunicaciones por red han convertido el aprendizaje global en un modelo de vida para mucha gente, permitiendo el acceso a múltiples recursos de conocimiento y ampliando los tradicionales espacios educativos, exigiendo a los centros educativos locales su apertura en espacios abiertos y fáciles de acceder desde cualquier punto, incluyendo la hora y tiempo. Así pues, la enseñanza actual puede beneficiarse enormemente en la sociedad de la información y del conocimiento ya que revoluciona nuestra manera de pensar y condiciona nuestra actitud hacia el uso de las tecnologías. Por ejemplo, el crecimiento de Internet como medio de comunicación masivo ha revolucionado el intercambio de información biomédica. A través de la web el proceso de búsqueda y recuperación de información médica en formato electrónico, textos, imágenes, sonidos, etcétera, son en tiempo real, característica que hace de Internet un medio imprescindible dentro de la práctica médica diaria y que cada vez se hace más presente en los programas y planes de estudio en educación médica.¹¹

Las TIC han impactado profundamente en el ámbito educativo, ya que se han identificado como poderosas herramientas que incrementan el acceso y las oportunidades de aprendizaje, además de que su contribución y potencialidad como herramienta educativa y de formación continua ha sido ampliamente comprobada. Dentro de este panorama se ha presentado un énfasis en la modalidad de educación a distancia, constituyéndose la Internet como uno de los vehículos que ofrece innumerables oportunidades de aprendizaje y amplía el acceso a la información. Sin embargo, las TIC con toda su potencialidad no generan aprendizaje por sí mismas, sino que sólo imponen nuevas formas de comunicación, relación e interacción. Muchos de los esfuerzos que se han realizado en el área de las ciencias de la salud han estado encaminados a lo que se denomina "informática médica", un campo científico que trata de los recursos, los dispositivos y formaliza los métodos para optimizar el almacenamiento, recuperación y manejo de la información biomédica para resolver problemas y tomar decisiones. Se considera un campo interdisciplinario que se basa en ciencias de la computación, ciencias de la información, ciencias cognitivas y de decisión, epidemiología, telecomunicaciones y otras áreas.^{17, 32-33}

En 1998, la American Association of Medical Colleges (AAMC) señaló que los médicos debían ser disciplinados y demostrar la habilidad de recuperar, manejar y utilizar la información biomédica (en bases de datos electrónicas y otros recursos) para resolver problemas y tomar las decisiones que sean pertinentes al cuidado de los individuos y las poblaciones. Ese mismo año, en un segundo reporte se hace referencia al papel que juega la educación médica en el aprendizaje. La educación médica es un largo proceso de por vida (o por lo menos en la carrera) que empieza en la escuela médica, extendiéndose a la residencia y continúa a través de años de práctica médica. El apoyo del aprendizaje

con TIC requiere más que la alfabetización computacional. Otros requisitos incluyen el conocimiento de un rango amplio de recursos de información médica disponible y su relativa evaluación para necesidades particulares, saber cómo usarlos y la motivación para usarlos cotidianamente.³⁴

Para acercarse con éxito en el aprendizaje a lo largo de toda la vida, el graduado de la escuela médica deberá poder hacer lo siguiente:

Demostrar el conocimiento de los recursos de información y herramientas disponibles que apoyen el aprendizaje a lo largo de toda la vida. El conocimiento incluye la ponderación de estos recursos, su contenido y las necesidades de información que puedan identificar. Los recursos pertinentes incluyen, por ejemplo: *medline* y otras bases de datos bibliográficas relevantes, libros de texto y fuentes de referencia, el diagnóstico de sistemas expertos y los recursos de información médica en Internet.

Recuperar información, demostrando la habilidad de:

- A. Realizar búsquedas en bases de datos usando operadores lógicos (booleanos), de manera que refleje el entendimiento del lenguaje médico, la terminología y las relaciones entre los términos médicos y los conceptos.
- B. Refinar las estrategias de búsqueda para mejorar la relevancia e integridad de los registros recuperados.
- C. Usar una aplicación de referencias bibliográficas para transferir las citas de una búsqueda y organizarlas en una base de datos personal.
- D. Identificar y adquirir el texto completo de los documentos electrónicos disponibles en una biblioteca virtual o en Internet.

Filtrar, evaluar y organizar la información, demostrando lo siguiente:

- A. El conocimiento de los factores que influyen en la exactitud y validez de la información en general.
- B. La habilidad de diferenciar entre los tipos de fuentes de información, por lo que se refiere a su actualidad, tipo de documento (por ejemplo, una revisión vs un artículo original), autoridad, relevancia y disponibilidad.
- C. La habilidad de valorar la información contradictoria de varias fuentes y conciliar las diferencias.
- D. La habilidad de realizar un análisis crítico de un informe de investigación publicado.
- E. El conocimiento de los registros de derechos de propiedad literaria e intelectual, sobre todo con especial atención a los materiales que se recuperan electrónicamente.

La buena práctica de "hábitos de información", ya que reflejan actitudes que apoyan el uso eficaz de tecnologías de información, e incluye:

- A. El uso de múltiples fuentes de información para resolver un problema.
- B. Mantener un escepticismo saludable sobre la calidad y validez de toda la información; esto incluye el reconocimiento de que la tecnología proporciona nuevas capacidades y tiene el potencial para introducir nuevas fuentes de error.
- C. Tomar decisiones basadas en la evidencia, cuando sea posible, en lugar de opiniones.
- D. Sensatez de las muchas maneras en que la información se pierde o se daña y la

necesidad de tomar la acción preventiva apropiada (por ejemplo, el uso rutinario de procedimientos auxiliares empleados para proteger los datos personales e institucionales, como son las copias de seguridad).

- E. El uso eficaz de procedimientos de seguridad (por ejemplo, escogiendo "buenas" claves, no compartiéndolas y cambiándolas a menudo).
- F. La protección de confidencialidad de la información privada obtenida de los pacientes, colegas y otros.

Por su parte, el Institute Internacional for Medical Education (IIME) ha desarrollado el concepto de "Requisitos esenciales mínimos globales" e identificó un grupo de resultados mínimos de aprendizaje que los estudiantes de las escuelas médicas deben demostrar al momento de su graduación. ³⁵ Estos requisitos se agrupan bajo siete amplios dominios educativos:

- I. Valores profesionales, actitudes, comportamiento y ética.
- II. Fundación científica de la medicina.
- III. Habilidades de comunicación.
- IV. Habilidades clínicas.
- V. Salud de la población y sistemas de salud.
- VI. Manejo de información.
- VII. Pensamiento crítico e investigación; todos ellos, con sesenta objetivos de aprendizaje en total.³⁶

En el contexto anterior y situándonos en el entorno particular, como el Hospital General de México, ha generado una lista de competencias necesarias en el entorno de la educación en medicina, aplicables en los profesionales de la salud como educación continua para toda la vida, ya sea en el contexto educativo, profesional o laboral (García y González, 2007).

Estas competencias dentro de la sociedad de la información y del conocimiento son:

- Capacidad de aprender.
- Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica.
- Capacidad de análisis y síntesis.
- Capacidad de adaptarse a las nuevas situaciones.
- Habilidades interpersonales.
- Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad).
- Comunicación oral y escrita en la propia lengua.
- Toma de decisiones.
- Capacidad crítica y autocrítica.
- Habilidades de manejo de la computadora.
- Capacidad de trabajar en equipos interdisciplinarios.
- Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio.
- Compromiso ético (valores).
- Conocimientos básicos de las materias, disciplinas o profesión.
- Conocimiento de una segunda lengua.

- Apreciación de la diversidad y multiculturalidad.
- Habilidades de investigación.

En la actualidad, el desarrollo de habilidades informativas en los profesionales de la salud, incluye la apropiación tecnológica (computacional o informática), que redituará, primeramente, habilidades en el aprendizaje para toda la vida, como medio de educación continua y ante la práctica de la medicina basada en la evidencia (MBE) y en una atención médica de excelencia.38 El profesional de la salud que esté alfabetizado en cuanto a la información es aquel que ha aprendido a aprender; sabe cómo aprender porque sabe cómo se organiza, se administra, se busca, se recupera, se evalúa y se usa la información, de tal manera que otros puedan aprender de él. En la actualidad, y desde hace varios años, la educación a distancia en México es uno de los temas prioritarios de la agenda de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), pues esta modalidad de educación representa una vía para facilitar el acceso a la educación superior a diversos grupos de personas que por razones de diferente naturaleza no tienen acceso, o que requieren mayor flexibilidad, ya sea por su dispersión geográfica o por los requerimientos de formación o actualización. Por lo anterior, algunas escuelas y facultades de medicina han empezado a implementar cambios en la currícula e infraestructura tecnológica, con el objetivo de integrar las TIC, principalmente la Internet, dentro de su dinámica académica. Sin embargo, actualmente existe muy poca literatura sobre el conocimiento que se tiene respecto a las competencias informacionales con las que hoy en día cuentan los estudiantes y los egresados de la carrera de medicina, que ayuden a proponer estrategias para una rápida apropiación de las TIC en ambientes de trabajo y de la propia educación médica.

El empleo de las TIC en el entorno sanitario no sólo va encaminada a mejorar la atención médica directa al paciente, sino también a articular más eficazmente la difusión del conocimiento médico y facilitar el intercambio de información, tanto entre esos pacientes y los profesionales del sector, como entre los propios médicos;³⁹⁻⁴¹ una de estas herramientas es, por ejemplo:

Una solución para la formación. El sector sanitario es uno de los que evoluciona más rápidamente en cuanto a investigación y aplicaciones tecnológicas, lo cual obliga a los profesionales a estar permanentemente al día; al igual que los usuarios deben estar constantemente informados de nuevas campañas de prevención o nuevos adelantos que sean de su interés. En este sentido, el abanico de posibilidades que ofrecen las TIC en el campo de la formación profesional en ciencia de la salud es bastante significativo y puede tener una gran repercusión en la mejora de la calidad del servicio sanitario.

Los sistemas de gestión de aprendizaje y las aulas virtuales

A finales del siglo XX, con la acelerada penetración de Internet en las actividades cotidianas y los avances de las TIC, en el aspecto académico surgen los *virtual learning environment (VLE)*, traducidos al castellano como "ambiente o entorno virtual de aprendizaje" (AVA O EVEA). Estos ambientes se soportan en los *learning management system*

(*LMS*) o plataformas virtuales de formación; traducidos al castellano como "sistemas de administración de aprendizaje".

Una plataforma *LMS* es un *software* que se instala en un servidor facilitando la administración de los contenidos, actividades y recursos de comunicación; además, puede permitir la administración y control de usuarios con diferentes niveles de acceso a la plataforma. Otro concepto interesante en este contexto es de *e-learning*, que puede traducirse como "aprendizaje electrónico" y se refiere al aprendizaje mediado por ayudas y facilidades electrónicas. De acuerdo con Fernández (2009), los LMS progresan de acuerdo con la evolución del *e-learning*. Las etapas de dicha evolución son:⁴²

E-learning 1.0: lógicamente es el nivel más bajo y se corresponde con los cursos on-line para autoestudio, lo que refiere a contenido subido a páginas *web* y capacitación guiada por un instructor (cursos, simulaciones, audio y video, *podcasting*, juegos).

E-learning 2.0: es el más utilizado actualmente, según la opinión del autor mencionado, y es la capacitación por *e-learning* en vivo guiada por un instructor (incluye el uso de mensajería instantánea, video en tiempo real y *webcasting*).

E-learning 3.0: utiliza contenido autopublicado y pone énfasis en las herramientas colaborativas (*blogs, wikis*, salas de discusiones, comunidades de práctica, directorio de expertos).

Nuevos entornos de aprendizaje en ciencias de la salud

El *e-learning*, un cambio de paradigma.

Un claro ejemplo de las tendencias teóricas y prácticas innovadoras en los nuevos entornos de aprendizaje en el ámbito de la educación, es el del cada vez más común y difundido uso de planes *e-Learning* (educación a distancia por medio de Internet), donde es claro el uso del nuevo paradigma de aprendizaje, representando un alejamiento del *instruccionismo* a favor del *constructivismo*; esta situación parece ser el paradigma que se comparte de manera global. Las definiciones teóricas de los nuevos entornos de aprendizaje, ponen su énfasis en el hecho de que un entorno de aprendizaje es un lugar o una comunidad, donde se llevan a cabo una serie de actividades en línea, con la finalidad constructivista del aprendizaje a través del uso de las TIC, aplicadas en la educación. ⁴³⁻⁴⁵

Existen cambios en la perspectiva con la que estos programas se implementan, como:

- Considerar a los alumnos como individuos, dándoles oportunidad de participar activa y responsablemente en su propio proceso de aprendizaje.
- Planificación del aprendizaje en función del estilo de aprendizaje individual.
- Atención a la participación social y, por tanto, al trabajo con las capacidades de comunicación y de colaboración de los alumnos.
- Cambio del papel del profesor. De un procesamiento de conocimientos de profesor a alumnos, a procesos basados en el grupo o de alumno a alumno donde los profesores actúan de forma más sistemática como asesores, guías y supervisores, además de proporcionar el marco para el proceso de aprendizaje de sus alumnos.
- De la reproducción a la construcción de conocimiento. Un aspecto importante de la migración hacia otro paradigma de aprendizaje es un cambio de enfoque que se aleja

- del contenido y la capacidad de reproducir datos y conocimientos para orientarse hacia la creación de conocimiento.
- Reorganización de la situación de aprendizaje. El nuevo paradigma de aprendizaje supone que este se beneficiará de una reorganización del ambiente, donde se aprende que trascienda las maneras de pensar tradicionales definidas por el currículo, enfoques multidisciplinarias y una organización y planificación del tiempo radicalmente distintas tanto del proceso de enseñanza-aprendizaje como del trabajo del profesorado.

Las TIC pueden apoyar los métodos tradicionales, pero también pueden representar un medio básico para transformar los métodos pedagógicos y la organización del proceso de enseñanza aprendizaje, con la producción de nuevas técnicas apoyadas en materiales audiovisuales que enriquecen las clases. La enseñanza virtual o *e-learning* en la actualidad se encuentra inmersa en un proceso de expansión constante que, de acuerdo con estimaciones realizadas por grandes consultarías, seguirá adelante en los próximos años. El gran reto es adaptar su papel a un ambiente donde el aprendizaje ya no se centre exclusivamente en el aula tradicional, sino también en el aula virtual, por medio de la enseñanza semipresencial y a distancia. Hoy en día la enseñanza virtual está presente en muchas instituciones educativas de nivel superior y en cada una de ellas tiene características diversas en cuanto a los niveles de aplicación, grado de complejidad de cursos y asignaturas, así como el uso de metodología tecnologías y plataformas.⁴⁶

El uso de e-learning responde a una necesidad de la sociedad actual, buscando derribar algunas barreras que dificultan el aprendizaje, como los problemas geográficos, el tiempo sobre la demanda, debido -entre otras cosas- a que es gradualmente más complejo reunir en el centro de enseñanza a profesores y alumnos, en un horario y periodicidad determinados. En la educación virtual el profesor o tutor apoya en la administración, guiando y orientando al estudiante; dedica parte de su actividad a realizar textos y construye los módulos que forman parte del curso. Asimismo, puede llegar a ser guía y orienta a los participantes. El profesor o tutor a distancia debe tener habilidades diferentes a las del profesor que se dedica a la formación presencial; algunas de ellas, por ejemplo, pueden ser el dominio sobre las TIC y los conocimientos para organizar y gestionar cursos online; asimismo, dominar los denominados grupos de discusión, foros, debates etcétera. Debe tener, además, la capacidad de comunicación asertiva de forma escrita, ya que el alumno no es presencial y, por lo tanto, no se puede interactuar de la misma manera como en el aula. Por otra parte, existen varios inconvenientes como son la reducción en la interacción entre profesores y alumnos, aunado a que la retroalimentación puede ser muy lenta y hay mayor deserción que la modalidad presencial de estudio.

La enseñanza virtual aporta ventajas que pueden explicar su rápida expansión, tales como la posibilidad de utilizar materiales multimedia, la fácil actualización de los contenidos y el acceso a la información desde cualquier lugar y cualquier momento; sin embargo, la enseñanza virtual no es una panacea ya que si bien el aprendizaje es más rápido, el alumno tendrá que estar motivado para que integre el aprendizaje y haga uso del material adecuadamente, pues Internet no forma sino sólo transmite. En conclusión, *e-learning*

actualmente se perfila como solución de algunos problemas a los que la enseñanza presencial y tradicional se enfrentan; sin embargo, esta técnica de enseñanza por sí sola no garantiza una educación de mayor calidad ni un mayor rendimiento en el aprendizaje.⁴⁷

Teorías del aprendizaje en entornos virtuales

Las nuevas tecnologías de la información y la comunicación ofrecen diversidad de medios y recursos para apoyar la enseñanza; sin embargo, no es la tecnología disponible el factor que debe determinar los modelos, procedimientos, o estrategias didácticas. La creación de ambientes virtuales de aprendizaje debe inspirarse en las mejores teorías de la psicología educativa y de la pedagogía. El simple acceso a buenos recursos no exime al docente de un conocimiento riguroso de las condiciones que rodean el aprendizaje, o de una planeación didáctica cuidadosa. Tres de las principales teorías del aprendizaje resultan un excelente ejemplo de la aplicación de Internet al proceso de aprendizaje. Estas teorías son la gestalt, la cognitiva y el constructivismo.

La teoría gestalt

Esta estudia la percepción y su influencia en el aprendizaje. El diseño visual de materiales de instrucción para utilizar en la red debe basarse en principios o leyes de la percepción delineadas por ella, como el contraste figura-fondo, la sencillez, la proximidad, la similaridad, la simetría y el cierre. El contraste figura-fondo es un principio básico, según el cual un primer plano de un estímulo visual tiene que ser distinto al fondo. Esta norma se viola frecuentemente en el diseño de muchas páginas que aparecen en la red. Los fondos suelen incluir formas o colores que desvanecen u opacan el texto, dificultando su lectura.

Las siguientes son algunas pautas esenciales para el diseño de instrucción en la red basadas en la teoría gestalt:

- Asegurarse de que el fondo no interfiera con la nitidez de la información presentada en el primer plano.
- Utilizar gráficos sencillos para presentar información.
- Agrupar la información que tenga relación entre sí, de tal manera que el usuario pueda captar fácilmente su unidad o conexión.
- Utilizar discretamente el color, la animación, los destellos intermitentes u otros efectos, para llamar la atención hacia ciertas frases del texto o áreas gráficas.
- No utilizar información textual o gráfica incompleta.
- Al introducir un tema nuevo emplear vocabulario sencillo.

La teoría cognitiva

Esta teoría tiene varios enfoques, métodos y estrategias pertenecientes a esta corriente teórica, como son los mapas conceptuales, las actividades de desarrollo conceptual, el uso de medios para la motivación y la activación de esquemas previos, mismos que pueden orientar y apoyar de manera significativa el diseño de materiales de instrucción en la red. Los mapas, los esbozos, y los organizadores gráficos son medios para representar la actividad cognitiva. La activación de esquemas también es un método aplicable en la

enseñanza virtual, en la que la información nueva debe relacionarse con las estructuras cognitivas que posee el alumno. Activando el conocimiento previo, los conceptos o teorías nuevas resultan más significativos y fáciles de aprender.

Exponemos algunas pautas para el diseño de instrucción en la red, derivadas de la teoría cognitiva:

- Ayudar a los alumnos a estructurar y organizar la información que deben estudiar mediante listas de objetivos, mapas conceptuales, esquemas, u otros organizadores gráficos.
- Utilizar actividades para el desarrollo conceptual conformando pequeños grupos de alumnos y proporcionándoles listas de ejemplos y contraejemplos de conceptos. Las discusiones pueden darse en forma sincrónica o asincrónica.
- Activar el conocimiento previo mediante listas de preguntas que respondan los estudiantes, colocando una pregunta en una lista de correo, o mediante organizadores previos.
- Utilizar en forma discreta recursos motivacionales como gráficos, sonidos, o animaciones. No es necesario usarlos en cada página, unidad o lección.

El constructivismo

De acuerdo con Leflore (2000), en la teoría del constructivismo el diseño de actividades de enseñanza en la red puede orientarse a la luz de varios principios de esta corriente, tales como: el papel activo del alumno en la construcción de significado, la importancia de la interacción social en el aprendizaje y la solución de problemas en contextos auténticos o reales, toda vez que cada individuo posee una estructura mental única a partir de la cual construye significados, interactuando con la realidad. Una clase virtual puede incluir actividades que exijan a los alumnos crear sus propios esquemas, mapas, redes u otros organizadores gráficos. Así, asumen con libertad y responsabilidad la tarea de comprender un tópico, y generan un modelo o estructura externa que refleja sus conceptualizaciones internas de un tema.

La interacción social proporciona interpretaciones mediadas de la experiencia, pues gran parte de lo que aprendemos sobre el mundo depende de la comunicación con otras personas. El lenguaje es una herramienta fundamental para la producción de significados y la solución de problemas. En la educación virtual la interacción social puede lograrse a través de *chats*, correo electrónico, foros de discusión, videoconferencias, etcétera. Enfrentar los estudiantes a problemas del mundo real es una estrategia para lograr aprendizajes significativos, y como estos problemas presentan contextos muy variados, su abordaje requiere múltiples puntos de vista. La instrucción en la red puede ofrecer a los alumnos la oportunidad de enfrentar y resolver problemas del mundo real a través del uso de simulaciones ayudándoles a la construcción de conceptos para mejorar la capacidad de resolver problemas. Hay dos tipos de simulaciones que operan de forma diferente y a la luz del constructivismo una de estas es eficaz si solamente introducen un concepto o teoría, permitiendo a los alumnos que elaboren una explicación de lo que han observado. El otro tipo de simulación involucra los alumnos en la solución de problemas, ofreciendo diversas

herramientas de la red para investigar un problema, como las bases de datos, sitios con información especializada y medios para contactar expertos en el área. Al usar estos recursos, los alumnos conocen diversos puntos de vista y exploran información diferente sobre un problema, lo cual constituye una forma auténtica de construir conocimiento.

Veamos algunas pautas derivadas del constructivismo para enseñar a través de la red:

- Organizar actividades que exijan al alumno construir significados a partir de la información que recibe. Se le pide que construya organizadores gráficos, mapas, o esquemas.
- Proponer actividades o ejercicios que permitan a los alumnos comunicarse con otros. Orientar y controlar las discusiones e interacciones para que tengan un nivel apropiado.
- Cuando sea conveniente, permitir que los estudiantes se involucren en la solución de problemas a través de simulaciones o situaciones reales.

En el año 2020 apareció la pandemia provocada por el virus SARS CoV2, que sin duda impactó el funcionamiento normal de las instituciones formadoras de profesionales de la salud, alterando abruptamente las actividades educativas, ocasionando que muchas escuelas y facultades de medicina modificaran sus actividades académicas, impulsando la migración de clases presenciales hacia los medios virtuales, cancelando la asistencia de los alumnos a los hospitales y centros de salud para evitar la propagación del virus. Los programas de residencias e internados de pregrado también tuvieron que ser modificados y muchas rotaciones clínicas se reemplazaron por la revisión de casos clínicos con la ayudad de medios digitales. Sin embargo, la aparición del virus dejó claro que en muchos casos la capacitación docente en los profesionales de la salud no es suficiente, especialmente porque se tuvieron que acelerar los procesos de adaptación a medios digitales y cursos sobre herramientas digitales (classroom, meet, zoom, etcétera). Esto seguramente será un parteaguas y un reto para las Instituciones educativas y hospitalarias porque no sólo tendrán que trasmitir el conocimiento, sino que tendrán que cerciorarse de que el alumno pueda desarrollar conocimientos teóricos desde un aprendizaje en línea, además de buscar los tiempos y espacios óptimos para que el alumno aprenda la exploración clínica (con el paciente) y así integrar lo aprendido en la parte teórica. Tal vez en algunos años se recordará la pandemia de COVID-19 como una fuente de disrupción, pero también podrá verse como un catalizador para la transformación de la educación médica; cambios que ya se habían estado gestando desde algunas décadas atrás.

La pandemia también brindó una oportunidad para que los estudiantes se dieran cuenta de la naturaleza dinámica del conocimiento médico, pues los conceptos clave en biología humana, sociología, psicología y ciencia de sistemas, demostraron ser esenciales para los cuidadores en todos los niveles que responden a esta nueva amenaza. ⁴⁹ Asimismo, los sistemas de salud, las instituciones científicas, epidemiólogos y funcionarios de salud pública, así como los médicos de primera línea, demostraron diversas habilidades necesarias que un médico debe tener, al tiempo que se demostró que la acción multidisciplinaria puede ayudar a resolver problemas complejos de atención médica. Según publicaciones recientes, algunos estudiantes están entusiasmados con los cambios realizados en la

educación. ⁵⁰⁻⁵² "A pesar de todos los aspectos trágicos que nos trajo la pandemia, desde el punto de vista educativo hay muchos métodos más nuevos que se han creado o mejorado"; además, esto ha permitido el aumento en la cantidad de plataformas educativas disponibles para estudiantes y un incremento desmedido en cuanto a videos, *podcasts*, sesiones de enseñanza y tutoriales, que han ayudado a cerrar algunas de las brechas educativas que se encuentran dentro del aprendizaje virtual. Por su lado, el uso de la telemedicina ha crecido exponencialmente durante la última década y se vio aumentado aún más por la pandemia, quedando claro que la adaptación de los estudiantes a un entorno más virtual coincide en muchos casos con la dirección en la que estaba avanzando la medicina en el mundo. En medio de una mayor adopción de la telesalud en la historia de la medicina, estos estudiantes tendrán una perspectiva de primera mano sobre el uso óptimo de estas técnicas y brindarán información sobre las formas de mejorarlas.

Referencias

- ONU. Informe final de la fase de Ginebra de la Cumbre Mundial de la Sociedad de la Información, Documento WSIS-03/GENEVA/9(Rev.1)-S.(2004)
- OECD Los Desafíos de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la Educación. Ministerio de Educación (2003).
- 3. López García, Guillermo (ed.) (2005). *El ecosistema digital: Modelos de comunicación, nuevos medios y público en Internet*. Valencia: Servei de Publicacions de la Universitat de València.
- Agámez Luengas, Saskia., Aldana Bolaño, María., Barreto Arcos, Vanessa., Santana Goenaga, Adriana., Caballero-Uribe, C.A. (2009). Aplicación de nuevas tecnologías de la información en la enseñanza de la medicina. Salud Uninorte, 25(1), 150-171.
- 5. Negroponte, N. El mundo digital. Barcelona: Ediciones B. (1995)
- Ramonet, I. (ed) (1998). Internet el mundo que llega: los nuevos caminos de la comunicación. Madrid: Alianza.
- 7. Rheingold, H. (2001). The virtual community. Reading digital culture, 272-280.
- 8. Garrido Ferradanes, F. (2010). Cultura digital e investigación comercial de mercados. *Razón y Palabra*, 15(73).
- Gisbert Cervera, Mercè. (1999). Las Tecnologías de la Información y la Comunicación como favorecedoras de los procesos de autoaprendizaje y de formación permanente. Educar, 25, 53-60.
- Woodard, B.S. (2003). Technology and the constructivista learning environment: Implications for teaching information literacy skills. Research Strategies, 19, 181-192.
- 11. Le, T., Stein, M.L. (2001). Medical Education and the Internet: This Change Everything. *JAMA*, 285(6):809.
- 12. Lee, W.R. (2006). Computer-based learning in medical education: a critical view. *J Am Coll Radiol*, 3(10), 793-8.
- 13. Katz, J.E., & Rice, R.E. (2002). Social consequences of Internet use: access, involvement, and interaction. Cambridge, MA: MIT Press.
- 14. CABERO Almenara, Julio. (1999). Tecnología educativa. España: Síntesis.
- 15. CABERO Almenara, Julio. (2003). Replanteando la tecnología educativa. Comunicar, 21, 23-30.
- Rubens, W.; Emans, B.; Leinonen, T.; Gomez, A. y Simons. R (2005), Design of web-based collaborative learning environments. Translating the pedagogical learning principles to human computer interface. *Computer & Education* 45, 276-294.

- Horna P, Curioso W, Guillen C, Torres C, Kawano J. (2002) Conocimientos, habilidades y caracteristicas del acceso a Internet en estudianrtes de medicina de una Universidad Peruana. Anneles de las Fac Med. 63(1):32-39.
- 18. Balteskard L, Rinde E. Medical diagnosis in the internet age. The Lancet 1999; 354(Suppl 2):2.
- 19. Wootton R. Telemedicine. BMJ 2001; 323:557-60
- 20. Prutkin JM. Cybermedical skills for the Internet age. JAMA 2001; 285(6):808.
- 21. Barberá E, Badía A. Hacia el aula virtual: actividades de enseñanza y aprendizaje en la red. *Revista Iberoamericana de Educación*. 2005, 36(9): 1-22.
- Gairín Sallán, J. (2006). Las comunidades virtuales de aprendizaje." EDUCAR, Vol. 37, núm., pp.41-64
- 23. Hewitt, J., Scardamalia, M. Design Principles for Distributed Knowledge Building Processes. *Educational Psychology Review* 10, 75–96 (1998).
- 24. Brynin, M., Kraut, R. (2006). Social studies of domestic information and communication technologies. EN Kraut, RE, Brynin, M. & Kiesler, S. (Ed.), *Computers, phones, and the Internet: domesticating information technology* (p. 3-18). Oxford: Oxford University Press.
- 25. Fisher, K., Naumer, C., Durrance, J., Stromski, L., & Christiansen, T. (2005). Something old, something new: preliminary findings from an exploratory study about people's information habits and information grounds. *Information Research*, 10 (2).
- Cummings, J.N., & Kraut, R. (2002). Domesticating computers and the Internet. *Information Society*, 18 (3), 221-231.
- 27. Katz, J.E., & Rice, R.E. (2002). Social consequences of Internet use: access, involvement, and interaction. Cambridge, MA: MIT Press.
- 28. Platt, M., Anderson, W. Obenshain, S. (1999). Use of student-centred, computer-mediated communication to enhance the medical school curriculum. *Med Educ*, 33, 757-761.
- 29. Morán, A.C., Cruz, L.V. (2001). Uso de la computadora en estudiantes de medicina. Rev Fac Med, 44(5),195-197.
- 30. Chambers, J.K., Frisby, A.J. (1995). Computer-based learning for ESRD patient education: current status and future directions. Adv Ren Replace Ther, 2(3), 234-245.
- 31. Piemme, T. (1988). Computer-assisted learning and evaluation in medicine. JAMA, 260(3), 367-372.
- 32. Patel, V., Ranch, T., Cimino, A., Norton, C., Cimino, J.J. (2005). Participant Perceptions of the Influences of the NLM-Sponsored Woods Hole Medical Informatics Course. J Am Med Inform Assoc, 12(3), 256-261.
- 33. Corn, M., Rudzinki, K.A., Cahn, M.A. (2002). Bridging the Gap in Medical Informatics and Health Services Research: Workshop Results and Next Steps. J Am Med Inform Assoc, 9, 140–143.
- 34. American Association of Medical Colleges. (1998) Contemporary issues in medicine: medical informatics and population health. Report 2. Washington, DC: AAMC.
- 35. IIME. (2007). The 60 learning objectives of the Global Minimum Essential Requirements, grouped by domain. Institute International for Medical Education. Recuperado de http://www.iime.org/documents/objectives.htm
- Schwarz, M. R., & Wojtczak, A. (2002). Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education. Medical Teacher, 24(2), 125-129.
- 37. García-García, J.A., González-Martínez, J.F. (2007). Entornos de la educación médica. En F.J. Higuera-Ramírez, J.F.González-Martínez, J.A. García-García (Ed), El nuevo modelo educativo del Hospital General de México. DF, México: HGM.

- 38. Salvador-Oliván, J.A., Angós-Ullate, J.M., Fernández-Ruiz, M.J., Arquero Avilés, R. (2006). Fuentes de información en medicina basada en la evidencia. El profesional de la información, 15(1), 53-61.
- 39. Molina, M.F. (2006). Las TIC por un acceso cómodo y universal a la salud. Revista AHCIET: revista de telecomunicaciones, 107, 1-16.
- Arndt, M., y Bigelow, B. (2000). Presenting structural innovation in an institutional environment: Hospitals' use of impression management. Administrative Science Quarterly, 45: 425–650.
- Ruef, M., Scott, W.R. (1998). A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital Survival in Changing Institutional Environmental. Administrative Science Quarterly, 43(4), 877-904.
- 42. Fernández, E. (2009). U-learning. El futuro está aquí. México: Alfaomega Grupo Editor.
- 43. García Aretio, L. (2001). La educación a distancia: de la teoría a la práctica. Barcelona: Ariel.
- 44. Tiffin, J., & Rajasingham, L. (1997). En busca de la clase virtual: la educación en la sociedad de la información (Vol. 43). Editorial Paidós.
- 45. Keefe, J. W. y Ferrell, B.G. (1990). Developing a defensible learning style paradigm. Educational leadership, 57–61.
- 46. Marcelo, C., Puente, D., & Ballesteros, M. Á. (2003). E-learning teleformación: diseño, desarrollo y evaluación de la formación a través de Internet. Gestión 2000.
- 47. OECD-Organisation for Economic Co-operation. (2003). Los Desafíos de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en la Educación. Ministerio de Educación.
- 48. Leflore, D. (2000). "Theory supporting design guidelines for web-based instruction". En: Beverly Abbey (Ed.) Instructional and Cognitive Impacts of Web-Based Education. Hershey, PA: Idea Group Publishing.
- 49. Lucey CR, Johnston SC. The transformational impact of COVID-19 on medical education. JAMA Neurol. Published online August 26, 2020. doi: 10.1001/jama.2020.14136.
- 50. Rose S. Medical student education in the time of COVID-19. JAMA. Published online March 31, 2020. doi: 10.1001/jama.2020.5227
- 51. USMLE Step 2 CS canceled: what it means for medical students. News release. AMA. February 4, 2021. Accessed March 1, 2021
- 52. Important guidance for medical students on clinical rotations during the Coronavirus (CO-VID-19) outbreak. News release. AAMC. March 17, 2020.





Importancia del sistema inmune en tiempos de pandemia por Covid-19

Dra. Virginia Ramírez Nova

DESDE MUY TEMPRANA EDAD hemos comprendido el impacto del sistema inmunológico en el desarrollo de enfermedades. En un estado de inmunocompetencia podemos dar batalla ante agentes infecciosos que, de lo contrario, si hubiese un estado de inmunosupresión podrían comprometer la homeostasia hasta el desenlace, que incluye perder la vida.

¿Ha cambiado esta perspectiva desde la aparición y propagación de forma rápida en el mundo del virus SARS-CoV-2 llamada pandemia por Covid-19? Para comprender mejor esta pregunta tenemos que conocer la verdadera función del sistema inmunológico.

El sistema inmune innato

Los seres humanos vivimos en un entorno rebosado de microorganismos y no podríamos existir como especie sin mecanismos de defensa altamente efectivos. Para fines prácticos contamos con el sistema inmunológico innato (no específico) y el adaptativo (específico).

El sistema inmunológico innato constituye la barrera de primera línea y el mecanismo de respuesta rápida para prevenir la invasión de microrganismos; sus componentes se heredan de padres a hijos y se dirigen contra moléculas expresadas por estos mismos. Estos componentes de defensa del huésped son evolutivamente antiguos, se encuentran en todos los organismos multicelulares y se expresan en humanos como elementos conservados (homólogos) compartidos con otros vertebrados y, de alguna forma, con otros organismos como insectos y plantas.

El sistema innato fue definido como un sistema de respuesta inmunitaria rápida, que está presente desde el nacimiento y no se adapta o aumenta permanentemente como resultado de la exposición a microorganismos, en contraste con la respuesta inmune adaptativa, comandada por los linfocitos T y B.

La relevancia del sistema innato, como ya es bien conocido, se puede desencadenar con la mayoría de las bacterias entre 20 a 30 minutos, mientras que el desarrollo de una respuesta adaptativa específica con anticuerpos y células T lleva varios días o hasta semanas.

El sistema inmunológico innato se refiere a los mecanismos de defensa heredados de la línea germinal, que se dirigen contra los componentes moleculares que se encuentran sólo en los microorganismos. Se han perfeccionado por la evolución a lo largo de generaciones y se pueden "entrenar" mediante cambios epigenéticos, para expresar una respuesta mejorada en contra del patógeno. Este sistema activa e instruye las respuestas

inmunitarias adaptativas, regula la inflamación y mantiene la homeostasis inmunitaria (el equilibrio entre los procesos proinflamatorios y antiinflamatorios opuestos).

La activación del sistema inmunológico innato comienza con las células residentes en los tejidos del sitio que reciben la agresión (macrófagos, células epiteliales, mastocitos, células linfoides innatas). Si la amenaza de infección se acelera, estas células reclutan otras como a los neutrófilos, células asesinas naturales (NK), células dendríticas, monocitos, plaquetas que circulan a los tejidos inflamados. Muchas de las mismas células, cuyos mecanismos que utilizan para reconocer y atacar a los microbios e iniciar reacciones inflamatorias, también se utilizan para eliminar a las células dañadas y moribundas, así como a sus componentes celulares, para luego regular hacia la disminución de la inflamación y lograr reestablecer y mantener la homeostasis dentro del huésped.

La inmunidad innata entrenada es un tipo de respuesta inmune inespecífica similar a la de memoria inducida por algunos patógenos y vacunas, como por ejemplo la vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) que puede conferir protección independiente contra una amplia variedad de patógenos, recordando que esta vacuna se ha utilizado ampliamente para proteger contra la tuberculosis a lo largo de casi cien años. Curiosamente se ha estudiado que esta vacuna reduce la mortalidad infantil por infecciones no relacionadas con la infección por el *Mycobacterium* de la tuberculosis, es un fenómeno que se cree que se debe a la inducción de la inmunidad entrenada.

Hay reportes epidemiológicos, controversiales y no concluyentes, que sugieren que la vacunación con BCG reducen la mortalidad por Covid-19 y que han disminuido la mortalidad por las infecciones respiratorias en adolescentes o adultos mayores y aquellos que reciben terapias contra el cáncer, así como en la llamada parálisis inmune asociada a sepsis e incluso a la resistencia a nuevos brotes virales como el del SARS-CoV-2. En algunos países donde la vacuna BCG se administra al nacer, han mostrado una tasa de contagio más baja y menos muertes relacionadas con Covid-19, lo que sugiere que esta vacuna puede inducir una inmunidad entrenada que podría conferir cierta protección contra el SARS-CoV-2.

La respuesta inflamatoria que es esencial para la resistencia a la infección se ve disminuida por una respuesta antiinflamatoria cuando el huésped comienza a ganar la batalla. En este mismo sentido, los cambios epigenéticos como los que impulsan la inmunidad protectora cruzada específica impulsan a una supresión de la inmunidad no específica del antígeno. Aunque esta respuesta es útil a corto plazo, su persistencia tiene el potencial de frenar la respuesta a futuras infecciones antígeno inespecíficas.

Esta pandemia ha traído consigo una revolución en el estudio del sistema inmunológico en sus diferentes estratos de funcionalidad, principalmente a nivel genético y molecular. Si consideramos que la respuesta inmune innata por sí sola es útil para el equilibrio o la homeostasis del huésped, la respuesta inmune adaptativa también involucra un grado mayor de complejidad por su especificidad, que un error genético en cualquier "gen" que codifica la función específica de las proteínas que realizan una actividad esencial en el sistema inmunológico pudiera terminar en una catástrofe y con ello quizá en un desenlace inesperado o fatal; es por ello que se hará énfasis de su función.

El sistema inmune adaptativo

Esta es la forma en la que el ser humano enfrenta una infección de cualquier tipo o una amenaza a su propia integridad a través de los mecanismos inmunológicos primitivos de la respuesta inmune natural (o innata). Si estos mecanismos son suficientes para lidiar con la amenaza, el organismo regresa a su condición basal y no habrá registro o memoria del evento. Si, por el contrario, la amenaza rebasa un umbral de progresión, intensidad o extensión, los mismos elementos de la respuesta natural inducen mecanismos adicionales para reforzar o amplificar la respuesta inmune.

El conjunto de estos mecanismos adicionales se conoce como respuesta inmune adquirida o adaptativa y, a diferencia de la natural que es un tanto genérica, esta será específica contra la amenaza de que se trate y determinará la generación de linfocitos T citotóxicos específicos y anticuerpos, ambos específicos, contra la amenaza que se presente.

Un elemento adicional de esta respuesta es que se desarrolla memoria de reconocimiento del agente que la induce, de forma tal que, ante una exposición previa al mismo elemento, la respuesta será más rápida e intensa y, por lo tanto, más efectiva. La respuesta inmune adaptativa no es algo independiente de la respuesta natural y por eso los elementos que intervienen en ella (células presentadoras de antígeno, linfocitos T CD4, CD8, linfocitos B, células plasmáticas, anticuerpos, sistema del complemento e interferón gamma) se encuentran íntimamente relacionados con los elementos de la respuesta inmune natural.

En la respuesta inmune innata, el macrófago activado por elementos extraños –en este caso el virus SARS-CoV-2– y la producción entre otras sustancias, está el interferón alfa, el cual activará a las células NK, y éstas a su vez producirán interferón gamma, que a su vez activará al macrófago. Por otro lado, cuando los elementos extraños son bacterias o células extrañas, el macrófago producirá otras interleucinas, como la interleucina 1 (IL-1), factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α); e interleucina 6 (IL-6), IL12, IL18, entre otras. Las interleucinas activarán también a los linfocitos, iniciando la cadena de eventos a distancia y la producción de anticuerpos y células citotóxicas específicas, que son las que caracterizan a la respuesta adaptativa.

Los componentes del sistema inmune se encuentran dispersos en todo el organismo y sus componentes circulan constantemente, de forma tal, que si bien la respuesta inmune adaptativa primaria se inicia en un sitio de ingreso, el sitio de ingreso del agente agresor al medio interior del individuo, después de un tiempo crítico de aproximadamente 2 a 3 semanas, la respuesta adaptativa secundaria podrá iniciar en cualquier sitio del organismo ante la presencia del mismo agente, aunque ingrese por otro sitio. Este concepto es importante para entender por qué la vacuna se aplica en un sitio (brazo) para proteger que un virus que ingresa posteriormente por otra vía; por ejemplo, vías respiratorias.

La respuesta inmune adaptativa es un proceso relativamente complejo y especializado en los humanos, para que esta respuesta sea efectiva es necesario que existan estos elementos: células presentadoras de antígenos, linfocitos T CD4, linfocitos CD8, linfocitos B, células plasmáticas, anticuerpos, sistema del complemento, interferón gamma. Pero que además existan en los lugares adecuados, la posibilidad de interacción física entre

las diferentes células y la producción en tiempo y cantidad adecuada de una serie de moléculas de corto alcance que determinarán la función de estas células inmunológicas.

Estas moléculas posibilitan y determinan el desarrollo de memoria y de los productos terminales de anticuerpos y células citotóxicas en cantidad y duración eficiente y adecuada. La respuesta lleva implícita un mecanismo efector inflamatorio que acompañará a la respuesta inmune, el desarrollo de mecanismos regulatorios que impidan la progresión innecesaria de la respuesta y en la medida de lo posible que eviten el daño colateral a la misma respuesta.

El inicio de la respuesta inmune adaptativa es un proceso que requiere de varias etapas. En un primer paso es necesario que el antígeno se incorpore al interior de la célula mediante la fagocitosis/endocitosis; en un segundo paso el antígeno deberá ser reconocido por receptores intracelulares ancestrales, que son particulares para cada tipo de antígeno y deberá ser procesado de acuerdo con su naturaleza para poder ser presentado en membrana a los linfocitos; esta presentación requiere de una interacción física y molecular adecuada con los linfocitos.

En el siguiente término, es donde los linfocitos efectores puedan reconocer al antígeno que se está presentando y que pueden interaccionar físicamente con la célula presentadora, debiendo activarse y, al hacerlo, proliferar, diferenciarse y ejecutar la función asignada que llevará finalmente a la producción de los anticuerpos y/o células citotóxicas específicas, los cuales, ya sea de forma individual o en conjunto, bloquearán la progresión del intento del agente agresor de modificar la identidad del individuo.

Al mismo tiempo, la respuesta inmune adaptativa generará una reacción inflamatoria; esta reacción dependerá de la producción de interleucinas proinflamatorias en el trascurso de estos eventos, por un lado, y por otro los anticuerpos, al momento de reaccionar por su célula blanco van a fijar al complemento, y esté a su vez va a reforzar esta reacción inflamatoria. ¿Qué tanta reacción inflamatoria habrá? Pues dependerá del número de células o de antígeno existente, de igual forma de la intensidad de la reacción y de la extensión de la invasión por un antígeno no propio.

Esta reacción inflamatoria deberá tener un límite, es decir deberá tener un mecanismo regulatorio, al mismo tiempo concomitante a la reacción positiva; y también esta reacción deberá terminar, y al terminar deberá quedar con memoria; entonces estos eventos también se llevan implícitos en la respuesta inmune adaptativa.

Existen tres mecanismos íntimos de procesamiento y presentación del agente agresor o antígeno, dependiendo de la naturaleza de este y de la forma en como ingrese al medio interior del individuo. Cuando se trata de un elemento extraño endógeno (que se forma en el interior de la célula), como es el caso de una proteína producida por el mensaje genético de un virus, esta se procesa y se presenta en la superficie celular a los linfocitos por medio del complejo mayor de histocompatibilidad clase I. Para ello la proteína viral es inicialmente fragmentada en péptidos de 8 a 15 aminoácidos en el interior de estas estructuras cilíndricas intracelulares denominadas proteosomas, que tienen actividad proteolítica.

Los fragmentos así producidos son transportados al interior del retículo endoplásmico rugoso mediante las proteínas transportadoras asociadas al procesamiento del antígeno o

"taps" y recortadas a un máximo de 10 aminoácidos; al mismo tiempo, el complejo mayor de histocompatibilidad clase I se sintetiza y se trasloca al interior del retículo endoplásmico, donde se le fijan proteínas chaperón que lo estabilizan y permitirá su desplazamiento hacia el extremo en donde están los péptidos de 10 aminoácidos, lo cual permitirá que éstos se fijen al extremo distal del complejo mayor de histocompatibilidad.

El complejo se libera de la proteína chaperón y pasa al aparato de Golgi, desde donde se desplazada a la membrana celular en una vesícula secretora, integrándose en la superficie para presentar el péptido a los linfocitos T CD8 circulantes que puedan reconocerlo, con excepción los glóbulos rojos y de las neuronas que no expresan al antígeno de histocompatibilidad clase I como en la membrana de cualquier célula somática del organismo infectada por un virus que puede llevar a cabo este mecanismo de procesamiento y presentación de antígeno.

Si bien son las células inmunitarias del sistema mononuclear fagocítico, esto significa monocitos y macrófagos, incluyendo todas sus variantes como células dendríticas, células de Langerhans, histiocitos fijos, microglía cerebral, celular de Kupffer hepáticas, etcétera, las que lo hacen de forma más eficiente dado que no sólo procesan el antígeno, sino que además producen interleucinas y que estimulan a los linfocitos receptores del antígeno procesado.

Una vez procesado el antígeno, éste se presenta a la membrana adosado al antígeno de histocompatibilidad de clase I y el proceso de presentación en este caso requiere del reconocimiento del antígeno por el receptor de los linfocito T CD8 y le dé la identidad del antígeno de histocompatibilidad por el mismo linfocito T CD8 y posteriormente la fijación del complejo mediante la unión del CD8 con la región constante alfa 3 del antígeno de histocompatibilidad clase I; como resultado de la interacción en el reconocimiento del antígeno se induce la activación y la proliferación de los linfocitos CD8, quienes circulan libremente por el organismo ahora como linfocitos T citotóxicos o células T asesinas, recordando que esta interacción se efectúa en cualquier parte del organismo ya que todas las células somáticas pueden generar este mecanismo de presentación a través del sistema de histocompatibilidad de clase I.

Las células CD8 que han proliferado, si no encuentran al antígeno que produjeron, la estimulación irá desapareciendo mediante apoptosis (muerte celular programada) y sólo quedará una fracción como células de memoria que se reactivaran ante una nueva presencia al mismo antígeno y, en caso de que éstas células encuentren a su célula blanco infectada con el virus expresado en la membrana, seguirán proliferando y seguirán atacando y se iniciará el proceso de citotoxicidad, similar al que nos referimos en el caso de las células NK.

Es importante detallar que el ganglio linfático es un órgano inmunitario secundario muy importante, porque en él confluyen tanto las células presentadoras de antígeno como las células B y célula T que reconoce el antígeno y se diferencie en una célula folicular cooperadora, y la célula B de esta interacción va a dar lugar a la producción de células plasmáticas, por lo que la respuesta adaptativa se va a dar a nivel del ganglio linfático.

Por otro lado, las células plasmáticas son las que van a producir a los anticuerpos; después de haber salido del ganglio a la sangre circulante se van a localizar en el bazo, médula

ósea constituyendo menos de 5% de las células linfoide que, de igual manera, se alojan en la submucosa del aparato respiratorio y digestivo y ahí van a producir anticuerpos. Las células plasmáticas son células que viven mucho tiempo (años) y este corresponde al tiempo que dura el nivel de un anticuerpo que están produciendo específicamente.

Como resultado final de la respuesta inmune adaptativa tendríamos, por un lado, a las células citotóxicas y los anticuerpos específicos en contra del antígeno que se trate (anticuerpo anti- SARS-CoV-2). En la respuesta adaptativa primaria los anticuerpos producidos por las células plasmáticas se elevan rápidamente durante las primeras dos semanas, en 14 días alcanzan su máximo; la inmunoglobulina (Ig) G alcanza un nivel más tardío. La primera que responde a la infección es la IgM (duración 10 días), seguido de la IgG (30 días) y después IgA (8 días), después regresa otra variante de la IgG y la duración de los niveles de anticuerpos que sean útiles, es decir neutralizantes, va a depender de cada antígeno en particular; desde luego va a medirse en meses como anticuerpos IgG e IgM para determinación de SARS-CoV-2. En lo que corresponde a la infección por SARS-CoV-2, por lo menos un año, se traduce a que las células plasmáticas están produciendo estos anticuerpos y van a durar como mínimo este tiempo. Si hay inmunización o ya tuvo la enfermedad y le ponen una primera inmunización, o incluso la segunda vacuna, el nivel de anticuerpos va a ser más alto y el nivel útil va a ser más duradero, probablemente dos años, situación que habrá que investigar de forma experimental, pues hasta ahora la enfermedad no tiene más de este tiempo. Por lo tanto, no sabes cuánto tiempo van a durar los anticuerpos como resultado de la infección, que sería una respuesta primaria o de infección más vacuna o vacuna más vacuna, pero seguramente será de más de un año.

Una vez elaborados los anticuerpos, ya sea como resultado final de la respuesta inmune adaptativa derivada de una infección o de una inmunización con el virus, nos preguntaríamos ¿Cómo estos anticuerpos nos van ayudar a luchar en contra del virus? ¿Y del intento por modificar la identidad de nuestro organismo? Por lo menos existen cuatro mecanismos y el primero sería la simple neutralización o bloqueo del virus para que éste no pueda reaccionar con el receptor de la célula humana y, por lo tanto, no pueda interiorizarse en la célula humana.

La mayor parte de las vacunas que se están empleando usan la espiga que tiene el dominio relevante para unirse al receptor de Enzima Convertidora de Angiotensina 2 (ACE2), por lo que la mayor parte de las vacunas van a estar induciendo la formación de anticuerpos neutralizantes. Pero algunas vacunas usan todo el virus; esas vacunas van a inducir la producción de anticuerpos, tanto neutralizantes como no neutralizantes, es decir, que estén dirigidos en contra de otras partes del virus, inclusive internas que no son relevantes para efectos de la entrada a la célula, sin embargo, pueden ser relevantes para efectos de bloquear la reproducción viral dentro de la célula o para también van a ir dentro de ellos algunos efectos neutralizantes.

Un dato importante respecto a los anticuerpos monoclonales es que no pertenecen a este grupo de anticuerpos, pues estos son inducidos como resultado de la infección o de la inmunización, aunque pudieran ser si las inmunizaciones con un simple epítope, lo cual no es porque está usando toda la espiga, esos anticuerpos lo único que hacen es prevenir

la progresión de la enfermedad. En los anticuerpos monoclonales sólo se está empleando o seleccionando la clona que responde contra una parte relevante de la espiga que tiene que ver con su unión al receptor ACE2. Hablando de los anticuerpos que se inducen como resultado de la infección o por el uso de la vacuna, también son para prevenir, pero son anticuerpos en general policlonales; aunque sean contra pocos determinantes antigénicos son varias especificidades de los anticuerpos.

Es importante conocer que algunas variantes que se han estado generando como consecuencia del empleo del mismo antígeno en todas las vacunas es que ha habido selección de virus que no han sido bloqueados tan eficientemente por los anticuerpos, es decir el anticuerpo ya no neutraliza tanto como si fuera la espiga original porque ha variado, entonces el anticuerpo ya no se une tan bien como al virus original y por lo tanto ya no previenen la infección.

Afortunadamente con algunas vacunas no se ha dado este fenómeno de la disminución de la eficiencia, pero con otras sí. Otro mecanismo por medio del cual los anticuerpos nos ayudan, además de la prevención para el control de la enfermedad, son la fagocitosis dependientes de anticuerpos, las células infectadas exponen o exhiben en la membrana antígenos virales como parte de la evolución del virus dentro de la célula y su replicación, los anticuerpos reconocen esos antígenos uniéndose a la membrana por el lado (Fab'2) (porque son 2 extremos) y dejan expuesto el extremo de Fracción cristalizable (Fc); a su vez, los macrófagos tienen receptores para Fc del tal manera que se unen al receptor de Fc y con eso se ancla la célula, siendo más fácil la fagocitosis de la célula infectada.

Pero no solamente van a fagocitarse a la célula infectada o a detritus celulares o células en vías de necrosis o apoptótica, sino que al llevar el antígeno también al interior de la célula van a volver a procesarlos y a presentarlos a las células inmunes nuevamente, y van a amplificar la respuesta. Estos mismos anticuerpos se unen a los antígenos de membrana y también van a facilitar la citotoxicidad celular en el tercer mecanismo.

Recordemos que los siguientes son mecanismos generados como resultado de la respuesta inmune:

- 1. Las células NK sin la necesidad de anticuerpos.
- 2. Las células CD8 como resultado de la presentación de antígenos virales a través del complejo mayor de histocompatibilidad clase I.
- 3. La citotoxicidad por células CD4 por antígenos presentados por vía del antígeno de histocompatibilidad clase II; en donde tanto las células CD8 y las células NK tienen también receptores Fc que les ayuda a unirse a estas células y activar a la célula enferma y a lisarse a través inyección de perforinas, granzimas, etcétera, induciendo la apoptosis de esta célula.
- 4. La activación del sistema de complemento a través de la fijación del componente C1q a por antígenos de membrana virales expresado en la membrana de la célula enferma.

Estos mecanismos inician una serie de activación de varios factores del complemento, que terminan en una formación de poros, como una dona enclavada en la membrana

que va a producir la lisis osmótica de la célula. Es importante no perder la esencia de que el complemento es el brazo inflamatorio de la respuesta inmune porque, como hemos mencionado, la mayor parte de la inflamación derivada de las reacciones antígeno-anticuerpos o de todas estas reacciones, tanto la citotoxicidad como los anticuerpos, es producida a través de la activación de complemento y de factores quimiotácticos que van a aumentar la permeabilidad vascular, entre otros mecanismos.

Estos son los mecanismos con los cuales se lucha contra una enfermedad ya establecida, tratando de prevenir el inicio y la progresión de la misma. Durante los primeros días de la infección debemos recordar que administrar un anticuerpo que tiene que ver con la inmunoterapia pasiva como la aplicación de plasma de enfermos convalecientes o de anticuerpo ya formado a pacientes graves después de dos semanas, ya no serán de utilidad, pues ya no hay virus en la circulación o tiene concentraciones muy bajas, y los anticuerpos, usando este mecanismo, se van a utilizar para evitar la progresión de la enfermedad, pero si ya no hay virus en el ambiente se puede hacer la pregunta ¿entonces qué van a progresar, si con lo que se está lidiando ya es con la destrucción celular y con el fenómeno inflamatorio derivado de toda esa respuesta inflamatoria? Los anticuerpos administrados pasivamente ya no van a ser de importancia. Quizá vayan a facilitar la fagocitosis, pero van a complicar la situación pues van a aumentar la citotoxicidad, van a liberar más detritus celulares y como consecuencia se incrementará la inflamación.

Como resultado global de los mecanismos efectores de la respuesta inmune, tanto innata como adaptativa de la infección por SARS-CoV-2, se produce una destrucción celular extensa que, sumada a la causada inicialmente por el virus, determina un estado catabólico hipóxico de inflamación sistémica aguda de intensidad variable, cuya importancia remplaza a la de infección viral primaria. Se ha escuchado a médicos decir: "La infección por Covid-19 ya la superó, pero ahora el problema es la inflamación derivada del daño que produjo el virus"; es decir, el paciente superó el virus, pero no ha superado la inflamación que éste determinó.

De hecho, la mayor parte de los pacientes que fallecen por COVID-19 lo hacen después de la segunda semana de evolución, como resultado de la inflamación sistémica que incluye hipoxia por involucro pulmonar grave y las alteraciones de la coagulación, cuando ya la concentración viral es muy baja. De darse una evolución satisfactoria a la inflamación, el estado inflamatorio agudo evoluciona hacia una etapa de reparación tisular, cicatrización y recuperación funcional de los tejidos determinando las secuelas y el estado final de salud del individuo. De la misma manera, después de la lesión inicial existe inflamación de intensidad variable con alteración homeostásica, entre ellas las alteraciones en la coagulación, alteraciones metabólicas y multisistémicas con repercusión de todo tipo, ahora conocido como síndrome post-covid, entre otras consecuencias es el estado de cicatrización, fibrosis como intento de modulación y reparación de los tejidos.

En resumen, el sistema inmunitario, constituido tanto por el sistema inmune innato como por el adaptativo, es el ejemplo clásico de un sistema adaptativo complejo; y en este tipo de sistemas no se puede predecir el comportamiento de todo él con exactitud basándose en el comportamiento, propiedades o características de cada uno de los componentes,

debido a que los sistemas son complejos y tienen muchos elementos que interactúan, impulsando en algún momento a que todo el sistema se comporte de forma variable.

Existen modelos para explicar este tipo de sistemas, en un marco de referencia donde el sistema se alimenta de información externa, ya sea en forma de materia o energía (epigenética), y para ello existen detectores para interpretar estos elementos, con reglas de operación del sistema interno, que sería la manera de cómo funciona el sistema inmunitario y tienen efectores, así como una respuesta que varía notoriamente, dependiendo de la cantidad de factores. Es importante mencionar que esto guarda una estrecha relación con la obesidad, tabaquismo, sedentarismo, en enfermedades crónicas degenerativas entre otras.

Estos efectores van a tener una interacción sobre el medio ambiente, pero también van a tener una interacción con una retroalimentación al mismo sistema. Esta retroalimentación puede ser tanto positiva como negativa; será positiva en la medida en que estos mismos elementos sigan actuando, entonces la respuesta o la función del sistema va a amplificarse en varios estadios de la respuesta. La retroalimentación negativa es porque el sistema no puede seguirse amplificando eternamente y no sería efectivo, además que existe limitación energética de espacio, sustancias químicas etcétera. Esta retroalimentación negativa es la que conocemos como una regulación dinámica del sistema inmune.

Ante cada uno de los elementos que hemos descrito, la evolución ha originado también elementos que van a balancear o regular estas actividades para que no continúen actuando en detrimento del resto del organismo. El sistema inmune no tiene conciencia de sí mismo y continuará actuando, amplificándose en la medida en que existan esos elementos que están alimentando al sistema operativo.

Si esos elementos, como son la inflamación, la infección viral o la destrucción celular siguen estimulando, la respuesta se va a amplificar en parte o a regular, y debe estar balanceado; sin embargo, cuando existe demasiada destrucción celular o demasiada carga viral, este equilibrio se romperá e irá en detrimento del individuo. Al comprender de forma general la función del sistema inmunológico, podemos concluir lo siguiente:

El sistema inmune es inconsciente y su objetivo principal no es mantener con vida al individuo sino mantenerlo íntegro, que son dos cosas completamente diferentes.

Bibliografía

- 1. DiNardo AR, Netea MG, Musher DM. Post-infectious epigenetic immune modifications: a double-edged sword. N Engl J Med. 2021; 384 (3): 261.
- Escobar LE, Molina-Cruz A, Barillas-Mury C. BCG vaccine protection against severe coronavirus disease 2019 (COVID-19). Proc Natl Acad Sci US A. 2020; 117 (30): 17720.
- 3. Covián C, Retamal-Díaz A, Bueno SM, Kalergis AM. Could BCG vaccine induce protection-trained immunity against SARS-CoV-2? Front Immunol. 2020; 11: 970.
- Abul K. Abbas & Andrew H. Lichtman & Shiv Pillai. Inmunología celular y molecular. 9° de. Ed. ELSEVIER, 2018. Pág. 576.
- Tanriover MD, Doğanay HL, Akova M, et al. Efficacy and safety of an inactivated whole-virion SARS-CoV-2 vaccine (CoronaVac): interim results of a double-blind, randomised, placebocontrolled, phase 3 trial in Turkey. Lancet 2021; 398:213.

- Graepel KW, Kochhar S, Clayton EW, Edwards KE. Balancing Expediency and Scientific Rigor in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Vaccine Development. J Infect Dis 2020; 222:180.
- 7. Modjarrad K, Roberts CC, Mills KT, et al. Safety and immunogenicity of an anti-Middle East respiratory syndrome coronavirus DNA vaccine: a phase 1, open-label, single-arm, dose-escalation trial. Lancet Infect Dis 2019; 19:1013.
- 8. Lin JT, Zhang JS, Su N, et al. Safety and immunogenicity from a phase I trial of inactivated severe acute respiratory syndrome coronavirus vaccine. Antivir Ther 2007; 12:1107.
- 9. Mantovani A, Netea MG. Trained Innate Immunity, Epigenetics, and Covid-19. N Engl J Med 2020; 383:1078.
- 10. Divangahi M, Aaby P, Khader SA, et al. Trained immunity, tolerance, priming and differentiation: distinct immunological processes. Nat Immunol 2021; 22:2.
- 11. Thaiss CA, Zmora N, Levy M, Elinav E. The microbiome and innate immunity. Nature 2016; 535:65.



Formación de educadores en salud

Cómo mantener vigentes las competencias clínicas

Dra. Dra. Emma Zamora Espinosa, Dr. Miguel Ángel Serrano Berrones, Dr. José Francisco González Martínez

EN MÉXICO Y AMÉRICA LATINA existe la atención primeria a la salud (APS) como forma sustancial de generar políticas en salud, dirigidas al primer contacto en medicina. En México, desde la década de los ochenta, la APS se ha señalado y descrito como fundamental en el Plan Nacional de Salud sexenal; sin embargo, es obvio que existen problemas y circunstancias que deben ser analizadas para que esta sea una realidad, como sucede en el mundo desarrollado.

La atención a la salud en el 2° y 3° nivel consume entre 70% a 80% del presupuesto dirigido a salud, atendiendo sólo a 30% de la población, mientras que el primer contacto brindado por la APS invierte entre 20% l 30 % del gasto en salud, pero atiende a 70% de la población solicitante de servicios médicos. Este hecho se convierte en una situación paradójica y debería ser inversamente proporcional.

Al explorar los hechos encontramos que:

- Los médicos desean hacer especialidad.
- La mayoría aspira a trabajar y vivir en ciudades cosmopolita.
- La APS no es una especialidad.
- El médico general debe fortalecer sus competencias clínicas.
- El desarrollo profesional continuo (DPC) en salud debe de ser una premisa para mantener sus competencias profesionales vigentes.
- El DPC se debe transformar en una capacitación formal, con duración de 1 a 2 años, en forma de especialidad o diplomado.
- La programación debe estar basada en la clínica y manejar las 20 enfermedades más frecuentes que afectan al mexicano.
- Capacitación en el ámbito geriátrico y de enfermedades crónicas no contagiosas.
- Debe manejar preferentemente el diagnóstico temprano en cáncer, en sus diversas expresiones.
- Desarrollar expertos en prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Formar educadores en salud; por ejemplo, como los educadores en diabetes, cuya tarea sustancial será educar al enfermo, familia y sociedad.
- Programación de un diplomado en formaciones de educadores en salud, que incluya la comunicación en sus diferentes contextos, así como la generación de un modelo de educación por competencias dirigido a la población.

- Generar un nuevo equipo en APS, donde el coordinador sea el médico de primer contacto, en colaboración estrecha con la enfermera, nutrióloga, psicólogas; y agregar en este equipo al educador en salud. El especialista en medicina interna, cardiólogo y endocrinólogo, deben mantener un papel de apoyo y asesoría en colaboración cercana.
- Los 2° y 3° niveles de atención médica quedan incluidos en el nuevo equipo de APS.
- Denominamos a esta estrategia "intervencionismo educativo" y proponemos que la génesis de este desarrollo educativo se lleve a cabo en instituciones hospitalarias, fortaleciendo teoría y práctica.

El intervencionismo en investigación deberá generar esta estrategia, y las líneas para conocer resultados, tanto en clínica, epidemiología e investigación educativa, para ajustar a las necesidades que nos evidencie esta exploración.

Es una necesidad primordial para toda la población el acceso efectivo a la salud y al contar con un sistema de salud basado en la atención primaria de la salud se debe sumar entre sus pilares, una sólida estructura y funciones, con la capacidad de enaltecer los valores de equidad, solidaridad social y el derecho del ser humano a gozar del mayor grado de salud que se pueda conseguir, de manera independiente a la raza, religión, ideología política, situación económica o social de la persona. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder de forma equitativa, eficaz y de forma eficiente a las necesidades de salud de la población, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la mejora continua, así como con la responsabilidad y el compromiso de mantener una sustentabilidad y participación ciudadana, con aplicación de normas con los mejores estándares de calidad y seguridad.

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la población y tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud, bienestar, así como velar que su distribución sea de forma equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la comunidad, tan pronto como sea posible, a lo largo del proceso continuo, que va desde la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades hasta el tratamiento y la rehabilitación, sin olvidar los cuidados paliativos; y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

Resulta de gran interés que la APS sea considerada parte importante del sistema de salud y que permita cumplir con los compromisos de salud para todos. En América, la declaración de Alma-Ata significó un avance fundamental para la trasformación de los sistemas de salud y la búsqueda del desarrollo de servicios de salud más integrales y equitativos, sin olvidar el componente importante de la calidad.

La APS es el enfoque más inclusivo, equitativo, costo-eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social. Cada vez son mayores los ejemplos y experiencias alrededor del mundo del amplio efecto que tiene invertir en la APS, particularmente en tiempos de crisis como los que vivimos a consecuencia de la actual pandemia de Covid-19.

El bienestar de la población depende en buena medida de su estado de salud, la cual es también un elemento fundamental para el desarrollo económico de cualquier país.

Contar con una población saludable y que exprese el desarrollo de sus capacidades y potencialidades puede lograr el posicionamiento competitivo en el contexto de la globalización en sus diferentes apartados.

Es evidente que la transición epidemiológica del país está determinada principalmente por cambios en la esperanza de vida, la fecundidad, la morbilidad y la mortalidad. La transición demográfica en el país, es una realidad a la que nos enfrentamos, con la consecuente reestructuración de la población, lo cual propicia cambios que deben ser asumidos de fondo, puesto que las repercusiones en el sistema de salud ya están presentes y la demanda de atención médica, nivel de vida y productividad han generado un verdadero cambio en la pirámide poblacional.

Es clara la disminución de la población infantil, el incremento de personas en edad productiva y el incremento en el número de adultos mayores. Por otra parte, la transición epidemiológica se expresa en la prevalencia de enfermedades no transmisibles como principal factor de morbilidad y mortalidad en México.

Sabemos que los desafíos de la educación médica del siglo XXI son el desarrollo científico y tecnológico, las condiciones del ejercicio profesional médico, las expectativas de los pacientes y la situación de la salud en la población en general, por lo que es una necesidad estar preparado para el cambio.

En abril de 2019, se celebró en la Ciudad de México la reunión de lanzamiento y presentación del informe de la Comisión de Alto Nivel Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, en el marco de la estrategia de salud universal, aprobada por la Organización Panamericana de la Salud en 2014 y del 40° aniversario de la Declaración de Alma-Ata.

En esta oportunidad se realizó un llamado a todos los países para hacer que la APS sea el eje de los sistemas de salud y acelerar así el camino hacia la salud Universal y cumplir el logro de los objetivos de desarrollo sostenible 2030 (ODS).

Las cuatro estrategias para dar cumplimiento al acceso universal tienen que ver con:

- La ampliación del acceso equitativo a servicios de salud integrales e integrados de calidad y centrados en las personas, las familias y las comunidades.
- El fortalecimiento de la rectoría y gobernanza de los sistemas de salud, mediante procesos de diálogo y participación social y se desarrollen políticas planes y marcos jurídicos y regulatorios que den cuenta del derecho a la salud, equidad, solidaridad en salud y bienestar para todas las personas.
- El aumento y la mejora del financiamiento con equidad y eficiencia, así como el avance hacia la eliminación del pago directo, que constituye una barrera para acceder a la prestación de servicios.
- El fortalecimiento de la coordinación y de la acción intersectorial para promover políticas públicas que incidan en las barreras de acceso y en los determinantes de la salud.

La disponibilidad de recursos humanos adecuados, con las competencias para dar cumplimiento, requiere fundamentalmente de la capacitación formal de los recursos en los diferentes niveles de atención.

La sensibilización que se pueda otorgar desde los niveles básicos de enseñanza, en las diferentes escuelas y universidades, resulta esencial para llegar a concretar una cultura de servicio. No hace mucho tiempo los programas de educación superior carecían de la inclusión de programas de formación, que consideraran las cualidades y habilidades personales esenciales para implementar de manera eficaz y eficiente programas de salud basados en APS.

Está claro que la percepción de experiencias previas influye en la concientización del personal en APS a través de la percepción de su entorno en la comunidad con sus ideas, creencias y conceptos particulares.

En los distintos ambientes geográficos y culturales se debe contar con la capacidad para solventar problemas que surgen a través de la aplicación de procesos teóricos y su aplicación a lo práctico, con una apertura para identificar y resolver problemas como parte de una estrategia de conocimiento.

El pacto 30·30·30 para la salud universal es un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos encaminado a que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de salud, sin tener dificultades financieras, contemplando aumentar y optimiza el financiamiento público de manera sostenible para ampliar el acceso y reducir inequidades significa incrementar el gasto público.

Finalmente, se hace un llamado a expandir y fortalecer un primer nivel de atención altamente resolutivo, que esté completamente integrado en redes de salud perfectamente organizadas, dedicando y canalizando los recursos necesarios para ello. Las redes de salud deben contar con capacidad para la prestación de servicios integrales de calidad y reconocer a la educación y a la investigación como prioritarias, al igual que la atención médica, con lo cual generaremos políticas nacionales de atención a la calidad educativa, de fomento y desarrollo de la investigación traslaciones, que es aquella medicina que se ve favorecida en la aplicación clínica de los nuevos conocimientos.

Conclusiones:

- El nuevo modelo de APS debe convertirse en una especialidad o diplomado para una capacitación formal.
- Debe incorporar al educador en salud como figura del equipo.
- Desarrollar capacitación permanente, dirigida a la sociedad, para una toma de decisiones adecuada.
- Establecer la educación médica y la investigación clínica, educativa y traslacional, como base para mejorar la calidad de la atención a la salud.
- Fomentar la interacción de las instituciones educativas con las de atención médica.
- Es necesario generar un nuevo proyecto de APS que incluya las aportaciones del presente escrito.

Bibliografía

- Moreno L, Güemez C. Factores de riesgo en la comunidad. Elementos para el estudio de la salud colectiva. Rev. Fac. Med. UNAM 2013.
- Modelo Educativo para las instituciones de salud. Fundamentado en la innovación y en competencias. Modelo Educativo. González-Martínez JF, Serrano-Berrones MA. México, 2015.
- Organización Panamericana de la Salud. "Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata". Informe de la Comisión de Alto Nivel. Edición revisada. Washington, D.C.: OPS; 2019.
- 4. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Pacto 30·30·30 para la Salud Universal. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2019.





Aprendizajes con la pandemia Covid-19: adaptación y resiliencia

Dr. Joaquín J. López Bárcena

SABER SER, uno de los pilares del aprendizaje,¹ tiene implicaciones propias en el caso de nosotros los médicos. Es un componente relevante de una de las competencias profesionales: el profesionalismo; conjunto de deberes, principios y valores que se deben alcanzar en el proceso de formación, demostrables durante el ejercicio profesional.² Con la aparición del SARS CoV-2 y su rápida diseminación hasta el nivel de pandemia, con una gran fuerza tanto en su capacidad de contagio como en la gravedad de las afectaciones a la salud humana, aunado a una enorme impotencia para combatirlo, así como el desconcierto y la incertidumbre, se puso a prueba dicha competencia profesional.

Esta pandemia viral nos tomó desprevenidos; y aunque nadie tenía experiencia, todos opinábamos. En el mejor de los casos, esperábamos que fuera algo pasajero y de estancia breve, basados más en un buen deseo que en un fundamento científico. Por supuesto, no funcionó y después de 18 meses aún seguimos en pandemia y con restricciones relevantes. Y sin embargo, hemos aprendido.

En el proceso de nuestra formación como médicos aprendimos mucho sobre diversos temas, incluyendo qué hacer en caso de infecciones epidémicas, pero sin plena conciencia de la influencia que pueden llegar a tener los intereses políticos y las limitaciones económicas en las acciones que se tienen que aplicar y con los recursos específicos que se requieren. Afortunadamente, también aprendimos que, para ejercer la profesión, no se necesita poseer todo el conocimiento de todos los problemas de salud, sino saber tomar decisiones con base en lo que contamos, apoyándonos en la capacidad de adaptación, la resiliencia, y en el profesionalismo.

En este espacio hablaremos de lo que hemos aprendido en algunos aspectos del proceder médico, pero también de otros relacionados, como el de la educación médica, tanto en la formación como en la educación continua y otros más, como en las actividades sociales, y lo que implica la propia dinámica de la convivencia familiar, ya que los médicos también participamos como componentes de grupos sociales, tenemos actividades recreativas y somos parte de una familia con la que compartimos la habitación y los alimentos.

Aprendizajes sobre la atención médica

El proceso de la atención médica tiene implícita la participación interprofesional de diversos trabajadores de la salud; y aunque aquí se hace mención de los médicos, por

congruencia con los otros capítulos de la obra, los daños ocurridos, también las acciones implantadas, las consecuencias y los aprendizajes, son extensivos a otros profesionales con los que interactuamos, como son la enfermería, química, psicología, trabajo social, odontología, intendencia y servicios generales, entre otros, los cuales también tienen contacto directo con los pacientes contagiados por el virus.

Ante la falta de previsión, mientras se intentaba detener la diseminación con un confinamiento estricto y acciones de protección individual, las unidades de atención médica se reorganizaron, pues había que separar a los pacientes con el virus, de otros con diversas enfermedades, así como destinar personal diferente para atender simultáneamente a ambos grupos por separado y, además, reducir la participación de los profesionales considerados vulnerables, ya fuera por la edad o por enfermedades crónicas.

Parecía algo casi imposible, pero se logró la reconversión. No sólo eso, también aprendimos cómo deshacerla y cómo volver a instalarla, tomando en cuenta las recientes exacerbaciones del número de contagios y hospitalizaciones, coincidentes con la relajación de las medidas de protección y la aparición de nuevas variantes del virus. Sin embargo, no bastaba la organización, sino también se requería de manera indispensable el equipo de protección individual y el equipo tecnológico para atender a los pacientes graves. Había que diseñar protocolos de manejo para unificar criterios, evitar confusiones y aprovechar los recursos disponibles de la manera más eficiente. Estos protocolos requerían acciones que iban desde la recepción del paciente, valoración inicial, designación de área de atención, procedimientos de manejo en cada una de ellas, atención a familiares, así como la información permanente a las autoridades locales y a las nacionales.^{3, 4}

El profesionalismo del personal de salud ha quedado manifiesto y se ha hecho merecedor de un gran reconocimiento. Se incorporaron a sus tareas de atención con un ánimo amplificado de servicio; un buen número de ellos se capacitaron rápidamente en el manejo de pacientes con alto riesgo de transmisión del virus y con alto estado de gravedad, en medio de las dificultades administrativas para satisfacer la necesidad de equipos, permaneciendo con dichos equipos durante largas jornadas laborales, bajo condiciones de presión y estrés significativos, mostrando su capacidad de adaptación.

Tal vez esto hubiera sido suficiente ante una situación crítica de corta duración, pero ante la falta de acciones de prevención más eficaces –es decir, de una vacuna eficiente–, así como de tratamiento farmacológico resolutivo, era claro que esta pandemia denominada Covid-19 continuaría durante varios meses, en el mejor de los casos, y con un comportamiento impredecible. Ha sido preocupante la prolongación del estrés, la ansiedad, la frustración y el permanente temor de adquirir la enfermedad y, peor aún, de llevarla al hogar. Presenciar cómo enfermaban los compañeros de trabajo, se agravaban y fallecían, estuvo aunado a prolongados turnos de trabajo y a las dificultades para obtener los recursos necesarios, afectando una mejor adaptación y produciendo graves estragos en el estado físico y mental de numerosos trabajadores de la salud.

Aprendimos que la responsabilidad profesional, distorsionada y mal comprendida, llevada a calificativos preocupantes como los de "mártires", "héroes", "sacrificados", podía ser contraproducente en los resultados. Debe preverse el deterioro porque, además del

daño directo, favorece que se cometan errores en el proceso de la atención médica. En lugar de exigirle un excesivo rendimiento laboral, incrementar el riesgo de daño y de no invertir lo suficiente en equipo, debería ser el personal más cuidado y protegido.

Aprendimos que, para cuidar el bienestar y la resiliencia de los trabajadores del área de la salud, hay factores del entorno laboral que se deben considerar de manera relevante por los directivos de las unidades de atención. Entre estos factores destacan el soporte emocional, los lineamientos para la disponibilidad y uso de los equipos de protección personal, las políticas de reasignación de tareas en áreas específicas de atención de enfermos por Covid-19, reorganización de los recursos disponibles y la adquisición de los necesarios, redistribuyendo los horarios laborales, así como la capacitación en seguridad física y mental.⁵

La información es un aspecto de alta relevancia. Con la intención de organizarla, en forma arbitraria la podemos categorizar en tres canales: la científica, la oficial y la popular. De ellas tres hemos tenido de todo y en abundancia.

La cantidad de publicaciones científicas sobre la pandemia ha sido muy notoria, con un incremento progresivo conforme al tiempo transcurrido. Así, hemos recibido información sobre el origen y características del virus causal, la epidemiología de la contaminación, las acciones de prevención, la fisiopatología de la infección, la terapéutica intrahospitalaria, el manejo ambulatorio, la vacunación, las repercusiones en el personal de salud, las secuelas en los pacientes, tanto en los graves que sobreviven como en aquellos que sólo requirieron manejo ambulatorio. Según el sitio de publicación varía el número, como es de esperarse. Las publicaciones en red abierta pueden ser decenas de miles, mientras que las revistas con un comité editorial y de alta demanda tienen la limitación del tiempo de la revisión y el espacio de edición, puesto que los estudios de investigación experimental requieren tiempo para obtener resultados válidos y confiables ya que requieren muestras de poblaciones de estudio que sean representativas para el objetivo de la investigación. Esto complica la oportunidad de los resultados de estudios terapéuticos con rigor científico confiable.

Aprendimos cómo identificar a los pacientes sintomáticos, tanto por sus manifestaciones clínicas como con las pruebas serológicas, sin embargo la angustia y la desesperación en ocasiones orillaron a tomar decisiones precipitadas y sin el suficiente fundamento; así ha pasado con el tratamiento, tanto de pacientes hospitalizados como de los ambulatorios. Casi todas las decisiones se han basado en resultados muy controvertibles o bien en otros prácticamente anecdóticos. Conforme ha aumentado el número de pacientes, sujetos de estudio, y se ha logrado concluir los estudios respectivos, apareciendo ya incluso meta análisis, se ha podido confirmar la utilidad o futilidad de los diferentes fármacos empleados, aun cuando algunos de ellos habían sido impulsados por líderes políticos. 6,7,8

La información oficial y la que obtenemos de las redes sociales, en general deja muchas dudas sobre la veracidad y, por tanto, sobre la confiabilidad. Esto ha sido un verdadero problema, porque es la información a la que tiene más acceso la población.

Como médico, representa un desafío mediar una contienda entre lo científico y lo popular, en un entorno de angustia, exigencia, incertidumbre y pocos resultados válidos y confiables.⁹

Considerando los numerosos reportes sobre terapéutica farmacológica dirigida al COVID-19, los resultados obtenidos pueden cambiar conforme se incremente la experiencia o se detecten variaciones significativas relacionadas con la duración del tratamiento. Ratificamos el aprendizaje de que es necesario revisar continuamente la literatura al respecto, sobre todo las publicaciones que, mediante el trabajo continuo de un grupo de expertos, mantienen un seguimiento longitudinal de las evidencias sobre la terapéutica de esta enfermedad.¹⁰

De nuevo entra en juego el profesionalismo, tanto al asumir la responsabilidad de mantenerse bien informado a través de la educación médica continua, sobre un problema del que aún no se tiene suficiente información, como al tomar decisiones éticas y bien fundamentadas, que en ocasiones pueden generar conflictos personales con los pacientes e incluso de tipo legal. El aprendizaje en esto diríamos que es la confirmación de lo ya aprendido. Mantener la firmeza que da la convicción sustentada en principios y valores, en la razón del método científico y la medicina basada en la evidencia, ha permitido decidir conductas y procedimientos limitados, pero basados en la ciencia y no en la creencia.

Una de las decisiones que requiere un debate es el caso de la vacunación. Aceptamos la aplicación cuando todavía no se tenían concluidas las etapas del proceso de validación, y hubo advertencias al respecto por parte de algunos científicos, manifestándose con mayor ahínco el movimiento anti vacunas. Empero, reconociendo la flexibilidad generada por la ansiedad colectiva y el apremio de la reactivación económica, concedimos la aplicación de diversos tipos y patentes de vacunas, aún en proceso de investigación. El resultado de la evolución y de los estudios epidemiológicos e inmunológicos son los que permitirán contar con la información válida para emitir los juicios en el futuro. 11, 12

También hemos aprendido sobre el tratamiento. Al inicio, como debe ser, se aplicó el conocimiento previo y la experiencia, considerando que había muchas similitudes con el daño que produce el virus de la Influenza AH1N1 y, como tal, se indicaba el tratamiento para neumonía viral. Sin embargo, como lo fueron demostrando los estudios de necropsias, el daño pulmonar era el resultado de una descarga de citocinas y coagulación intravascular. Esto obligaba a cambiar la terapéutica, rediseñar los protocolos y modificar la terapia ventilatoria. Hasta la fecha no se cuenta con un tratamiento farmacológico antiviral eficiente como para adoptarse en el protocolo terapéutico, pero seguimos con lo que ofrece resultados parciales.

Hemos aprendido la utilidad de la posición prona en la terapia ventilatoria y la valiosa intervención oportuna para frenar el proceso inflamatorio y la coagulación intravascular.

Hemos verificado la utilidad de la vacunación y esperamos en corto tiempo contar con un tratamiento ambulatorio. Todavía nos encontramos en proceso del aprendizaje de las secuelas del Covid-19, ya que afecta a diversos órganos.

Se reforzó la utilidad de la telemedicina y, con una capacitación breve y fácil tanto para los médicos como para los pacientes, se ha empleado la tele consulta como un recurso, de tal eficiencia que, lo más probable, es que se seguirá utilizando como complementaria, una vez que se regrese a las actividades presenciales, junto con los recursos de la telesalud, mediante aplicaciones móviles que permitan el seguimiento remoto de algunas funciones

orgánicas y faciliten la transmisión de información y horario de toma de medicamentos, entre otras acciones.

En general, la principal capitalización de la experiencia que hemos vivido con esta pandemia de Covid-19, sería el desarrollo de un plan nacional y programas locales para contender con este tipo de desastres. Se ha demostrado, por ejemplo, que es preferible acondicionar áreas en los hospitales que permitan expandir los servicios de atención a pacientes graves, utilizando los recursos del propio hospital, en lugar de improvisar hospitales de campaña que carecerían de laboratorios, bancos de sangre o área de imágenes, entre otros. Asimismo, será necesario tener previsto un programa que permita incrementar la capacidad de recepción de pacientes, mediante el diferimiento de consultas e intervenciones electivas, así como la redistribución del personal de salud, generando materiales que faciliten un proceso de capacitación rápido y efectivo del personal de salud que se requerirá incorporar, tanto como como prever y, en su caso, atender con oportunidad, afectaciones a la salud mental en dicho personal. Esta planeación deberá incluir el manejo de las demás enfermedades, sobre todo las crónicas, para que no se altere la continuidad de los estudios y de los tratamientos.¹³

Aprendizajes sobre el proceso educativo

Sobre los aprendizajes relacionados con el proceso educativo en medicina, es conveniente precisar dónde nos encontrábamos antes del inicio de la pandemia, porque después de pasar varias décadas sin cambios significativos en la educación médica, en las últimas dos del pasado siglo se dieron varios cambios significativos en forma progresiva.

Al finalizar el siglo XX ocurrieron los primeros cambios innovadores al comprender la necesidad de hacerlos; entre ellos, identificar al alumno como el eje del proceso educativo, cambiar el protagonismo del profesor por una actitud de facilitador y fortalecer el aprendizaje significativo y auto regulado, junto con el trabajo colaborativo entre los alumnos.

En los primeros años del presente siglo se inició el proceso educativo basado en competencias, para sustituir al basado en objetivos y antes de 2010 se incorporó la simulación clínica¹⁴ desde etapas tempranas de la carrera de medicina, creándose centros de adiestramiento en las instituciones educativas, con la intención de reforzar el aprendizaje de la clínica.

En los años subsecuentes, la innovación la estableció la tecnología de la información y la comunicación (TIC), con la incorporación de plataformas digitales, la telemedicina, y las aplicaciones que facilitaron la comprensión estructural y funcional de los órganos con la tecnología 3D, de herramientas digitales para ensayar diferentes procedimientos diagnósticos, así como mecanismos de evaluación y los videos educativos, entre otros recursos de la informática biomédica.

Se iniciaban ya las experiencias con la realidad aumentada, la realidad virtual y la mixta, ¹⁵ cuando se calificó como pandemia Covid-19 a la enfermedad iniciada en China y diseminada a Europa, por las siglas del coronavirus causal y su inicio en los últimos meses del año 2019. Con esta declaración se inició el confinamiento y, por supuesto, el cierre de las instituciones educativas. El relato de esta secuencia de cambios ayuda a comprender la reorganización que exigía el trabajo educativo a distancia.

Con cada cambio, ya fuera en el diseño curricular o bien en la metodología educativa o en los instrumentos de evaluación, había que llevar a cabo acciones de capacitación al profesorado, mediante un proceso lento y con enormes resistencias por parte de los docentes, pero con avances constantes.

Se transitó por las adecuaciones curriculares y la incorporación de estrategias educativas que propiciaran mayor participación activa de los estudiantes mediante un proceso constructivista que fomentaran el trabajo colaborativo. Tal fue el caso del aprendizaje basado en problemas, seguido del basado en casos clínicos, en proyectos y en resultados. El confinamiento obligó a hacerlo todo a distancia, como ya se había generado la experiencia en la educación médica continua. Sin embargo, además de la capacitación y la consabida resistencia al cambio, como parte fundamental de los recursos, se requería el acceso de buena calidad a la Internet, tanto para los profesores como para los alumnos. Esto último es, hasta el momento actual, un obstáculo que todavía requiere tiempo e inversión económica para llegar a ser satisfactorio.

Así, durante la pandemia, lo que se hizo fue acelerar los aprendizajes en el manejo de la TIC y adquirir, por parte de las instituciones educativas, los diferentes recursos que se encuentran en el mercado y aplicarlos en los diferentes programas educacionales. El mayor dominio en el manejo de los procesadores, el conocimiento y adiestramiento en el uso de las diferentes plataformas disponibles, fueron de los aprendizajes primarios que se fortalecieron a la mayor velocidad posible.

El desafío ha sido lograr el dominio esperado de las competencias planteadas para el proceso formativo, con los recursos disponibles. Esto es, las plataformas de video conferencias para actividades síncronas enfocadas hacia conocimientos y actitudes, las de comunicación con los alumnos en modo asíncrono, para evaluaciones y trabajos en casa; el uso de videos educativos y de aplicaciones digitales diseñadas ad hoc para el desarrollo y evaluación de habilidades mentales como la toma de decisiones, el razonamiento clínico y la comunicación interpersonal.¹⁶

Aprendimos juntos, profesores y alumnos, a utilizar a la distancia estos medios educativos, a identificar las fortalezas y las debilidades, reforzar las primeras y tratar de mejorar las siguientes. El saldo ha sido positivo en buena parte de los componentes de las competencias médicas y seguimos aprendiendo. ^{17, 18} Sin embargo, entre las áreas de oportunidad destacan dos: el aprendizaje de las destrezas clínicas y de los procedimientos instrumentados, en primer término, seguidos de los aspectos relacionados con las necesidades de socialización.

El aprendizaje sobre las maniobras de la exploración física y del uso de los equipos médicos, desde los más elementales, resulta con significativas limitaciones en la educación a distancia. Hasta la fecha no contamos con alguna innovación tecnológica accesible, que permita lograr los dominios esperados. Aun cuando se logre mejorar la situación y nos permita un entorno mixto semipresencial con las unidades de simulación clínica, así como la generación de innovadoras aplicaciones para el aprendizaje clínico, mientras no se pueda llegar al entorno real de la Unidades de atención médica, se seguirá con insuficiencia, ya que los simuladores son complementarios, no sustituyen al paciente real.¹⁹

Tal vez el principal desafío en la educación médica a distancia ha sido la evaluación. Parcialmente hemos aprendido a solucionarlo en el área de la evaluación del conocimiento teórico, utilizando una combinación de recursos tecnológicos, esto es, plataformas y aplicaciones digitales, tanto para la elaboración y presentación del examen como para vigilar posibles violaciones al procedimiento, aunado a control con video cámaras.

Se ha avanzado en cuanto a utilizar la tele consulta como instrumento no sólo de aprendizaje sino también de evaluación para las habilidades de comunicación requeridas para la anamnesis, interpretación de estudios auxiliares del diagnóstico, indicaciones terapéuticas tanto verbales como escritas y para exploración de funciones mentales superiores, así como algunas lesiones dermatológicas, y algunas de neurona motora. Se requiere todavía, disponer de un paciente estandarizado y de la capacitación ante la plataforma de video conferencia, tanto para responder a las preguntas del médico como para mostrarle, lesiones visibles y estudios de imágenes o resultados de laboratorio.²⁰

Durante la pandemia se ha incrementado notoriamente el uso de las videoconferencias, tanto síncronas como asíncronas. Estas se han utilizado para exposiciones por expertos, para discusión de temas controversiales, para análisis de problemas de salud con participación interprofesional, e incluso para integrar congresos virtuales. Han sido ellas el principal medio educativo en la educación médica continua y se han fortalecido en el caso de los estudios formales de posgrado, principalmente por las desventajas que implican los traslados. Sin embargo, se destaca también la necesidad de la interacción directa presencial.

En el plano educativo hay otros aprendizajes de tipo institucional, orientados en cuanto a formar redes y compartir experiencias entre las instituciones educativas, reforzar a los organizadores curriculares con otros profesores o personal del área educativa, así como la inversión en equipo tecnológico, regular los horarios ante cámara y de ejercicio clínico y controlar los trabajos que se asignan a los alumnos para actividades asíncronas, entre otras estrategias que ayudan a la sobrecarga emocional.²¹

Aprendizajes en el área social

En relación con el aspecto socio afectivo, aprendimos la necesidad de dosificar las actividades y el tiempo destinado para ellas. Por un lado, los trabajadores de la salud que han estado en contacto directo con pacientes, como ya se comentó en la sección inicial, han presentado conflictos de relación personal, derivados de la depresión, la ansiedad, la frustración y el temor, tanto por adquirir la enfermedad, como para convertirse en el portador y potencial transmisor hacia sus familiares. De ahí la incorporación de programas institucionales de apoyo psicoafectivo al personal, así como los programas de distribución de jornadas laborales y horarios.^{22, 23}

En el ambiente de la confinación se han conjugado diversos factores estresantes con repercusión en la interacción intrafamiliar. Las situaciones escolares y laborales, aunadas a las tareas domésticas por parte de los integrantes de la familia en un espacio físico limitado y de interacción permanente, han requerido una habilidad particular, así como de la colaboración de todos, para evitar manifestaciones nocivas en su relación, sobre todo

por las desigualdades de género que se ven exacerbadas y pueden llegar a presentarse casos de violencia.

Todos los coordinadores curriculares, los profesores y los estudiantes, mostraron efectos de desgaste emocional y de manifestaciones de conflicto familiar y social relacionados con el confinamiento y la necesidad de conexión en línea para comunicarse con el medio extrafamiliar, así como para continuar sus actividades laborales o escolares. Una necesidad que se enfrenta al obstáculo de la disponibilidad compartida del recurso físico, es el número de los dispositivos electrónicos accesibles, la conexión suficiente a Internet y las condicionantes de un espacio adecuado para el trabajo con privacidad.

Es frecuente que todos estos agravantes de convivencia se vean, además, inmersos en una problemática económica al reducirse el ingreso familiar por pérdida del empleo o disminuciones salariales significativas.

Hemos aprendido que estas afectaciones son de alta relevancia y deben atenderse antes de que se presenten; tal vez no para anularlas, pero si para mitigarlas, como todo en relación con la pandemia Covid-19, apoyándonos en la resiliencia y nuestra capacidad de adaptación, para generar estrategias integrales que nos permitan un adecuado cuidado de nuestra salud, tanto física como mental y social.

Bibliografía

- Delors J et al. La educación encierra un tesoro. En Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el siglo XXI. Ed Grupo Santillana, España. 1996 pp 106-108
- The Accreditation Council for Graduate Medical Education. The American Board of Internal Medicine. The Internal Medicine Milestone Proyect. 2015. http://www.acgme.org/acgmeweb/ Portals/0/MilestonesFAQ.pd
- OMS. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones de prevención. https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=CjwKCAjwxo6IBhBKEiwAXSYBs6QB_LbZmXwtria95rhI53UDtpaOrpXUVpU_LIUAEYT_Jv56wJ-sdCRoCr4AQAvD_BwE
- 4. Sudre C., Keshet A., Graham M., Joshi A., Shilo S.,Rossman H.. Anosmia, ageusia y otros síntomas similares a Covid-19 en asociación con una prueba positiva de SARS-CoV-2 a través de seis plataformas nacionales de vigilancia digital: un estudio observacional. Publicado: 22 julio 2021: https://doi.org/10.1016/S2589-7500(21)00115-1
- Munn L, Liu TL, Swick M, Rose R, Broyhill B, DNP, ACNP-BC, Gibbs M. Well-Being and Resilience Among Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study AJN. 2021;121(8):24-34
- Popp M, Stegmann M, Metzendorf MI et al Ivermectin for preventing and treating COVID-19. Cochrane Database Syst Rev. 2021 Jul28;7. doi:10.1002/14651858.CD01517.pub2.
- Roman Y, Burela P, Pasupuleti V, Piscoya A, Vidal J Ivermectin for the Treatment of Covid-19: A Systematsic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Clinical Infectious Diseases
- Cavalcanti AB, Zampieri FG, Rosa RG, et al. Hydroxychloroquine with or without Azithromycin in Mild-to-Moderate Covid-19. N Engl J Med 2020; 383: 2041-52.
- 9. Gobierno de México. Todo sobre el Covid-19. Coronavirus.gob.mx

- Bhimraj A, Morgan R, Shumaker A, Lavergne V, Baden L,5 Vincent, Cheng V, et al. Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with CO-VID-1. Last updated June 25, 2021 and posted online at www.idsociety.org/COVID19guidelines
- 11. Ling Y, Zhong J, Luo J Seguridad y eficacia de las vacunas contra el SARS-CoV-2: una revisión sistemática y un metanálisis. J Med Virol. 15 julio 2021. Doi: 10.1002 / jmy.27203.
- 12. Evans J, Jewell N. Vaccine Effectiveness Studies in the Field NEJM 2021:1 (Editorial) Downloaded from nejm.org on July 31, 2021.
- Madara J. et al. Clinicians and Professional Societies. Covid-19 Impact Assessment; Lessons Learned amd Compelling Needs. National Academy of Medicine. 2021. NAM.edu/perspectives. Published may 17, 2021.
- 14. Motola I, Devine L, Chung H, Sullivan J, Issenberg B. Simulation in healthcare education: A best evidence practdical guide. AMEE Guide 82. Med Teach 2013;35:e1511-e-1530
- Carballo L, Fernandez Y. La Realidad Aumentada en el enfrentamiento a la COVID-19. Serie Científica de la Universidad de las Ciencias Informáticas 2020;13(11): 1-16 http://publicaciones.uci.cu
- 16. Herrera F., Hernández L., Morales M., Sanchez J., Vega A., Cano MA.La formación y evaluación del razonamiento clínico en estudiantes del pregrado mediado por tecnologías digitales. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.17(3), 20141201www.revistas.unam.mx/index.php/repiwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclinVol. 17 No. 3, Septiembre de 2014
- 17. García Aretio, L. (2020) Los saberes y competencias docentes en educación a distancia y digital. Una reflexión para la formación. RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia, 23(2), 9-30. Doi: http://dx.doi.org/10.5944/ried.23.2.26540
- Keegan D., Bannister S. More than moving online: implications of the Covid-19 pandemic on curriculum development. Med Educ. 2020 55:101-103
- 19. Body Interact | Simulation with Virtual Patients https://bodyinteract.com
- 20. OPS/OMS. Teleconsulta durante una pandemia–Hoja Informativa–Más información sobre el coronavirus (Covid-19). Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer. html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww3.paho.org%2Fish%2Fimages%2Fdocs%2Fcovid-19-teleconsultas-es.pdf&clen=712544&chunk=true.
- 21. Mian A., Khan S. Medical education during pandemics: a UK perspective. BMC Medicine. 2020, 18:100. https//doi.org/10.1186/s2916-02001577-y
- 22. Ingram C, Downey V, Roe M, et al. Medidas de prevención y control de Covid-19 en entornos laborales: una revisión rápida y un metaanálisis. Int J Environ Res Salud Pública. 24 de julio de 2021; 18 (15). pii: ijerph18157847. doi: 10.3390 / ijerph18157847.





La bioética en tiempos de crisis

Carlos A. Viesca y Treviño, Maríablanca Ramos de Viesca, Víctor Martínez Bullé Goyri

Introducción

LAS EPIDEMIAS HAN CONSTITUIDO siempre, a través de la historia y de las improntas trasmitidas por la tradición oral, eventos plenos de dolor e incertidumbre. Las grandes epidemias, en áreas más o menos restringidas, y las pandemias, han dado lugar a transformaciones culturales, sociales, económicas y políticas de diferente envergadura, pero siempre contemplándose cambios en busca de mejoras en la calidad de vida ante la amenaza o simplemente el recuerdo de un evento abrumador que, por una parte, requiere la búsqueda de cómo enfrentarlo y, por otra, invita a modificar creencias y costumbres.

En este sentido consideramos de suma importancia e interés el llevar a cabo reflexiones desde la bioética en relación con lo que es y significa la realidad de la actual pandemia por Covid-19 en cuanto a su atención médica, su manejo social y político y la dimensión de sus consecuencias, de manera muy particular en relación con los derechos humanos.

La bioética y las epidemias. Antecedentes

Es sumamente interesante el que hasta estos últimos años se hayan hecho pocas reflexiones acerca de la diversidad de temas que atañen a la bioética con respeto a las epidemias. Cabe señalar que en los cincuenta años que tiene la bioética, precisamente cumplidos en 2021, no han sido muchas ni muy severas las epidemias que se han presentado. Pero también recordemos que en este período han aparecido brotes importantes de cólera, el sida, las fiebres hemorrágicas virales, el chikungunya, el sika y, en lo que va del presente siglo, el camino que conduce de los primeros brotes, locales y controlados rápidamente, de SARS y MERS para llegar a la pandemia de SARS2/Covid 19.

Visto esto en su conjunto se hace imperativo el reflexionar desde la bioética acerca de lo que implica para la salud y su atención, incluido en esto cuidado y prevención, la aparición de este tipo de enfermedades que afectan a grandes grupos de población, que amenazan con afectar a toda o al menos a gran parte de la humanidad, pero que requieren de las consideraciones derivadas de casos particulares y sus muy diversas problemáticas. La tensión entre salud pública y atención del individuo afectado por el padecimiento en cuestión o en riesgo de contraerlo, es un ejemplo de ello, pero uno entre muchos, algunos de los cuales trataremos de traer a colación en las páginas siguientes.

Comencemos por evocar la dimensión ética de algunas de las respuestas relacionadas en esos momentos con la ética médica, ya que la bioética no existía entonces, que se dieron a los problemas inherentes al manejo de algunas epidemias de tiempos pasados. En todas ellas los médicos asumieron la responsabilidad de atender a los enfermos no obstante los evidentes riesgos que corrían. En todas ellas se recurría al aislamiento de los enfermos y a impedir el libre tránsito de personas provenientes de sitios en donde reinaba la enfermedad. Esto último hacía explícito el papel de las autoridades de las diferentes ciudades y provincias, dando lugar a prohibiciones que en el trascurso de los siglos fueron siendo de aplicación más general y fuente de tratados internacionales. Los ejemplos más conocidos son los de los lazaretos establecidos por la República Veneciana, el primero en 1423 como consecuencia de los brotes consecutivos a la peste negra de 1348, epidemia que se considera haber sido de peste bubónica, en la isla situada en la laguna, cercana al Lido, donde ya se encontraba el monasterio agustino de Santa María de Nazareth, alejada de la ciudad de Venecia y de las zonas habitadas de los márgenes de la laguna y algunas de sus islas, y que lograron mantener aisladas a la tripulaciones de los barcos que llegaban a ella procedentes de áreas en donde se sabía había contagios. La medida fue sin duda práctica y exitosa y requirió de una actitud política, de política sanitaria, que paulatinamente se ha ido convirtiendo en un imperativo ético para los gobiernos involucrados.

El abandono de los poblados y ciudades afectados por parte de sus habitantes es otro rasgo común a lo largo de la historia. Ejemplos contradictorios de esto son los referidos durante la epidemia conocida como de los Antoninos en Roma, acaecida en el año de 165, siendo emperador Marco Aurelio. Es de llamar la atención la conducta de éste, seguramente aconsejado por sus médicos, con Galeno a la cabeza, manteniéndose alejado de Roma en donde la plaga hacía estragos y permaneciendo con sus tropas en las proximidades del Danubio. Por otra parte, Galeno deja Roma so pretexto de atender sus asuntos particulares en Pérgamo, su ciudad natal, lo cual ha sido acremente criticado como una falta a la ética profesional que le obligaba a permanecer cerca de sus enfermos. No expondremos ni discutiremos aquí los detalles de su abandono de la ciudad, señalando sólo que él regresó a Roma un año después, cuando todavía reinaba la epidemia y dictó medidas para controlarla, mismas que se encuentran en su escrito Methodo Medendi, e insistiendo en que lo que interesa aquí es señalar que desde siempre se acepta la responsabilidad del médico de atender a sus pacientes y no abandonarlos a sabiendas del riesgo de contagio que corre. Responsabilidad ética en primer término, bioética en la actualidad, y jurídica en muchos contextos actualmente.

En la peste negra de 1348 y sus múltiples brotes que afectaron gran parte de Europa durante todo el siglo siguiente, antes de empezar a decrecer, se vio el éxodo de poblaciones y la negación de que esto no era moralmente correcto, sino incluso aconsejado por algunos médicos, quienes indicaban alejarse pronto, lejos y regresar lo más tarde posible, cito, *longe et tarde*, frase que remedaba el clásico dicho de Celso de que el médico debía ser siempre cito, *totu et jocundo*, estar siempre pronto para atender a sus enfermos, allí presente y sonriente (Knighton Chronicle, p. 420). Esta actitud contrastaba radicalmente con la asumida por otros personajes, médicos cronistas, ante el mismo evento, señalando,

como lo hacía Mateo Villani en Florencia marcando como inhumano y cobarde el huir de la plaga abandonando no sólo su ciudad sino a sus mismos familiares, llamando la atención de que había visto a muchos que ayudaban a sus prójimos enfermos no sólo lograban que estos sanaran sino ellos estaban seguros cuidando a otros, es decir, abogaba por el ejercicio de la caridad como preventivo (Cohn, 2003, pp.118 y 125; Villani, 1995, vol. I, pp.9-10). Por su parte, a los médicos se les aconsejaba que mientras atendían a sus pacientes infectados, usaran esencias y ungüentos de olor agradable, mantuvieran abiertas las ventanas y se cubrieran la nariz y la boca (*Chronica Monasterii de Melsa*, pp. 179.181, cit. Cohn, 2003, p.117); cuidados que en 2021 llaman la atención por su actualidad.

Comentemos solamente el hecho de que durante los inicios de la epidemia de VIH/sida no se abordó de entrada el problema que significaba el manejo y tratamiento de enfermos ante el temor de la contaminación y la trasmisión, sino se centró en cuestiones propias de la moral social predominante y de la condena de la homosexualidad y su mantenimiento en el índice de enfermedades mentales, con la consiguiente crítica y eliminación de ese concepto de patología, para dar lugar a diversidad de preferencias sexuales, pero también, y de suma importancia, el poner especial atención a familiares no advertidos, a criaturas por nacer y a receptores de trasfusiones sanguíneas (Platts, 1996, pp. 67-75; Bayer, 1996, pp.35-65), así como a los componentes bioéticos de la discriminación y la negación de tratamientos (Gillon, 1996, pp.209-215). Otra gran novedad fue la toma en consideración de criterios de confidencialidad y de consentimiento para un adecuado manejo y el mantenimiento de una adecuada relación médico–enfermo (Jonsen, 2000, p. 114)

A seguir, veamos los aspectos referentes a dilemas bioéticos y las propuestas para su solución, que se han hecho presentes en estos casi dos años de la pandemia por Covid-19.

Bioética y responsabilidad

Sin lugar a dudas, la historia de las epidemias y pandemias nos ha dejado una clara e ineludible lección: ante situaciones que amenazan la vida de muchos miembros de una misma comunidad, la toma de decisiones de ayuda y apoyo, provenientes de muy diversos tipos de individuos por demás procedentes de profesiones y actividades asimismo diferentes, ejemplifica lo que se ha considerado como una respuesta inherente a los seres humanos, seres tendientes, entonces, a tomar y asumir actitudes morales. Esto apoya la presencia de una moralidad inmanente implícita en la definición misma de humanidad (Séve, 1993, pp. 105-115).

Esto orienta de inmediato y sin lugar a dudas a una ética, en la actualidad bioética, que toma como fundamento esencial la responsabilidad. Una de las corrientes actuales de la bioética, tanto médica como general, marca precisamente esto. En casos de cualquier enfermedad se precisa el definir el papel de los diferentes participantes en el proceso diagnóstico y terapéutico y los niveles de responsabilidad correspondientes a cada uno de ellos; siempre se trata de responsabilidad compartida y esto es indicativo de que las acciones llevadas a cabo y la manera en que lo fueron son correctas (Jonas, 2004).

En el caso de la actual pandemia de Covid-19 se han acentuado todos los precedentes, dado que hacía prácticamente un siglo que no se presentaba una situación de pandemia

de tal magnitud, que la población del orbe se ha acrecentado de forma exponencial y que los medios de comunicación han hecho realidad la unidad del planeta; por otro lado, los medios de difusión también han hecho cotidiano lo que sucede en los lugares más remotos. La salud afectada, o siquiera amenazada, de una población, puede implicar el riesgo de otras, teóricamente totalmente ajenas y distantes. Responsabilidad ética inmediata: la preocupación y el diseño de sistemas globales de atención de la salud.

Veamos en primer término las responsabilidades de los gobiernos. Buena política, buena y oportuna respuesta para el control del problema significa buen gobierno. Éticamente, bioéticamente, en esta pandemia se hizo evidente una falla en los más diversos niveles. En el nivel de los organismos internacionales se hizo notar primero una cierta desconfianza ante los datos emanados de China y luego una situación expectante, en donde el buscar una congruencia total entre las acciones recomendadas y el conocimiento científico internacionalmente validado llevó a proclamar la inexistencia de tratamientos específicos contra el virus causante, e inclusive dudar de la certeza de la información que señalaba que existían antivirales cuyo empleo ofrecía perspectivas alentadoras. ¿Es bioético aconsejar mundialmente una actitud expectante mientras los contagios registrados son incontables y las muertes sobrepasan pronto las producidas por la Influenza española de 1917? Se ha señalado que el manejo de esta pandemia constituye el más grande fracaso de la política científica en esta generación (Horton, 2020, citado por Frenk, 2020, p. 147).

En términos de políticas de salud, la bioética significa respuesta, responsabilidad, por parte de las autoridades políticas y sanitarias para confrontar la amenaza y, si se llega a ello, atender de la mejor manera posible la crisis. En muchos países se vieron respuestas débiles y tardías. Fueron desde la negación de la gravedad de la amenaza hasta el ocultamiento de datos. Fue claro que varios gobiernos, como los de Turquía, Italia, Rusia, Estados Unidos, Brasil, México y la India, esta última afectada tardíamente, reaccionaron débilmente e incluso manejaron la información de manera tendenciosa en su respuesta. Negación de los riesgos de contagio, falta de toma de medidas sanitarias generales y debidamente puestas en práctica. Es en casos como este cuando se ha aconsejado la dictadura sanitaria, la cual cuando se ha establecido indudablemente ha obtenido buenos resultados. Un ejemplo en nuestro país fue el manejo de la epidemia de peste bubónica en Mazatlán en 1902. En gran parte de los países del mundo, y el nuestro no es la excepción, las cuarentenas han sido fluctuantes y por lo regular poco consistentes.

Un punto central en cuanto toca a la responsabilidad bioética y jurídica de las autoridades políticas y sanitarias es el de buscar la información más fidedigna y válida en los sucesivos momentos de evolución de la pandemia y establecer las líneas directrices para evitar la aparición y la diseminación del contagio, proteger a la población con especial cuidado en los grupos vulnerables tanto desde el punto de vista específico de la salud como del de sus determinantes sociales, (Le Blanc, 2021) y tomar las precauciones necesarias para disponer de los equipos y medicamentos necesarios.

En una época en que la información pública tiene proporciones antes nunca vistas, la veracidad en lo que se dice y la congruencia de lo que se predica son requisitos bioéticos ineludibles, de manera que es una grave falta de responsabilidad el distorsionar las cifras

y los datos de que se dispone. Por parte de los particulares es clave la falta de bioética al difundir falsas noticias y exponer con visos de certeza lo que no son sino ocurrencias carentes de sustento.

Un principio bioético que no debe soslayarse de ninguna manera es el de beneficencia. El beneficio de los vulnerables y más aún de los vulnerados es algo que debe estar presente la mente de quienes dictan políticas dirigidas, en este caso a la salud pública, en todos aquellos que intervienen de una u otra forma en el establecimiento de medidas sanitarias de prevención, en los que participan en los diagnósticos y tratamientos, así como en el cuidado de los enfermos (Pellegrino y Thomasma, 1988). En el manejo de esta pandemia, si bien no se ha negado este principio, sí se actuado de una manera poco congruente. Un ejemplo de ello es el consejo de quedarse en casa cuando aparecen los primeros síntomas de la enfermedad y mantenerse con medidas generales, poco precisas en la mayoría de los comunicados y con un alto riesgo de automedicación con los riesgos que esto conlleva. Todo indica que lo que se buscó fue que no se saturaran los servicios hospitalarios, cosa correcta, pero sin pensar en la necesidad de implementar verdaderas acciones de atención primaria. En este sentido se hace patente una falta grave, que es la abstención de tratamientos, so pretexto de que no existe un tratamiento específico, criterio cientificista en el que predomina la idea de buscar este último, lo cual es correcto, pero de manera alguna significa la abstención de todo tipo de acciones posibles, enmarcadas en lo que científicamente es válido en la actualidad y con miras a obtener resultados siquiera parciales pero que significan un claro beneficio a los enfermos, los cuales de otra manera quedan prácticamente en el abandono. Esto, en lo que abundaremos al hablar de la atención hospitalaria y las dimensiones éticas que implica, al ser llevado a la práctica como una política pública, rompe totalmente con la función, bioética, de los gobiernos en cuanto a hacerse responsable de establecer y desarrollar en la práctica las condiciones más adecuadas posibles de atención en lugar de propiciar el abandono de todos los pacientes, excepto los de máxima gravedad.

Bioética y prevención

Pasando a la dimensión bioética de la prevención, se toca un punto álgico en el manejo de epidemias y pandemias y lo ha sido más aún en la actual de Covid-19. Ante una amenaza colectiva, todavía amenaza, la prevención es el objetivo primario. Que una población no se contagie es lo primero a considerar en términos de responsabilidad de las autoridades competentes –en la pandemia actual muchas de ellas incompetentes, incluso en el nivel internacional–, pero sobre todo con fallas bioéticas al no asumir esa responsabilidad que debe ser ineludible.

Cuáles deberían ser las medidas a tomar y, de ser preciso, a imponer. En primer lugar, el cierre de fronteras externas, si el contagio no ha llegado a la población en cuestión, e internas, si y está presente dentro de sus ámbitos. Esto último puede ser en estados o distritos, en ciudades, poblados de diversa magnitud e intensidad poblacional, colonias, calles y aun centros habitacionales o casas uni o plurifamiliares. Responsabilidad bioética de protección a una población determinada sana. Esta responsabilidad es ampliada a fin

del establecimiento, aceptado de buen grado o impuesto, de cuarentenas, consistentes en la obligatoriedad del aislamiento de toda persona proveniente de sitios en donde ya se ha presentado el contagio por un período variable, dependiendo de lo que se conoce con respecto a los tiempos de incubación y de presencia, en este caso, del virus en el organismo de dichos individuos.

Lo anterior implica una limitación, extrema si es necesario, de la circulación de personas y esto hace obligatoria también la aceptación de la responsabilidad por parte de todos y cada uno de los individuos afectados por la medida en cuestión y el comportamiento esperado de cumplir con la imposibilidad de trasladarse a ciertos lugares y de observar el tiempo prescrito para hacerlo. Esto se traduce en un correcto comportamiento moral, bioético al convertirse en reflexión, en este caso referido a comunidades o inclusive a individuos.

Asumir la necesidad y ventajas del aislamiento, sea bajo la forma de cuarentenas previo cualquier contacto, sea el correspondiente a mantenerse separado de zonas de riesgo, sea el de aislarse y no ser obligado a hacerlo cuando se sufre ya el contagio o simplemente se ha tenido contactos sospechosos, es índice de una conducta moral y bioéticamente correcta. En ella se asumen varios principios bioéticos, como son el de la protección de la vulnerabilidad de sí mismo y de otros, el de la beneficencia hacia los demás a quienes se podría perjudicar, y aquí se manifestaría el clásico principio de *primum non nocere*, y el del ejercicio de la propia libertad al asumir autónomamente su responsabilidad.

Ahora bien, esto es de hecho una profilaxis por abstención. El guardarse, el no acudir a sitios de riesgo, significan actitudes éticas manifestadas como no hacer. Pero existe responsabilidad en llevar a cabo medidas profilácticas como son el uso de cubrebocas, de mascarillas, de guantes en algunos casos, de ropas especiales cuando se tiene que estar en sitios de concentración de enfermos o laboratorios donde se trabaje con materiales contaminados o con cultivos del agente causal. Entra por igual el asumir la responsabilidad de la desinfección de partes del cuerpo expuestas, de ropa, de objetos posiblemente contaminados (Tauber, 2005, pp. 125 y ss). Con esto continuamos en una bioética derivada de la responsabilidad aceptada y asumida, es decir convertida en acción y con ello la apertura de una posibilidad de integración en una bioética dirigida a la promoción de valores y el desarrollo de la virtud, entendida esta no limitada a un sentido religioso sino a la búsqueda de la excelencia, *areté*, para la antigua filosofía moral de los griegos, y esto, nótese, no es privativo del individuo inmerso en un contexto social, sino es también algo esencial en el desarrollo de la persona del médico, de los trabajadores en el terreno de la salud, de las autoridades sanitarias, de los políticos (Viesca y Ramos, 2000).

Otro punto de crucial importancia es la vacunación. Hoy en día resultan obvias las ventajas de estar vacunada o vacunado contra alguna enfermedad infecto-contagiosa. A pesar de ello se han manifestado de manera creciente movimientos anti vacunación, más evidentes en los últimos tiempos y no ha faltado, tratándose de la vacunación anti Covid-19, la difusión de falsas evidencias como son el de la implantación de microchips, el de la programación de efectos letales a mediano o largo plazo a través de los RNA mensajeros modificados inyectados, hasta llegar a declarar que el empleo de RNA proveniente

de monos implica un retroceso en el proceso de la evolución humana. Todo esto define conductas que niegan toda dimensión bioética.

Por otra parte, la investigación y producción de las vacunas implica dudas en cuanto a la dimensión bioética de los procesos mismos de investigación y producción, como puede ser el ejemplo del paso al humano de tecnologías, como son las de empleo del RNA mensajero modificado, incluyendo segmentos de genoma viral procedentes de cultivos en otras especies, o el de utilización de placebo en estudios doble ciego para probar la efectividad de las vacunas en la fase III del proceso experimental, lo cual es norma de una investigación científica altamente calificada, pero que en las condiciones de riesgo inherente a la pandemia conllevan una exposición de personas posible pero no seguramente vacunadas a los riesgos de contraer la enfermedad. Esto ha provocado que, en algunos institutos nacionales de salud, como el de Medicina y Enfermedades de la Nutrición "Salvador Zubirán", se hayan abierto los documentos confidenciales en que se asentó si lo inyectado era vacuna o placebo y se avisó a las personas que pertenecían a este último grupo, haciéndoles partícipes del acceso a ser vacunados sin el empleo del doble ciego. Esto es, evidentemente, una conducta bioética encomiable. La misma medida fue tomada por los grupos de investigación en esa misma fase de la vacuna de Johnson.

En términos de políticas públicas, la vacunación tal y como se ha llevado a cabo, deja abiertas varias puertas a la reflexión y crítica desde la bioética. Un aspecto importante es el anejo confuso de la información en el sentido de cómo se adquirieron las vacunas, dejando confuso, en el caso de México, el hecho de cuáles y cuántas dosis correspondían a los lotes entregados por los laboratorios productores como material para investigación en fase III y cuáles fueron comprados, lo que no tendría importancia si se aclarara perfectamente a los individuos participantes y a la sociedad quiénes serían sujetos u objetos de investigación. Otro punto que consideramos importante es la falta de claridad en las declaraciones en cuanto a la aceptación y la confianza en la efectividad y ausencia de reacciones indeseables derivadas del posible uso de vacunas diferentes en una misma persona.

Añadamos que, ya en lo particular, la decisión de no vacunarse, que se puede predicar como un acto de autonomía, es expresión de una falta bioética al no tomar en consideración el riesgo al que, en caso de contagiarse, esa persona significa para los demás.

Bioética y atención primaria

La atención primaria, terriblemente descuidada en gran parte de los países del mundo, sobre todo en las primeras fases de la pandemia y, en nuestro país entre otros, hasta el momento actual, es indudablemente un requerimiento fundamental e ineludible para el manejo de cualquier enfermedad y muy particularmente de una pandemia como la que padecemos. Son necesarios servicios a la comunidad con brigadas para detección temprana de casos, para prescribir tratamiento domiciliario, no simple aislamiento y reclusión, a pacientes cursando los primeros estadios de la enfermedad; y dar seguimiento tendiente a la detección temprana de complicaciones y a su tratamiento inmediato, ya sea allí mismo, ya con hospitalización. La falta de esto, fue al parecer, motivo de la renuncia de una subsecretaria y debemos señalar que en la Ciudad de México y en algunos otros estados,

Jalisco, por ejemplo, tras la falta inicial se dio un cambio severo a fin de instrumentar estos servicios. Responsabilidad bioética. El establecimiento de consultorios diseminados en las áreas a atender y la atención en áreas rurales son aspectos que no se deben soslayar.

Bioética y atención hospitalaria

La actitud que se asumió desde los inicios de la pandemia, después de algunas declaraciones en el sentido de que ésta no sería problema en el país, fue la de que habría que atender un gran número de casos -y decimos casos y no pacientes, porque así se manejó- que requerirían de los cuidados que no se podrían prestar fuera de hospitales bien dotados de insumos y equipo. Respuesta a demanda de atención? Visión fatalista del curso que tomaría la pandemia? Pero, si esto último fuera el caso, la decisión de aconsejar o más bien prescribir a la población el que se "guardara en casa" y, ante el conocimiento de que una de las complicaciones más graves frecuentes de la infección es la insuficiencia respiratoria, se indicó que los enfermos se limitaran a tomar medicaciones dirigidas a disminuir la fiebre y el dolor y acudieran a solicitar atención solamente cuando tuvieran insuficiencia respiratoria. El temor de que se saturaran las unidades hospitalarias existentes, y las que se habilitaron para ello, se vio cumplido, pero en manera alguna justificó la medida ya que, sin tratamiento al menos sintomático de fondo y de preferencia orientado a combatir los aspectos fisiopatológicos que ya eran conocidos por reportes de otros sitios y pronto lo fueron por experiencia directa, un gran número de pacientes se complicaron y llegaron a los hospitales cuando ya no se podía hacer gran cosa por ellos. Estamos conscientes de que había deficiencias en los sistemas de atención de la salud, pero es evidente que, si se buscaba la estructuración de un nuevo modelo, sólo se habían desviado presupuestos y se habían desmantelado múltiples elementos de la infraestructura, tanto administrativa como operativa, sin haberse llegado a ofrecer alternativas. ¿Falta de responsabilidad política y administrativa? Pensamos que sí o, en el mejor de los casos, ignorancia.

La amenaza, que pronto se vio cumplida, de que se rebasara la capacidad de las unidades hospitalarias públicas y privadas, orilló a la toma de decisiones que se trataron de institucionalizar. Un producto de razonamiento bioético fue desarrollado en los primeros meses de la pandemia ante la amenaza, que ya señalamos previamente, de que la capacidad de los servicios fuera rebasada, tanto en cuanto al número de camas disponibles, como ante la agobiante carencia de insumos de todo tipo. ¿Cómo orientar las acciones y justificarlas? La respuesta fue la redacción de una Guía Bioética, expedida por el Consejo de Salubridad General, que es el organismo público y federal al que se debiera haber encomendado el manejo integral de la pandemia, con el apoyo de un selecto grupo de profesionales con un innegable conocimiento de los problemas que significa esta pandemia y las limitaciones en la atención impuestas por las múltiples carencias (Guía Bioética, 2020). El asunto es que, aun cuando el documento contiene importantes consideraciones bioéticas, especialmente dirigidas hacia establecer criterios de justicia distributiva de recursos limitados, extremadamente limitados diríamos, se centraron, como el título del documento lo expresa, en situaciones de requerimientos de medicina crítica y en condiciones de urgencia. Las consideraciones se dirigen a la necesidad de alocación de

recursos insuficientes y a la necesidad derivada de ello de seleccionar pacientes estableciendo prioridades. Un primer punto, indiscutible, toma en cuenta el orden de llegada y el tiempo de espera en la institución (Guía, 2020, p.3). Pero a seguir se dirige a la necesidad de tener que seleccionar pacientes para su ingreso a los servicios de medicina crítica y a aquellos que tendrán que quedar en cuidados paliativos y los que ni siquiera podrán acceder a ninguno de ellos (Guía, 2020, pp. 3 y 4). Es entonces cuando se pasa de un documento de bioética al establecimiento de un triage, es decir de la racionalización de criterios médicos con el fin de tomar decisiones en cuanto a quién se atiende, se limita la atención a quien no, en términos de sobrevivencia. Esto sería plenamente correcto para una guía clínica de triage, pero representa serios problemas si se busca fundamentar bioéticamente esta situación en condiciones de posibilidad de saturación de los servicios disponibles -y en esto, insistimos, el origen es la desintegración provocada por recortes presupuestarios y modificaciones no aterrizadas aún y una limitación sumamente mayor que la existente dos años atrás- cuando esto se preveía pero no había sucedido y se excluía a pacientes graves, con gran riesgo de fallecer, que arribaban a los servicios cuando aún había elementos de tratamiento disponibles. El documento citado en la guía, como ejemplo a seguir, el emanado de la Universidad de Pittsburgh referente precisamente a la alocación de recursos en similares condiciones, no pretende ser un documento con reflexiones bioéticas, sino una herramienta para llevar a cabo juicios que justifiquen decisiones para el triage (Universidad de Pittsburgh, 2020).

No se debe dejar fuera de consideración el trasfondo de equidad y justicia social que, si bien es mencionado en la *Guía* con referencia a los trabajos de Powers, Faden y Faden (2006), mismos que pueden ampliarse a raíz de las múltiples consideraciones y análisis de otros autores, como sería por ejemplo el caso de Rhodes y cols. (Rhodes, Batin and Silvers, 2002).

La protección y atención del personal de atención a la salud

Un aspecto del manejo de la pandemia que no debe dejarse de exponer es el de los cuidados al personal de atención de la salud. A pesar de algunas declaraciones, tardías por lo regular y muchas veces fuera de tono, el manejo de la actual pandemia ha dejado mucho que desear en términos de los cuidados y protección que deben ofrecerse irremisiblemente al personal que labora atendiendo a pacientes víctimas de la pandemia. No sólo médicos, todo el personal. Debe reconocerse que la *Guía* a la que nos venimos refiriendo dice expresamente que en casos de tener que seleccionar pacientes para su acceso a los servicios, se debe priorizar a los médicos y trabajadores de la salud involucrados en la atención de pacientes Covid (*Guía*, p.12). Pero es indispensable también señalar que lamentablemente nuestro país es uno de los que ha tenido mayor número de casos y muertes en este grupo. Requerimiento bioético primordial e ineludible por parte de las autoridades competentes en sus muy diversos niveles es, insistimos, asumir sus responsabilidades y en este caso particular las de establecer condiciones adecuadas de trabajo, dotar al personal de equipo de protección, instaurar medidas preventivas de todo tipo, dar apoyo psicológico previendo y buscando evitar o al menos minimizar contextos

favorecedores de *burn out* y muy particularmente de condiciones de abusos de autoridad. En estos casos estamos hablando de protección a la vulnerabilidad de personas que están en condiciones de estrés severo, con jornadas de trabajo especiales, prolongadas.

Relación del Derecho y la Bioética

El estrecho vínculo entre el Derecho y la Bioética es hoy día más que evidente; pues por un lado el Derecho, que requiere regular en la vida social situaciones y temas que se plantean en la actualidad, ante el desarrollo de la ciencia y la tecnología –muy especialmente el ámbito de las ciencias de la salud y la biotecnología–, que afectan de manera importante la vida de las personas, necesita acceder al conocimiento actualizado sobre esas materias, y el espacio de diálogo interdisciplinario que ofrece la Bioética es el medio ideal para ello, pues no sólo aporta el conocimiento científico y técnico, sino también la reflexión ética y moral sobre el mismo.

Por otra parte, no menos importantes son los consensos alcanzados en el debate bioético para dotar de contenido ético y moralmente adecuado a las normas jurídicas; pues si bien el Derecho y la moral son dos disciplinas y ámbitos independientes y autónomos (Vinogradoff, 1997, pp-14-24), no es menos cierto que el derecho requiere que los contenidos de sus normas sean acordes con la moralidad vigente en la sociedad para que sean percibidas socialmente como legítimas. A esto lo hemos denominado como *El Derecho en la Bioética* (Martínez, 2008, pp. 35 y ss.), que implica una nueva actividad para los juristas que los obliga a trabajar de forma interdisciplinaria para con expertos en otras disciplinas. Actividad que al mismo tiempo resulta enriquecedora para el Derecho mismo.

De la misma manera, el Derecho por sí mismo desarrolla y recrea los valores que convierte en bienes jurídicos. El derecho en este sentido es reservorio de la historia moral de las sociedades (Massini, 2005, p. 133); pues en sus normas se conservan los valores que las sociedades han alzado a lo largo de su historia y que son la base de la ordenación de las conductas en los sistemas jurídicos.

La Bioética no puede ignorar o hacer de lado ese acervo moral y de valores que representa el sistema jurídico vigente en cada sociedad. Por ello el derecho necesariamente es parte de la bioética a la que aporta ese bagaje moral y deontológico (Hottois, 2002, p. 185). Por otra parte, es un hecho que los grandes temas de la bioética y sus principales dilemas o ya han sido abordados y resueltos por el derecho, o son fácilmente abordables con el bagaje ético que contiene.

Desde otra perspectiva, el derecho sirve a la bioética como un medio de institucionalización social de los consensos y principios alcanzados por ella, gracias a la coercitividad que lo distingue de otros sistemas normativos (García Máynez, 1978, pp. 21-22). Así se han desarrollado declaraciones, pactos y tratados internacionales que han sido fundamentales para el impulso de la bioética a nivel global, y no menos importantes son la multitud de normas desarrolladas al interior de los países que desarrollan estos consensos y principios bioéticos y los integran como parte del sistema jurídico. A esta función del derecho la hemos denominado *El Derecho para la Bioética*, que sin duda obliga al jurista a implicarse en campos novedosos e incluso ha llevado al desarrollo del llamado Bioderecho, como una nueva rama del conocimiento jurídico.

Los derechos humanos

Si la relación entre el Derecho y la Bioética es estrecha, esto es aún mucho más claro cuando nos referimos a los derechos humanos, que constituyen el referente ético más acabado y completo no sólo del derecho sino en general de la vida política y social, constituyéndose en paradigma ético y principio de legitimidad política en las sociedades contemporáneas.

Incluso algunos autores han considerado a los derechos humanos como la ética del siglo XX (González Valenzuela, 2005, p.62). En realidad, los derechos humanos son en sí mismos una teoría ética que se inscribe en la corriente del liberalismo individualista y la ética personalista y constituyen el núcleo ético de los sistemas jurídicos contemporáneos.

La fortaleza ética de los derechos humanos reside en su fundamento en la dignidad humana, de la que son su expresión jurídica (Peces Barba, 1987, p.17), en ellos están contenidos el conjunto de valores fundamentales para lograr una adecuada convivencia social, constituyendo el paradigma ético de la modernidad y en consecuencia también de la bioética (León Correa, 1997, p. 130).

En este sentido, si bien para Potter sólo se podía pensar en un futuro de la humanidad basado en el uso del conocimiento bajo una sabiduría que tuviera como base la ética (Viesca, 2008, p, 56); desde el derecho podría afirmarse que el futuro de la humanidad y las sociedades necesariamente pasa por la incorporación de los derechos humanos en los sistemas jurídicos y en las practicas cotidianas de la convivencia social.

Fragilidad y vulnerabilidad en la pandemia

La pandemia del Covid-19 ha lastimado de manera brutal al mundo entero, no sólo por los cientos de millones de contagiados y los millones de muertos, pues sus efectos han sido enormes para la vida de las personas y las sociedades, a las que nos ha mostrado cruelmente lo frágiles y vulnerables que somos.

Al dolor causado por las pérdidas provocadas por la extensión de la enfermedad se suma la incertidumbre sobre el futuro, así como el reconocimiento de lo limitado de nuestros conocimientos científicos y tecnológicos frente al ataque de un enemigo tan pequeño que ni siquiera podemos ver. Impávidos asistimos al espectáculo de la enorme destrucción que ese pequeño virus está causando en todo el mundo.

Tomamos conciencia de nuestras limitaciones y nuestra fragilidad, de lo altamente vulnerables que somos como seres humanos, más allá de la vanidad con que nos sentíamos capaces de controlar al mundo gracias al conocimiento acumulado a lo largo de los siglos. La irrupción de lo realidad nos dejó pasmados (Segato, 2020, pp. 11-12).

Ante la falta de medios específicos para hacer frente a la pandemia, el impacto de las medidas para luchar contra ella ha sido devastador para la economía, la salud, la educación y en general la vida social; el daño en todos los aspectos es enorme y difícil de cuantificar; tan sólo en economía y desarrollo en los países latinoamericanos se estiman

retrocesos de hasta diez años y un incremento brutal de la pobreza (https://www.forbes.com.mx/economia-al-final-de-2020-12-millones-mexicanos-seran-pobres-).

Como no puede ser de otra manera, los derechos humanos como instrumento jurídico para tutelar la dignidad humana comparten con los seres humanos la fragilidad y vulnerabilidad que padecemos. Como institución jurídica los derechos humanos son intrínsecamente vulnerables ante las constantes crisis que el mundo vive en materia política, económica y ahora sanitaria.

Son especialmente frágiles en los países con poco desarrollo tanto económico como institucional y político, y más aún aquéllos con una pobre vigencia del Estado de derecho, una cultura jurídica muy básica, ausencia de mecanismos de control y gobernantes con tintes autoritarios.

Un factor que en muchas ocasiones no se considera como un elemento que incide, pero que lo hace y de manera muy importante, a la vulnerabilidad de los derechos humanos es la corrupción, que lamentablemente afecta y lastra todos los ámbitos del Estado como una verdadera lacra que cancela las posibilidades de desarrollo de los países a los que afecta, como es nuestro caso.

Derechos humanos y pandemia

Uno de los efectos de la pandemia fue generar vulnerabilidad de los derechos humanos en todo el mundo y especialmente en países con problemas de desarrollo institucional, como el nuestro. Comenzando porque de entrada al no estar ningún país ni sus sistemas sanitarios preparados para enfrentar una catástrofe de estas dimensiones, reaccionaron limitando y afectando los derechos de las personas y el respeto a la dignidad, como si fuesen un obstáculo para enfrentar eficientemente la crisis.

Algunos países, incluso entre los que presumen de sus estándares democráticos y de respeto a los derechos humanos, se optó por declarar estados de emergencia, de manera que pudieran realizar confinamientos y limitar sin problemas las libertades vinculadas a la movilidad de las personas, a la convivencia social e incluso la posibilidad de acceder a las fuentes de empleo, pues muchas de ellas fueron cerradas por orden oficial.

Por otra parte, ante la gravedad de la pandemia se nos despojó en los planes de respuesta de los gobiernos de nuestra condición de personas, se nos cosificó y pasamos a ser simples números en los análisis estadísticos y epidemiológicos; así se empezó a hablar de la inmunidad de rebaño o comunitaria, calculando cuántos deberían infectarse en la población para alcanzarla, y sin advertir que ello implicaba la muerte de miles de personas; fue la apuesta expresa de países como Gran Bretaña y Suecia, que luego debieron rectificar.

La falta de preparación de los países para hacer frente a una pandemia de las características de la actual, no obstante los llamados de alerta –apenas meses antes– por parte de la Organización Mundial de la Salud, sumados a las deficiencias e ineficiencias de los sistemas de atención de la salud, más las malas decisiones de muchos gobernantes a lo largo de todo el mundo, han resultado en una verdadera tragedia humanitaria y una tragedia para los derechos humanos de la que no va a ser fácil recuperarnos.

Puede afirmarse sin exageración alguna que todos los derechos humanos se han visto afectados, desde la atención de la salud y la vida hasta el derecho a la información. Sin embargo por su gravedad merecen señalarse los vinculados con la vida económica y el trabajo; pues más allá de las afectaciones macroeconómicas con la reducción drástica del producto interno bruto durante la pandemia en todos los países, la manera en que los gobiernos han enfrentado la situación de sus gobernados produjo situaciones muy diferentes; pues mientras muchos gobiernos destinaron enorme cantidades de recursos para proteger las fuentes de trabajo y garantizar una renta básica a los ciudadanos, otros o no pudieron o se negaron a destinar recursos a esos fines, con la consecuencia de incrementos preocupantes en los índices de desempleo y pobreza y, en consecuencia, cerrando las posibilidades de vida digna a sus ciudadanos menos favorecidos (Hernández Bringas, 2020).

Otro ámbito donde el impacto de la pandemia fue especialmente dramático es en el de la educación, pues ante la necesidad de suspender los cursos presenciales, en todo el mundo se improvisó educación a distancia, vía electrónica, para la que los sistemas educativos en su mayoría no estaban preparados ni contaban con los medios para realizarla (García Olivo, 2020). La consecuencia, además de la baja de calidad en la educación que recibieron los escolares, implicó problemas graves debido a la desigualdad y a la imposibilidad de muchas familias para proporcionar a los menores los medios para continuar su educación (Monreal, 2020). Esto agravado con la disminución del ingreso familiar y la imposibilidad de dar continuidad a la educación de los hijos. En México, de acuerdo con los datos oficiales las bajas para el curso 2020-2021 del sistema educativo fueron de cinco millones doscientos mil estudiantes.

Los estudiantes y menores, como grupo vulnerable además fueron totalmente desatendidos por la autoridad durante la pandemia, no sólo en el aspecto educativo sino ante el impacto que las medidas de aislamiento tuvieron para ellos, tanto en los aspectos de salud como psicológicos, dejándolos para que toda su atención fuera resuelta en el hogar y donde la carga se centró de manera fundamental en las mujeres, generando también violaciones a sus derechos.

Otro grupo vulnerable altamente afectado fue el de los adultos mayores, que, si bien fueron identificados claramente como el grupo social de mayor riesgo ante la pandemia, de la misma manera que con los menores sólo se buscó su aislamiento para evitar los contagios, sin atender a otros problemas de salud. Incluso cuando la gravedad de la pandemia puso en evidencia la falta de infraestructura e insumos para atender a la población, haciendo un razonamiento propio de la economía de guerra, se diseñaron estrategias de *triage* en las cuales en franca discriminación y violentando su dignidad como personas, se les excluía de la atención bajo la premisa de que habían vivido ya una vida completa, privilegiando la idea de salvar el mayor número de años por vivir.

En fin, la pandemia nos afectó como personas y sociedades en todos los aspectos, mostró nuestras vulnerabilidades y fragilidad tanto personal como social y de nuestras instituciones, es una verdadera tragedia para los derechos humanos de todos; sólo nos queda pensar en todo lo que tenemos que cambiar en nuestras sociedades para conseguir un mundo en el que nos sólo estemos mejor preparados para enfrentar situaciones como

la actual, sino para lograr un espacio de convivencia más justo, igualitario y ético. Para este fin la bioética y los derechos humanos son elementos indispensables para conseguirlo.

No cabe la menor duda que la experiencia que viene dejando la actual pandemia de Covid-19 representa un reto que invita a una mayor reflexión acerca de lo que puede ofrecer la bioética a fin de mejorar en forma cualitativa la puesta en práctica de decisiones políticas, de prácticas médicas y medico sociales, de actitudes en todos los sectores de la población con el fin de beneficiar, proteger la vulnerabilidad, evitar daños evitables, estimular el ejercicio de la libertad y la autonomía con la conciencia de lo que significan y los límites que presupone la interacción con otras personas, la búsqueda de la equidad y la justicia social. La bioética y los derechos humanos nos ofrecen el marco conceptual y el compromiso de llevarlo a la práctica conducentes ambos a la toma de conciencia de nuestro ser moral y su conversión en reflexión filosófica con inevitables proyecciones de aplicación en la vida cotidiana, sea en condiciones de normalidad, sea en las de eventos extraordinarios inusuales como es el caso de esta pandemia.

El presente trabajo fue realizado dentro del marco del proyecto *Medio siglo de epidemias en México Contemporáneo (1970-2021). Una visión medico humanista y socio-política*, Registrado en la UNAM como proyecto PAPIIT con la clave IN300121.

Bibliografía

- Bayer, Ronald, "Sida, salud pública y libertades civiles: consenso y conflicto en torno a medidas sanitarias", en M. Platts, compilador, Sida: Aproximaciones éticas, México, UNAM / Fondo de Cultura Económica, 1996, pp. 35-65.
- 2. Cohn Jr., Samuel K., *The Black Death Trasformed. Disease and culture in Early Renaissance Europe*, London / New York, Arnold & Oxford Ujivesitry Press, 2003.
- Consejo de Salubridad General, Guía Bioética para la utilización de recursos limitados de Medicina Crítica en situación de emergencia, México, 2020.
- Frenk, Julio, Otavio Gómez Dantés, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola, Salud: Focos rojos, México, Debate, 2020.
- García Olivo, Miguel Ángel, "Problemáticas en el derecho humano a la educación ante la pandemia", en García Ramírez, Sergio y Nuria González Martí, coords., COVID-19 y la desigualdad que nos espera, México, UNAM, 2020, pp. 33-41
- 6. García Máynez, Eduardo, Introducción al estudio del derecho; 28ª. ed., México, Porrúa, 1978.
- Gillon Raanan, "Negativa a dar tratamientos a pacientes con Dida y VIH positivos", en M. Platts, compilador, Sida: Aproximaciones éticas, México, UNAM / Fondo de Cultura Económica, 1996, pp.209-215.
- González Valenzuela, Juliana, Genoma humano y dignidad humana, Barcelona-México, Anthropos-UNAM, 2005.
- Hernández Bringas, Héctor, "COVID-19 en México: un perfil sociodemográfico", Notas de Población, Santiago de Chile, CEPAL, núm. 111, julio-diciembre de 2020, págs. 105-132.
- Horton, Richard, "Coronavirus is the Greatest Global Science Policy Failure in a Generation", The Guardian, 9 de abril de 2020.
- 11. Hottois, Gilbert, "Bioética y derechos humanos", en *Bioética y derechos humanos*; 2ª. ed., Bogotá, Colombia, Ediciones El Bosque, 2002. p. 150-215.

- 12. Instituto Nacional de Salud Pública, *Recomendaciones Pandemia*, https://www.insp.mx/avisos/recomendaciones-pandemia, consultado el 27 enero de 2021
- 13. Jonas, Hans, El principio de responsabilidad, México, ed. Herder, 2004.
- Jonsen, Albert, A short History of Medical Ethics, New York / Oxford, Oxford University Press, 2000.
- 15. KnightonChronicle 1337-1396, ed. y tr. de G.H. Martin, Oxford, 1995.
- 16. Le Blanc, Guillaume, "Être vulnérable // Qu'est-ce qui nous arrive »,https://m.youtube.com/watch?v=xtfru-3TcT4, mayo 2021.
- 17. León Correa, Francisco Javier, "Dignidad humana, libertad y bioética", *Persona y Bioética*, Colombia, Universidad de la Sabana, núm. 1, julio-septiembre, 1997, pp.124-147.
- Martínez Bullé Goyri, Víctor M., "Bioética, Derecho y derechos humanos", en González Valenzuela, Juliana, coord., Perspectivas de Bioética, México, UNAM-CNDH-FCE, 2008, pp. 90-107.
- 19. Laudan, Larry, "Medicina coercitiva, paternalismo y salud pública", en Olbeth Hansberg y Marc Platts, compiladores, *Responsabilidad y libertad*, México, Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM / Fondo de Cultura Económica, 2002, pp. 87-99
- Massini Correas, Carlos I., "Dworkin, Finnis y la única respuesta correcta", Ars Iuris, México, núm. 34, 2005, pp. 131-161.
- 21. Monreal Castorena, Fátima Francisca, et al., "La desigualdad del derecho al acceso a la educación durante la pandemia del COVID-19", en García Ramírez, Sergio y Nuria González Martí,coords., COVID-19 y la desigualdad que nos espera, México, UNAM, 2020, pp. 141-149.
- Peces Barba, Gregorio, "Derechos fundamentales", en http://e-archivo.uc3m.es/bits-tream/10016/10462/1/derechos_Peces_RJCM_1987.pdf (versión castellana de la voz "Diriti e doveri fundamentali" destinada al Novísimo Digesto Italiano).
- 23. Pellegrino, Edmond D., Thomasma, David C., For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care, New York / Oxford, Oxford University Press, 1988.
- 24. Platts, Marc, "Moralidad y sexualidad", en M. Platts, compilador, *Sida: Aproximaciones éticas*, México, UNAM / Fondo de Cultura Económica, 1996, pp. 67-75
- 25. Powers, M., Faden Faden, R.R. & Faden Faden R. R., Social Justice: the moral foundations of public health and health policy, New York, Oxford University Press, 2006, citado en Consejo de Salubridad General, Guía Bioética para la utilización de recursos limitados de Medicina Crítica en situación de emergencia, México, 2020,
- Rhodes, Rosamond, Margaret P., Battin & Anita Silvers, Medicine and Social Justice, Oxford / New York, Oxford University Press, 2002.
- 27. Segato, Rita Laura, "Coronavirus: todos somos mortales. Del significante vacío a la naturaleza abierta de la historia", en Quijano Valencia, Oliver y Carlos Corredor Jiménez, coords., Pandemia al sur, Buenos Aires, Prometeo Libros, 2020, p. 11-21.
- 28. Séve, René, "L'éthique comme besoin", en Jean Pierre Changeux, oord., *Fondements naturelles de l'éthique*, Paris, Éditions Odile Jacob, 1996, pp. 105-115)
- 29. Tauber, Alfred I., *Patient autonomy and the Ethics of responsibility*, Cambridge, Massachusets, Massachusets Institute of Technology (MIT), 2005.
- 30. Universidad de Pittsburgh, Allocation of Scarce Critical Care Resources During a Public Health Emergence, 2020, citado en Consejo de Salubridad General, Guía Bioética para la utilización de recursos limitados de Medicina Crítica en situación de emergencia, México, 2020, pp.6 y ss.
- 31. Viesca, C., Ramos de Viesca, M., "Más allá de los principios. La areté del médico en el siglo XXI", en Memorias del Congreso Mundial de Bioética. Gijón, junio de 2000.

- 32. Viesca Treviño, Carlos, "Bioética. Concepto y métodos", en González Valenzuela, Juliana, coord., *Perspectivas de Bioética*, México, UNAM-CNDH-FCE, 2008, pp. 53-89.
- 33. Villani, Mateo, Cronica con la continuazione di Filippo Villani, 2 vols., Parma, 1995
- 34. Vinogradoff, Paul, Normas sociales y normas jurídicas, México, FCE, 1997.









La presente
edición se terminó
de imprimir en el mes
de noviembre de 2022 en los
talleres de Impresos y Acabados Pérez
Hernández. Av. Vicente Riva Palacio #68 Colonia
Maravillas. Cd. Nezahualcóyotl, estado de México.