

Comunicación y disonancia en medicina

I. INTRODUCCION

ANTONIO FRAGA-MOURET*

En la misión de autorrealizarse el humano busca y refiere conocimientos a través de la comunicación, pero a la vez define su relación con su medio a través de ella.

La comunicación en medicina puede ser coloquial o masiva, auditiva o visual, bidireccional de o hacia una población homóloga o heteróloga y los niveles en que se desarrolla varían desde el analfabeto al gran científico.

En ninguna de las disciplinas profesionales, la relación de conocimientos es tan dinámica y actual como en la medicina ya que de ella dependerá el desarrollo de la investigación y lo más importante, la curación y reincorporación a la normalidad de un ser humano enfermo. En los medios docentes hospitalarios la comunicación frecuentemente es informal, aunque existe también la formal. Basta citar algunos ejemplos: ¿Quién no ha sufrido la angustia e interminable espera para que una conferencia, simposio o mesa redonda termine?,

no por falta de contenido sino por la manera en que éste se transmite al auditorio, más aún, cuando en estos eventos el auditorio está cautivo y es éste auditorio el que valora nuestras acciones, el que juzga a nuestros hospitales e instituciones por medio de la información que recibe.

Otros ejemplos serían el diálogo que se establece entre el equipo de salud, el paciente y su medio familiar y social, en estos casos los protagonistas de esta interrelación llegan a la frustración o a una actitud indiferente, al observar lo ineficaz de su esfuerzo y esto debido desafortunadamente a la falta de adecuación del mensaje, a una población con diferente fisonomía cultural. El más dramático ejemplo lo constituye la comunicación con lenguaje técnico médico al paciente en ausencia de simbolismos, o lenguaje asequible al receptor.

La comunicación en medicina requiere de sensibilidad, creatividad y dominio de ciencias y técnicas. Para ello hay que saber escuchar e interpretar al paciente, que sufre de disonancia cognoscitiva, es decir tiene la inquietud provocada por la inseguridad de su situación. El conocimiento debe referirse no solo a los fenómenos que interpretamos médicamente sino a saber manejar la actitud basal del receptor, ya que esto es más fácil de hacer que crear una actitud nueva, puesto que

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 20 de junio de 1984.

* Académico numerario. Director, Hospital de Especialidades, Centro Médico "La Raza", Instituto Mexicano del Seguro Social.

el sujeto siempre estará motivado a aceptar algo que él necesita y que se le ofrece.

La creatividad está dada no solo por la manera en que transmitimos el mensaje, sino por la aplicación de las técnicas de comunicación y la matización personal del emisor.

Se debe verificar que efectivamente el mensaje penetró y se mantiene el cambio de actitud que éste ha provocado, aún a costa de ser repetitivo.

En la actualidad se publican más de 800,000 trabajos al año en los campos científicos y técnicos y hay que reconocer que el informe científico es la expresión inductiva y deductiva de un problema, que debe servir de bases para futuras investigaciones no como instrumento para una carrera curricular, con objeto de obtener mejores puestos jerárquicos o fondos para la investigación.

Por otra parte el no realizar la comunicación científica significa aceptar la esterilización de la ciencia, del desarrollo de ideas, teorías e instrumentación en beneficio del ser humano.

Por ello en este simposio analizaremos los diferentes niveles tipos de comunicación y causas de interferencia en medicina, enfatizaremos a través del análisis la comunicación en la relación médico paciente y la manera en que esta actúa para la obtención del conocimiento. Se describirá lo sobresaliente en las publicaciones médicas y finalmente se analizará la incongruencia existente entre los administradores y planeadores de la salud y los encargados de efectuar las actividades en la prevención y cuidado de la misma.

II. LA COMUNICACION CON EL PACIENTE

JOSE EMILIO EXAIRE-MURAD*

Tema complejo en el que todos participamos en forma empírica. Poco o nada es posible encontrar de algo que no se enseña y solo se aprende con la práctica cotidiana de nuestra apasionante profesión.

La carencia de tiempo parece ser el común denominador que escuchamos en cada momento, pero sobre todo cuando pedimos a los jóvenes médicos

que profundicen en la comunicación dual con los pacientes y paulatinamente observamos la pérdida de esa relación indispensable para la práctica integral de la medicina.

Los significados de la palabra comunicar en sus acepciones elementales son el de transmitir y el de estar en la relación. Por ello en estos minutos nos referiremos a las relaciones del médico y del paciente, así como a las causas frecuentes que las favorecen, interfieren o rompen.

Nada hay más importante en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo. Sin embargo desde la más remota antigüedad hasta nuestros días, dos utopías han intentado quitar a esta relación su carácter inmediato: La mentalidad mágica que pretende la acción a distancia con la posibilidad de sanar a un enfermo sin contacto directo con él, y la mentalidad técnica que sueña con la probabilidad de un diagnóstico logrado a través de instrumentación objetiva (cifras analíticas, registros gráficos, computadoras, resonancia magnética, etc.) y de un tratamiento limitado a la fiel ejecución de órdenes escritas, lo que al fin representa una forma sofisticada de acción a distancia.

El continuo progreso de los recursos diagnósticos y terapéuticos tienden a modificar la apariencia más externa de esa dualidad que es en esencia una doble actividad: Diagnosticar y curar, diálogo y decisión acciones inseparables e insustituibles.

Causas y motivos de toda índole, sociales, técnicos, morales, psicológicos hacen hoy problemático el diálogo. Desde el punto de vista de la asistencia médica, es patente el conflicto entre la socialización de la medicina con su explosiva necesidad de cobertura, y la orientación personalista creciente de la patología, —enfermo, no enfermedad—.

Usualmente nos preocupamos en demasía por las enfermedades para poder ocuparnos de los enfermos. Recurrimos más a la ciencia médica, tratado de las relaciones entre salud y enfermedad; que al arte médico que se ocupa de la relación médico paciente y que como cualquier otro arte, su propósito es elevar y enriquecer la mente y el espíritu humano.

Esta desviación ha motivado un cambio trascendente en el binomio médico paciente. Si tuviéramos que usar adjetivos para describir a la mayoría de los médicos, los principales serían: atareado, preocupado, cansado, descontento, inquieto, intranquilo e incomprendido, reveladores todos de no haber alcanzado en el ejercicio de su profesión

* Académico numerario.

la recompensa anhelada. Asimismo, es preocupante la imagen actual que tiene el público de nuestra profesión. Frecuentemente somos blanco de violentas críticas, que van desde el oficio sacro que reivindicó al médico al dar a su origen contornos legendarios emancipándolo de los dioses que lo crearon, al de traficante mercenario hambriento de riqueza. ¿A qué se debe que ahora nos comparen tan desfavorablemente con los médicos de antaño? Probablemente el origen se encuentra en el hecho de que contrariamente a nuestros colegas de ayer, médicos en cuerpo y alma, pacientes y amables, hoy no sabemos ganar el aprecio de nuestros pacientes ni recoger de nuestra profesión los frutos que nos brinda.

El placer de ejercer la medicina está en relación directa con la habilidad de quitarse la máscara profesional y disfrutar de una relación personal con nuestros pacientes, derogar la pretensión de omnipotencia y lograr que nuestros enfermos confíen en la medida en que crean en nuestra omnisciencia. El fracaso de muchos médicos en lograr esta relación es la causa principal de la frustración y desilusión de sus pacientes. Es indispensable considerar que nuestra comunicación debe centrarse en la persona que actúa, pone en juego sus sentimientos, trata de entender nuestro mensaje, lo razona y se responsabiliza de su actitud. Por ello, debe establecerse con un lenguaje sencillo y dirigido previa sensibilización a sus problemas más ingentes.

En sus aspectos generales la comunicación médico paciente debe llenar plenamente las siguientes características: respeto, tolerancia, conocimiento de sí mismo y del comportamiento humano, generosidad, honestidad, fe, confianza y disciplina. Al brindarlos, ambos alcanzan no sólo la empatía sino algo más, la simpatía que podríamos considerar como la empatía más el afecto personal. Antes que al médico y al enfermo, la relación médica vincula mutuamente a dos seres humanos cuyo fundamento genérico articula el menester de uno, enfermedad y la capacidad de otro para remediarlo. De una adecuada comunión se logrará el éxito terapéutico. Recordemos que descándolo o no el médico nunca deja de actuar terapéuticamente sobre sus enfermos. El médico es el primero de los medicamentos que él prescribe dijo certeramente Bálint. Sin embargo, la disonancia en la comunicación y el hecho de que un sin fin de nuestras indicaciones son autonegativas más que autopermisivas limitan las posibilidades de esa terapia. La mejor ayuda para incrementarla se obtendrá al

estrecharse la relación personal entre el médico y el paciente. Para que el enfermo confíe en nuestros consejos, debe confiar primero en nosotros.

III. LA RELACION INTERMEDICA

RUBEN LISKER*

Cuando participo en una reunión científica abordo temas en los que he trabajado y a cuyo conocimiento he contribuido, aun cuando sea de una manera modesta. En ocasiones he hablado sobre asuntos en los que no he tenido experiencia personal, pero sólo después de leer algo de la literatura sobre el particular. Hoy va a ser diferente, no he trabajado sobre el problema de la comunicación entre los médicos y no he leído literatura al respecto, confesando que ni siquiera sé si existe, de tal suerte que lo que sigue, va a ser una serie de reflexiones sobre el tema, necesariamente un tanto anecdóticas, seguramente influidas por mis vivencias al respecto.

Llevo casi exactamente 30 años de comunicarme con otros médicos, ya que me recibí en julio de 1954 y durante casi toda mi carrera me he dedicado de manera exclusiva al trabajo institucional. Más aún, salvo por algunos años que pasé en el extranjero, he laborado en una sola institución, relativamente pequeña. En ella me ha interesado la genética humana, especialidad que requiere casi siempre de la acción conjunta de varios médicos, que deben comunicarse entre sí, y la enseñanza médica a nivel de postgrado, cuya eficacia depende en parte del grado de comunicación entre alumnos y maestros. Se me ocurre que podría elaborar sobre los siguientes tipos de comunicación:

La interconsulta médica

Es un evento muy común, que se da cuando un médico solicita la opinión de otro en relación a algún problema diagnóstico o terapéutico. Esta forma de comunicación es probablemente una de las más eficientes, en particular cuando es verbal;

* Académico titular. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán".

ya que se dan condiciones muy favorables: el solicitante tiene interés en la opinión del colega, ya sea porque quiere ayudar a su paciente o, simplemente le conviene resolver su problema médico y el consultante quiere ayudar, también por interés genuino en el enfermo o para conservar su reputación de buen médico lo que resulta halagador. Tiene esta forma de comunicación la ventaja adicional de que permite el diálogo entre las partes involucradas y cada quien puede exponer su punto de vista varias veces y de distinta manera hasta hacerse entender. En el fondo suele suceder que ambas partes quieren llegar a un acuerdo y no están defendiendo posiciones de legitimidad discutible.

Cursos, cursitos y cursotes.

En México se ofrecen decenas o centenas de cursos anualmente, con una duración desde unos cuantos días hasta varios años. Tienen en común el pretender transmitir algún conocimiento para modificar la conducta de quienes los toman en base a la información recibida. Los cursos cortos se basan casi exclusivamente en exposiciones teóricas, a pesar de que algunos de ellos llevan el apelativo de teórico-prácticos. Tengo la convicción que las habilidades y destrezas sólo se aprenden con la práctica y ni el más hábil conferencista pueden enseñar cómo se siente el hígado cirrótico o se oye un ruido cardíaco anormal. Para aprender esto, es necesario sentirlo o escucharlo. Si a lo anterior añadimos que estos cursos se toman por razones burocráticas o curriculares, sin interés real en los temas a tratar y todo él se reduce a una serie de conferencias, que como señalaré más adelante, no son el método ideal de comunicación, mucho me temo que el gran esfuerzo que se hace en este aspecto no reditúe lo esperado.

En los cursos largos, tipo residencias, en que se puede dar la relación docente por excelencia, que es la tutoría crítica y permanente de las actividades teórico-prácticas de los alumnos por sus profesores, sí se logra este cambio de actitud en base a la información adquirida. El peligro está, en que estos cursos se dan en instituciones donde las circunstancias impiden que se obtenga la tutoría señalada y se ha pretendido uniformarlos mediante la tecnología educativa moderna. Los profesores tomamos cursos de didáctica, se nos asesora para hacer el programa por objetivos, se nos enseña a hacer reactivos, —antes les llamábamos preguntas para evaluar a los alumnos, y otra serie de

cosas, todas útiles, pero que soslayan el problema principal, a saber: la tecnología educativa no cambia la realidad, no dota a las instituciones de bibliotecas, no modifica la carga de trabajo de los alumnos ni las posibilidades para que un profesor pueda supervisar sus actividades, y estos son los factores principales para que ocurra el proceso óptimo de enseñanza aprendizaje y no la calidad de los reactivos empleados en los llamados exámenes objetivos. Finalmente quiero discutir algo en relación a las conferencias teóricas.

Conferencias teóricas

Otras formas de comunicación, conferencias, mesas redondas o simposios, tienen una eficiencia mucho menor en transmitir información del expositor al escucha. Esto deriva de varias circunstancias; el expositor puede no tener nada que decir o, no saber decirlo y quien escucha puede no estar motivado para realmente tratar de obtener información, a pesar de estar físicamente en el sitio donde está ocurriendo una conferencia, como pudiera, incluso, estar sucediendo ahora. En efecto, los motivos por los que un médico va a escuchar a un colega pueden ser muchos: accidentales, andaba por el rumbo y no tenía mucho que hacer; es de la mesa directiva y es mal visto que no asista a una reunión; está sentado muy adelante en el salón y le da pena que le vean salir; el ponente no ha pasado diapositivas, impidiendo que se abandone el recinto de manera subrepticia y así muchos otros motivos que impiden que ocurra la transferencia de información. Dicho de otra manera, es indispensable para que ocurra comunicación, que quien escucha esté genuinamente interesado en el tema que se va a tratar.

Probablemente de igual importancia a lo anterior es la necesidad de fomentar un amplio intercambio de opiniones después de que el experto diga su rollo, aclarando que esta expresión no es peyorativa y es de uso correcto en nuestra lengua. El no fomentar el diálogo y más aún, el tratar de impedirlo, como no es raro que ocurra, es cierto que evita incidentes, a veces desagradables, pero también es cierto que impide aclarar dudas o rectificar conceptos que pueden volver completamente estériles los esfuerzos del mejor expositor.

Hace algunos años leí una conferencia de mi amigo el doctor Ruy Pérez Tamayo, denominada Conferencia Magistral en la que daba su opinión sobre este tipo de evento. Yo pienso que lo que él dijo no sólo es aplicable a una conferencia

magistral sino que se puede extrapolar a todo tipo de exposición teórica y me permitirá aquí analizar algunas cuestiones en relación a los conferencistas mismos.

Pérez Tamayo clasifica las conferencias magistrales, que para mí, repito, vale para toda exposición teórica en tres tipos: las apolíneas o narcisistas, las dionisiacas o sensacionales y las cefalálgicas o somníferas, aceptando desde luego que la mayoría son formas intermedias o francamente híbridas.

Las apolíneas o narcisistas son aquellas cuyo principal objetivo es destacar la personalidad del conferenciante, quien quiere convencer a su auditorio que es el mejor del mundo, o por lo menos un gran hombre. Estos conferencistas suelen abrumar de información para lograr su objetivo, impidiendo la comprensión de lo que dicen, excepto para un experto como ellos y deslumbran con la vieja máxima de que si no entendí nada, este cuate debe ser muy bueno.

Según Pérez Tamayo las conferencias dionisiacas o sensacionales, son aquellas en que el objetivo es atraer y fijar la atención del público sobre la conferencia. Se busca que tengan un gran éxito, usándose mucho material audiovisual, sin importar la verdad de su contenido. Este tipo de conferencias realmente se ven más en las llamadas magistrales que en otras exposiciones teóricas, aunque no hace mucho me tocó asistir a una conferencia en que primero hubo diapositivas, luego cine y finalmente entrevistas con algunos enfermos para que relataran cómo habían mejorado de su enfermedad. Me recordó algo que me sucede desde hace tiempo y es que el número de diapositivas que uso en una conferencia, guarda una relación inversa con el tiempo que le dedico a prepararla. Cuando leí el artículo de Pérez Tamayo me enteré que la 3a. Ley de Murphy dice: "La importancia y la verdad del contenido de una conferencia magistral está en relación inversamente proporcional al número y tipos de materiales audiovisuales que se usen para presentarla".

Las conferencias cefalálgicas o somníferas, son las más comunes y representan aquellas en que el expositor no tiene nada que decir y además, no sabe cómo decirlo. Según Pérez Tamayo no es raro que la mitad de la conferencia la pase confesando que el honor de la invitación es inmerecido.

Hasta ahora no he hablado más que de malas presentaciones, ¿acaso no hay buenas? Sí las hay y son aquellas en que el conferenciante conoce el

tema de que está hablando y ha pensado qué es lo que le quiere transmitir al auditorio y cómo lo va a hacer. Las tres reglas de oro son: Tener algo que decir, decirlo y no hablar más.

IV. LAS PUBLICACIONES

SILVESTRE FRENK*

El tono festivo del doctor Rubén Lisker me libera de mis inhibiciones y me hace decir, que este acostumbrado proceso de alternancia de oradores me recuerda aquella canción ranchera de antaño que decía: "Escaleras de la cárcel/escalón por escalón/unos suben, otros bajan/hagan su declaración".

La mesa directiva, el señor coordinador y ustedes, amable auditorio, sabrán disculpar tamaña y tan folklórica disonancia. Yo por mi parte pienso que en este tan austero pero a la vez tan nacional recinto sí tienen buen lugar las metáforas nacidas de la sabiduría popular. Y en materia de comunicación intermédica, sea la de viva voz o la conducida al través de la letra impresa, de igual modo, en sucesión, subimos, bajamos, hacemos nuestra declaración, pero no alcanzamos a amalgamarnos.

Por lo pronto, parece que esto tiene que ser así, que no hay otra manera de presentar con la debida formalidad un tema, sea en agrupaciones científicas e intelectuales o en congresos o en mítines políticos. Tampoco hay, al parecer, otro modo de publicar. Y en ello, opino yo, estriba uno de los mayores escollos para una buena comunicación.

En mucho, además de las características obvias, distínguense las revistas de biomedicina y las obras que recopilan trabajos presentados en reuniones científicas, de un libro, sea éste de índole monográfica o uno de texto. En tanto que el autor, desde las páginas de su libro tal parece que le habla al lector, o lo que es lo mismo, como si éste le escuchara, cuando en cambio en un artículo habla acerca de sus observaciones o de sus ex-

* Académico titular. Unidad de Investigación Biomédica. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

perimentos, más que nada llega a la conciencia del lector por la vía de la visión. Y si hemos de creerle a Marshall McLuhan, en tanto que el ojo es frío y neutral, el sentido del oído es delicado, hiperestético, comprensivo, inductor de sentimientos y emociones, de comunión, de comunicación, de acción y reacción simultáneos.

Puede decirse que como regla, de nuestras publicaciones periódicas, conocemos lo que pretenden informar pero poco acerca de si en verdad lo comunican. No sabemos si en nuestro medio se han realizado investigaciones acerca del particular.

Con motivo de haber llegado la Gaceta Médica de México a sus primeros cien volúmenes, en la sesión ordinaria del 23 de septiembre de 1970 y después de un artículo intitulado "Las publicaciones médicas periódicas: un nuevo problema de contaminación ambiental", los doctores Armando M. Sandoval y Alejandro Núñez manifestaron que al hablar del problema de las publicaciones médicas, se tendría que llegar irremediamente a la conclusión de su inoperancia como instrumento de comunicación; y que además, esto no era otra cosa que una de las varias manifestaciones del ejercicio profesional médico actual.

A pesar de su tono tajante y categórico, los autores no quisieron en rigor practicar un análisis o plantear una hipótesis viable acerca de la patogenia de la ineficiencia de las revistas médicas periódicas en su carácter de elementos de comunicación, más que en lo que concierne a la consabida barrera idiomática. Al respecto podríamos decir nosotros que tal barrera persiste para muchos médicos mexicanos, máxime que ahora por fortuna en nuestro país la gran mayoría de los libros de texto que requiere el estudiante de medicina, primaria o secundariamente se hallan escritos en español, con lo que el aprender una o varias lenguas vivas ha dejado de ser una necesidad ineludible para el médico.

Hace ya unos quince años, el académico Alfredo Heredia Duarte presentó en esta misma tribuna un concienzudo análisis acerca de la circulación de revistas médicas nacionales y extranjeras en nuestro país. Si en aquel entonces el número de suscripciones a las revistas publicadas en otras naciones, tanto las de orden general como especializadas, era verdaderamente risible por su pequeña magnitud, es de suponer que en tiempos actuales, con su muy elevado costo en moneda nacional y las dificultades para obtener las divisas para adquirir las, la proporción de los médicos mexicanos

suscritos a revistas publicadas en el exterior debe ser todavía menor.

Pero no se crea que en cambio sea grande la suscripción activa, o sea pagada, a revistas mexicanas. Día vendrá en que alguien efectúe un análisis psicológico y sociológico acerca de la inmotivación de nuestros médicos para compartir con sus colegas lo que estos escriben. A la Gaceta Médica de México solamente se abonan por un año unos mil médicos no académicos, de un total calculado de cerca de 100,000 incluidos los estudiantes de últimos años. Por fortuna es mucho mayor en proporción el número de especialistas suscritos a las revistas locales publicadas por las sociedades científicas de la disciplina correspondiente. Pero casi no hay médico que no reciba alguna de las varias revistas catalogadas como comerciales, por razón de ser editadas por empresas de publicidad médica, que las emplean como vehículos de propaganda comercial. De paso, no está por demás decir que la profusión de anuncios que caracteriza a estos fascículos, lejos de exasperar a todos los lectores, para muchos constituye su máximo atractivo, por ser su fuente primordial de actualización terapéutica permanente.

Si poco leemos lo que se escribe en México, menos lo internacionalizamos, valga el término, si hemos de tomar como base las veces que los mexicanos o para el caso, los iberoamericanos, citamos nuestros artículos cuando aparecen publicados en revistas nuestras. Si acaso, podemos exceptuar de esta máxima a los autores de fama, aunque algunos de ellos sean famosos precisamente por ser famosos. Con los demás, solemos conducirnos como si el artículo ajeno fuese una amenaza a la integridad de quienes al momento *no* escriben. Al parecer, aceptamos mejor lo que se dice que lo que se publica.

Sandoval y Núñez catalogaron con justicia a las publicaciones médicas como un nuevo problema de contaminación ambiental. Dicen: "En un ambiente contaminado por aludes de papel impreso, el médico debe aprender a eliminar la hojarasca y asimilar el mínimo accesible para su progreso profesional. El aspecto más importante de este problema educativo es que nadie puede dejar de encararlo sin correr serios peligros".

Que el tiempo disponible para leer la literatura esté en relación inversa con la edad del lector no es algo nuevo. Ya la primera revista científica que hubo en el mundo, el *Journal des Sçavantes*, al definir sus propósitos en el número inicial apare-

cido en enero de 1665, confesaba haber sido "inventada para consuelo de aquellos por ser demasiado indolentes o estar demasiado ocupados no pueden leer libros completos", agregando que a la vez era un "medio para satisfacer la curiosidad e instruirse con poco esfuerzo". A lo que en 1830 el poeta francés Alfonse de Lamartine agregaría que "los libros siempre llegan demasiado tarde".

Así, la revista médica ciertamente constituye un vehículo más dinámico, vital, ágil y oportuno para transmitir lo nuevo en biomedicina o en medicina clínica. Pero además, no tiene, como lo que se escribe para el periódico diario, la fecha de publicación por epitafio, según la frase feliz de Fernando Benítez, sino que igual como el libro sobrevive, es decir revive cuando es leída.

Enterarnos de algo por medio de la palabra escrita es una aventura, una empresa estrictamente personal, pero que significa superposición y fusión de vivencias, y la colectivización de pareceres individuales.

Ahora que esto se conoce, cuando estamos en la era de tecnificación de la comunicabilidad, no vemos que los progresos teóricos hayan repercutido significativamente en un mejor enlace entre los autores y quienes leen sus trabajos. Ha de reconocerse que a la mayoría de las revistas que se publican en el campo biomédico, no han llegado aún los preceptos de las modernas técnicas de la comunicación. Ciertamente no a las nacionales. Si acaso, cuando una revista sería para su edición cae en manos de publirrelacionistas profesionales, lo más que estos suelen lograr, además de abarrotarla de atractivos anuncios, es convertirla en un escaparate de cursilería, casi siempre con el estilo de un *art nouveau* trasnochado.

En el seno de las memorables V Jornadas Médicas Nacionales de esta Academia, las que tuvieron lugar en el año 1960, Efrén C. del Pozo hizo notar que el sistema de publicaciones médicas vigente entonces en México, él acotaba "si es que se puede hablar de sistema", era desordenado, anárquico y carente de planeación. 25 años después podemos seguir diciendo, como él entonces, que aunque muchas han desaparecido a golpe de crisis, aún existen en México revistas que recogen materiales heterogéneos, buscados muchas veces con el solo afán de llenar páginas. Las buenas, en cambio, tienen atraso de hasta un año con los trabajos pendientes de publicar. Nuestras publicaciones, a decir de Del Pozo, llevan el signo de un individualismo pertinaz y a vistas de un afán publicitario

que puede ser de buena cepa, como buscar el prestigio académico de los autores o de las instituciones. En tiempos actuales, agregaríamos, son también la piedra de toque cardinal para obtener mayor puntuación en la calificación a la que hoy en día se ve sometido todo aquel que aspira a obtener un puesto o a mejorar de categoría. Publicar, que no comunicar, se ha vuelto *conditio sine qua non* para todo profesional que aspira a ser conocido, reconocido, calificado y socialmente aceptado. ¿Y qué decir del *dictum* aquél de "publica o perece"?

Es decir, a las publicaciones periódicas les ocurre algo parecido a tantos otros productos de nuestra civilización: que han sido creadas para un propósito y a él le sirven, pero además a un gran número de funciones colaterales; como el automóvil que deja de ser instrumento de transporte para convertirse en indicador de *status* social o de riqueza o a veces hasta un símbolo sexual.

En su tiempo, Del Pozo planteaba la necesidad de crear una revista que en México informara de manera veraz y oportuna al médico general de los progresos terapéuticos, de los avances en el conocimiento de las enfermedades, de los nuevos recursos de laboratorio. El grueso de esta información podría ser elaborada a la vista de las necesidades específicas del momento, a petición especial del cuerpo editorial de la revista, a quienes fuesen más capaces y adecuados para el caso. Podría decir yo que tal cosa se viene realizando ya con la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuya circulación es además la más amplia entre las publicaciones no comerciales. Pero en este sentido mucho queda todavía que recorrer. Es decir, está todavía por hacerse la labor honda, amplia, grande, sistemática, que requiere el país.

No está por demás recordar que Del Pozo columbrada que la organización responsable de la publicación sería una poderosa y respetable asociación médica nacional, que promoviera y vigilara el desarrollo de todas las metas que hiciesen del médico mexicano un profesional cada vez mejor por sus conocimientos, por su moralidad y por su deseo de servir.

En aquel entonces se hizo hincapié en que el contenido de la revista en cuestión no fuese exclusivamente por pedimento específico, sino que la producción de quienes tuviesen el ímpetu de escribir encontrasen cabida en una sección especial, pero reservando en la revista un contenido de información constante, con los progresos registrados

en las diferentes especialidades, encauzado y siempre subordinado a un programa, con la finalidad fundamentalmente de proporcionar información al médico general. En algún tiempo se tuvo un programa así en la Gaceta Médica de México y muchas de las monografías médicas que fueron pedidas específicamente a expertos en cada tema, quedaron impresas al lado de las contribuciones originales. Después de 15 años de haber iniciado su publicación son todavía muchas de estas monografías material de estudio obligado para médicos y estudiantes. Lo sabemos por las peticiones que recibíamos para tener acceso al acervo de ejemplares atrasados de la Gaceta.

En cambio ha fracasado la Gaceta en sus muchas veces promovida sección de Cartas al Editor. Sección que se ha vuelto tradición en revistas, por algo son británicas, como Nature y Lancet, que les confiere vitalidad y frescura, que por muchos es leída antes de los artículos formales. He aquí un excelente medio de intercomunicación, uno de los pocos dentro de las rígidas reglas que norman lo impreso.

¿Cuál habría de ser el tono de la nueva revista?
¿Continuar, como hasta ahora, en calidad de instrumento de información para leer lo que no se oye pudiendo haberlo oído? ¿Persistir en dar noticia de casos clínicos, uno tras otro, o, dependiendo del carácter de la publicación, de los resultados de investigaciones en el terreno científico?
¿O más bien debe ser exponente del lema "bajemos de la torre de marfil", a tono con la transición de la "era científica" a la "era de la comunidad" con que de repente pretende adoctrinarnos la Organización Mundial de la Salud?

Bien diferentes son las necesidades sentidas por quienes se instruyen al través de revistas. Quien solamente desea información acerca del modo de utilización de los nuevos medicamentos, y lo hace así, como se decía, al través de los anuncios; quien tiene mayor avidez por captar información acerca de mecanismos fisiológicos, patológicos o farmacológicos; quien prefiere leer los relatos de casos clínicos, muchas veces con espíritu que pudiéramos llamar de telenovela médica; o el científico, concentrado en su área de trabajo y en el experimento del día, que necesita comunicar sus hallazgos. Obviamente no existe una sola revista buena para todo.

Pudiera parecer a ustedes que aquí se ha complicado innecesariamente algo tan simple como poderse comunicar con otros por lo que han escrito

y al lograrlo, internalizarlo, hacerlo propio, no importa que después se olvide. El caso es que ya urge popularizar una manera novedosa, un moderno estilo de comunicación intermédica, quizás mediante grabaciones como ya algunas vez se intentó en México, para que el autor se fusione con el lector oyente, para que ambos se retroalimenten, de modo que ya no uno suba, otro baje después de hacer su declaración.

V. LAS RELACIONES MEDICO-ADMINISTRATIVAS

JORGE CORVERA-BERNARDELLI*

Cuando el Dr. Fraga sugirió el tema que debería tratar en esta sesión, mi reacción fue de entusiasmo ante una tarea que se antojaba fácil. Sería una excelente oportunidad para criticar la falta de comprensión de los administrativos ante las justas quejas de los médicos.

Sin embargo, tan pronto comencé a tratar de imaginar lo que habría de decir, me dí cuenta de la dificultad del encargo.

Hablar de las relaciones médicoadministrativas en el contexto de un simposio sobre Comunicación y Disonancia en Medicina es complejo. Definir términos se hace imprescindible: ¿Quiénes son los médicos, qué es la administración, a qué relaciones nos referimos?

Podemos aceptar que en el tema se encuentran implícitos cuatro elementos:

1. Médicos, que son quienes en forma directa ejecutan un acto médico, valga la redundancia.
2. Administrativos, que son quienes coordinan y dirigen a los médicos, y proveen de los requerimientos materiales necesarios para el acto médico.
3. Las relaciones entre unos y otros, específicamente en función de la comunicación entre ellos.
4. El objetivo, que aceptamos es una tarea específica: la tan mencionada realización del acto médico.

* Académico titular.

De estos elementos interesa en este momento el tercero; es decir, hablaremos del proceso de comunicación. Este ha sido definido como "el intercambio de significancias entre individuos a través de un sistema común de símbolos". Esta expresión tiene la cualidad de ser concisa, pero aclara poco.

En 1928, Richards definió la comunicación como un aspecto circunscrito de la labor humana, diciendo: "la comunicación tiene lugar cuando una mente actúa sobre el ambiente de manera que otra mente sea influida; y en esa otra mente ocurre una experiencia semejante a la experiencia de la mente primera, y que es causada en parte por aquella experiencia".

Las interpretaciones de estas definiciones ha sido tan variadas como las disciplinas que las han elaborado. Dentro de ellas deben haber fenómenos tan diversos como el atractivo sexual a través de señales no verbales, la emoción estética a través de una obra de arte, etc. De toda la diversidad de interpretaciones posible, los psicólogos, politólogos, sociólogos y los expertos en propaganda, utilizan las que más se adaptan a sus fines.

La necesidad de reconocer con precisión los elementos básicos de la comunicación para poder manipularla, así como el crecimiento y desarrollo de la comunicación masiva y a distancia, en las sociedades modernas, ha estimulado la elaboración de modelos que representan el fenómeno en su esencia. El que primero recibió aceptación generalizada fue el de Shannon y Weaver, que en forma algo modificada identifica seis factores elementales en la comunicación:

1. La fuente del mensaje.
2. La codificación.
3. El mensaje.
4. El canal de transmisión, llamado desde McLuhan "el medio".
5. El decodificador.
6. El receptor.

Sobre esta cadena de elementos actuando linealmente en forma unidireccional, inciden factores que pueden deteriorar o preservar la calidad del mensaje. Las imprecisiones y las variantes en cada uno de los pasos del proceso conducen a deterioro y han recibido el nombre de "entropía" o "estática". La redundancia, que es un componente repetitivo de los elementos del mensaje, protege la calidad de su significado.

Este modelo es conceptualmente estático porque se refiere a mensajes enviados de un punto a otro,

y no toma en cuenta los resultados o posible influencias que el mensaje pueda ejercer en quien lo envía y en quien lo recibe; el modelo se torna dinámico y adquiere las características de verdadero proceso cuando se le asigna un asa de retroalimentación de modo que quien envía puede conocer y tomar en cuenta el efecto aparente de su mensaje en quien lo recibe.

¿Son estos aspectos de la comunicación médico-administrativa lo que nos preocupa ahora?

Es claro que no es así. Nuestro interés está más cerca del de los psicólogos, que estudian factores fundamentalmente en relación con el cambio de actitudes que ocurre como consecuencia del fenómeno de la comunicación; es decir, en los aspectos persuasivos del mensaje, a través de conceptos como percepción, atención y retención selectivas; con cambios y resistencia a los cambios, con los niveles de credibilidad distinguiéndolos de los niveles de veracidad y con la presión del consenso del grupo social sobre la percepción individual del mensaje.

En forma sencilla plantearemos, como el propósito de nuestro tema, la manera como la comunicación entre los médicos y los administrativos de la medicina influye en los actos médicos y a través de ellos, en la salud de la sociedad. Pero, ¿existe problema importante en el proceso de comunicación médico-administrativa?

La reacción automática narrada al comienzo, de aprovechar la oportunidad para quejarse de los administrativos, reacción que creo sea universal entre quienes practicamos cotidianamente las acciones médicas, fue indicativa de la existencia y de la profundidad del problema, al poner en evidencia el vasto golfo que en materia de comunicación separa a operativos y a administrativos de la medicina, a pesar de que a unos y a otros nos une una tarea común, y que para cumplir con ella es necesario laborar en armonía.

Analizar los defectos en la comunicación entre médicos y administrativos de la medicina tendrá importancia en la medida en que se logre identificar causas y proponer remedios. Para ello, se hace indispensable evitar caer en la anécdota y en la circunstancia para no perder la esencia. Hablar de malos administrativos, como de torpes médicos, es dejar de reconocer que existen problemas en la comunicación entre buenos administrativos y buenos médicos.

El análisis de los defectos de comunicación a que aludimos implica una labor vasta y compleja, propia de expertos en la materia. Sería en extremo

presuntuoso pretender siquiera esbozarlo en el tiempo asignado y con el enfoque profesional de quien escribe. Sin embargo, no siento fuera de lugar expresar algunas ideas aisladas acerca de tan importante tema.

Es obvio que sólo la comunicación puede establecer la retroalimentación que valore la diferencia entre propósito y logro, que permita al médico ser informado que sus acciones no son todo lo útiles que él se ha propuesto y, al administrativo, que sus planes y su organización no han llegado a la meta deseada. Pero esto tiene como requisito que los propósitos de las acciones planeadas o ejecutadas sean compartidas por ambos componentes del binomio en cuestión. No hay posibilidad de comunicación constructiva cuando el médico desea llegar a una meta y quienes reglamentan su actividad se dirijan hacia otra.

Y es que los propósitos difícilmente pudieran ser más distintos.

El médico ha sido adiestrado para buscar el bien del individuo, en tanto que el administrativo busca el bien del grupo y eventualmente de la sociedad. El médico considera que tomar en cuenta factores económicos es propio de la ganadería; cada uno de sus pacientes es único e irremplazable y ningún esfuerzo económico es excesivo para lograr su alivio o por lo menos su mejoría. El administrativo debe ponderar en forma constante las relaciones costo-beneficio, no para escatimar, sino para que los recursos de la sociedad se distribuyan en proporciones óptimas y equitativas entre sus miembros. El médico reconoce el progreso científico de su disciplina cuando le da armas para curar más pacientes; para el administrativo, el progreso de la medicina sólo existe en la medida en que logre que haya menos enfermos.

Aun cuando sea motivo de mal fundada crítica, el médico tiende a dirigir sus esfuerzos en el campo de la medicina curativa. Se le ha enseñado a través de los siglos, a no juzgar a sus semejantes, sino sólo a procurar el alivio de sus males. El administrativo se inclinará en dirección de la medicina preventiva, que no sólo es más barata sino más eficaz. Para utilizar un ejemplo, el médico intentará curar de su cáncer broncogénico aún a aquel que cuidadosamente lo haya cultivado fumando durante 30 años, y ¿quién podrá dudar que sea mucho mejor no haberlo contraído en comparación con el haber sido curado después de una toracotomía y el sacrificio de medio pulmón?

El médico, en el más honorable ejercicio de su ministerio, no tiene más remedio que oponerse a la regimentación y al proceso de documentación de sus acciones que percibe como burocratización, puesto que resta agilidad a su acción terapéutica; el administrativo intentará información y uniformidad para poder juzgar de su aplicabilidad a segmentos mayores de la población.

Como éstos, podría citar más ejemplos que ilustran la diferente percepción entre los médicos practicantes y los administrativos, que ocurre aun cuando éstos hayan sido educados como médicos, y aun cuando sigan teniendo pacientes bajo sus cuidados.

¿Cuál es la solución ante estos conflictos de comunicación? Evidentemente, se hace indispensable la aceptación de metas comunes. Pero es necesario reconocer que aquí no cabe maniqueísmo alguno, ya que ninguna de ambas actitudes es "mala" puesto que, en última instancia, la salud de la sociedad y la salud de los individuos que la componen resulta la misma cosa.

En estas condiciones, ¿quién debe ser el árbitro del conflicto? Ciertamente no se puede ser juez y parte. Ni los practicantes de la medicina deberán subyugar a los administrativos ni éstos a aquellos. Ambos trabajan para el bienestar de la sociedad de que forman parte, buscan corregir males que la sociedad identifica como tales y utilizan recursos generados por ella. Resulta claro que es la propia sociedad la que deberá definir metas, asignar jerarquías y establecer presupuestos. Pero, por el término "sociedad", deberá entenderse el conjunto de seres que la forman y no quienes falsamente se dicen portadores de su palabra. Los "salvadores" de la sociedad rara vez buscan otra cosa que su propio beneficio en poder o en riquezas.

Para que la sociedad en su conjunto pueda definir sus propósitos es necesaria la existencia de medios de expresión de los deseos individuales, cuyo conjunto resulta al fin, índice de los deseos de los pueblos.

En el curso de la historia, no ha sido frecuente que se haya mejorado el bienestar de las comunidades imponiendo sistemas filosóficos u órdenes sociales que hayan ido en contra de los sentimientos mayoritarios.

En el caso de la medicina como en otros muchos, las actitudes y los valores sociales reales, se expresan no tanto en forma verbal, sino en acciones, siempre y cuando exista el clima de libertad que lo permita. La más simple de ellas, es desde luego el voto político, cuando este es libre y res-

petado, y cuando el emitirlo en uno u otro sentido realmente señale preferencia por filosofías y por sistemas que representen caminos diferentes, por sistemas distintos.

Cuando la sociedad haya llegado a un consenso, y en base de éste se reconozcan objetivos de salud en que se encuentren balanceadas las necesidades individuales y las necesidades colectivas; cuando la sociedad haya aceptado el nivel del esfuerzo que deba canalizar para sus logros, se podrá desarrollar en base a valores compartidos y en identidad de metas, el lenguaje común entre médicos y administrativos que es el instrumento indispensable con el que operan todos los procesos de comunicación.

Sin embargo, no puede razonablemente esperarse el logro de este desideratum para empezar a establecer el diálogo. En nuestro país, si bien hay falta de desarrollo de la capacidad de la sociedad para expresarse, en cambio los administrativos de la medicina suelen salir de las filas de ella y por lo

tanto, por su educación inicial y por su experiencia profesional, conocen y participan de los problemas y necesidades del médico tratante. En cambio, este desconoce del todo las metas de la administración médica.

Pareciera que la más fácil y más viable acción que mejore la comunicación entre ambos, sea el esforzarse para que el médico practicante se de cuenta tanto de los fines como de las limitantes de la administración. Un adiestramiento técnico mejor orientado en este sentido, tanto a niveles de pregrado como de educación continuada, establecería mejores bases de comunicación. Sin embargo, se antoja que el hacer participar al médico practicante en las tomas de decisiones que le afectan, así como en el desarrollo de planes, reglamentos o programas en los que únicamente su esfuerzo puede determinar el éxito, no sólo sería justo, sino que probablemente haría desaparecer, en su mayor parte, los problemas de la comunicación a los que nos hemos referido en esta ocasión.

En consecuencia, es necesario separar en dos grandes grupos los problemas motivo de atención clínica: 1) los referentes al estado de enfermedad; y 2) los relativos al estado de salud.

Hasta ahora de lo que más se habla, porque es lo que más frecuentemente se utiliza, es respecto a las características del material clínico constituido por personas enfermas.

Aún en este caso todavía los clínicos no nos ponemos de acuerdo sobre si debe recibir el calificativo de enfermo únicamente el sujeto que nosotros reconocemos como tal porque hemos descubierto que padece determinado síndrome, cierta entidad nosológica, o simplemente porque hemos identificado síntomas y signos de enfermedad, o si también debe calificarse como enferma la persona en la que no se encuentra nada de lo anterior, sobre todo datos objetivos, y va al médico porque *se siente enferma* o porque tiene miedo de enfermar.

Los elementos con los que el clínico trabaja son los síntomas y los signos, aún en los casos en los que el problema se refiere al estado de salud. En efecto, para contestar a la pregunta: ¿Estoy realmente sano?, el médico procede a buscar síntomas y signos de enfermedad y si no los encuentra, contesta afirmativamente. Sin embargo, no solamente por medio de la exclusión de lo patológico el médico debería llegar al "diagnóstico" de estado de salud. Este aspecto del problema, de suyo muy interesante, apenas se empieza a conocer y se tropieza entre otras cosas, con la dificultad de objetivar en la mejor forma posible el concepto de salud divulgado por la O. M. S. pues, como es de todos conocido, dicho concepto encierra un elemento subjetivo —el de bien estar— y abarca al hombre en todo lo que éste es: organismo biológico, ser psíquico y social.

Tomado de: Ensayos de Iatrofilosofía. México: Academia Nacional de Medicina, 1978.