

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN
Departamento de Periodismo III (Teoría General de la
Información)



INTERACCIÓN COMUNICATIVA EN LA ATENCIÓN
SANITARIA ENFERMO-MÉDICO Y VICEVERSA

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

José Luis Martín Correa

Bajo la dirección de la doctora
Elena Real Rodríguez

Madrid, 2012

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN
Departamento Periodismo III



TESIS DOCTORAL

**INTERACCIÓN COMUNICATIVA
EN LA ATENCIÓN SANITARIA
ENFERMO-MÉDICO
Y VICEVERSA**

DOCTORANDO: Licc. JOSÉ LUIS MARTÍN CORREA

Madrid, febrero de 2012

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN GENERAL

1. Fundamentación: El mensaje en la relación enfermo-médico	12
2. Justificación	14
3. Planteamiento para el trabajo de investigación.....	16
4. Tema objeto de esta investigación	18
5. Delimitación del campo de estudio.....	19
6. Estructura de la investigación	21
7. Hipótesis	22
8. Fines y objetivos	23
9. Metodología y fuentes utilizadas	25

CAPÍTULO I. INTERACCIÓN COMUNICATIVA ENFERMO-MÉDICO

1.1. Introducción	31
1.2. ¿Enfermo, paciente, beneficiario, cliente?	34
1.3. Análisis comparado de prestaciones. Servicio Nacional de Salud-entidades privadas	35
1.4. Claridad en el acto médico.....	35
1.5. La calidad del acto médico	36
1.5.1.- Crítica constructiva-reclamaciones	41
1.6. Considerar humanizado el acto médico por parte del Enfermo.....	41
1.7. Actitudes negativas en el acto médico	42
1.8. La relación en la consulta	43
1.9. ¿En qué y cómo ha de concretarse el conocimiento del médico por parte del enfermo?.....	48
1.10. ¿Qué otros factores -además de los citados- impiden o dificultan el conocimiento del médico por parte del enfermo.....	49
1.11. Resumen de la investigación realizada por varios autores Sobre a relación médico-enfermo	51
1.12. El lenguaje médico.....	52
1.13. La prescripción de los fármacos en la comunicación con el enfermo	56
1.13.1. La automedicación en la Universidad.....	58
1.14. Valoración y comparativa de prestaciones en la sanidad pública y privada	59
1.15. Encuesta a enfermos de la Seguridad Social.....	59

CAPÍTULO II. INTERACCIÓN MÉDICO-ENFERMO

2.1. La relación médico enfermo	91
2.2. La comunicación médico enfermo.....	93
2.3. Exceso de técnica.....	95
2.4. Clave de la crisis	97
2.5. Factores añadidos.....	98
2.6. Riesgos.....	100
2.7. Salud socializada.....	101
2.8. El médico se siente solo.....	103
2.9. Dificultades en la relación médico-enfermo	106
2.10. Metódica información.....	106
2.11. La comunicación requiere.....	107
2.12. La información a los familiares	107
2.13. Actitud del enfermo ante “lo desconocido”	108

CAPÍTULO III. CONOCIMIENTO DEL ENFERMO POR PARTE DEL MÉDICO

3.1. Dificultades en el conocimiento del enfermo por parte del médico.....	109
3.2. ¿Qué impedimentos obstaculizan el conocimiento del enfermo por parte del médico?	113
3.3. Relación médico enfermo ingresado en un centro hospitalario.....	117
3.4. ¿Qué papel corresponde al médico en relación con la información de la salud que ha de facilitar al enfermo o a sus familiares?	121
3.5. ¿Qué se entiende por humanización del acto médico?	123
3.6. El médico como liberador de un estado de angustia en la primera consulta	128
3.7. Carta sobre la comunicación y salud en la relación médico-enfermo	129

CAPÍTULO IV. DERECHOS DEL ENFERMO Y DEL MÉDICO

4.1. Derechos del enfermo y del médico.....	132
4.2. Responsabilidades.....	133
4.3. Estatuto jurídico del enfermo. Orígenes y necesidad.....	135
4.4. Factores determinantes	136
4.5. La aplicación del Consentimiento Informado en España	137
4.5.1. Conclusiones de la Conferencia de Consenso	137
4.5.2. Protocolo del “Consentimiento Informado”	140
4.6. Código para la información de la Salud.....	142
4.7. Encuesta de opinión de médicos.....	151

CAPÍTULO V. EL HOSPITAL PARA EL ENFERMO. ESTRUCTURA DEL CENTRO HOSPITALARIO

5.1. Conocimiento de un hospital como medio distinto al habitual.....	168
5.1.1. Introducción.....	168
5.1.2. La ciencia Médica.....	169
5.1.3. El hospital como estructura.....	170
5.2. El hospital: Concepto, evolución y sus funciones en la Comunidad.....	173
5.2.1. Concepto.....	173
5.2.2. Evolución histórica.....	174
5.2.3. Investigación.....	178
5.3. ¿Qué desea el paciente cuando entra en un hospital?.....	179
5.4. Lo que desea el médico.....	180
5.5. ¿Qué quiere el enfermo?.....	181
5.6. El factor familiar en el hospital.....	182
5.7. Impacto de una hospitalización.....	183

CAPÍTULO VI. PERIODISMO, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SALUD. SABER SER Y SABER HACER EN LA INFORMACIÓN SANITARIA

6.1. El Periodismo: Ciencia, conocimiento, competencia, arte, motivación, saber y saber hacer.....	187
6.1.1. Ciencia.....	187
6.1.2. Conocimiento.....	188
6.1.3. Saber ser y saber hacer.....	188
6.1.4. Competencia.....	190
6.1.5. Arte.....	190
6.1.6. Motivación.....	191
6.1.7. Oficio.....	191
6.1.8. El Estudiante de Periodismo.....	192
6.1.9. Las actitudes y las aptitudes.....	193
6.1.10. El Periodismo actual.....	193
6.2. La verdad en la información periodística sanitaria.....	195
6.3. La información y la opinión especializada en el siglo XXI.....	198
6.4. La Comunicación aplicada.....	199
6.5. Educación para la salud y los Medios de Comunicación Social.....	201
6.5.1. Concepto de salud: definiciones.....	201
6.5.2. Funciones y fines de la educación para la salud desde la consideración de la comunicación social.....	202
6.5.3. La salud como elemento núcleo que nutre una información especializada del periodista.....	204
6.5.4. La información pública sobre la salud.....	205
6.5.5. ¿Qué justifica el interés por la formación especializada y su creciente demanda?.....	206

6.6. Deber y derecho a la información sanitaria	207
6.7. Relación médico-periodista	208
6.8. El discurso en temas de salud	216

CAPÍTULO VII. PROGRAMAS DE SALUD Y LOS CENTROS DE SALUD COMO EDUCADORES Y FUENTES DE INFORMACIÓN DE LA SALUD

7.1. Los Centros de Salud como educadores y Fuentes de información de la salud ...	220
7.2. Objetivos y planificación de los programas	224
7.3. Etapas del proceso para una eficaz programación	226
7.3.1. Explicación de la situación	227
7.3.2. Pronóstico de la situación	228
7.4. Dificultades para la elaboración de un diagnóstico de la Población.....	228

CAPÍTULO VIII. INTERNET Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE 230

8.1. Consultas sobre salud en Internet del personal sanitario y no sanitario	235
8.2. Ministerio de Sanidad	236
8.3. Portal para el ciudadano de la Comunidad de Madrid.....	237
8.4. Internet para los profesionales en el portal de salud de la Comunidad de Madrid.....	238
8.5. Plan de telemedicina	239
8.6. Presupuesto	240
8.7. Los medicamentos en Internet	240
8.8. Precauciones	241
8.9. Internet contra las negligencias médicas.....	243
8.10. Ingeniería y salud.....	244

CONCLUSIONES..... 245

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DOCUMENTALES

Fuentes bibliográficas	250
Fuentes Hemerográficas.....	257

ANEXO. “CONVENIO RELATIVO A LOS DERECHOS HUMANOS Y LA BIOMEDICINA”..... 264

*A mi esposa Charo y a mi hija María José,
si es de alguien, es de ellos.*

AGRADECIMIENTOS

Los que me enseñaron, y a los que yo pude enseñar algo, ambos formamos una cadena de saberes transmitidos con vocación y espíritu de servicio a la Humanidad, obediencia docente los segundos. A todos les debo el que yo me presente a tratar estos conocimientos, sin duda, son fruto de una investigación dirigida por mi maestro Andrés Romero Rubio, que hoy tiene que descansar en la paz del Padre a quien siempre se encomendó. Recuerdo en estos agradecimientos al ilustre catedrático de Ética de esta Facultad de Ciencias de la Información, Don Francisco Vázquez por su amistad, por su aportación con su obra aplicada a la Ética en nuestra profesión periodística y por el ánimo que siempre me ha dado a seguir esta tesis doctoral después del fallecimiento del profesor Romero. Recuerdo igualmente a mis compañeras de doctorado, la doctora y Vicedecana de esta Facultad, Elena Real, que ha asumido la responsabilidad de dirigir esta tesis, y a M^a de los Ángeles San Martín Pascal, que han sido piezas fundamentales para seguir ilusionado con mi trabajo.

Con auditorías docentes, y profundo conocimiento de la vida hospitalaria, he podido introducirme en el complicado mundo del dolor y de la enfermedad y de la salud. También a los directivos de los centros ambulatorios, coordinadores de centros de salud y hospitales, así como a las personas entrevistadas y médicos cuya personificación en este capítulo de agradecimientos resultaría excesiva por el límite de espacio, pero quiero destacar a la prestigiosa Clínica “Puerta de Hierro” de la Seguridad Social en cuyos departamentos y servicios he conocido y me han apoyado eminentes profesionales de la Medicina. A David, mi sobrino, que con tanto cariño ha maquetado esta tesis.

Mi agradecimiento a aquellos enfermos que han soportado mis entrevistas que en muchos casos estaban asumiendo personalmente las situaciones de dolor, enfermedad y recuperación de la salud que relato en este trabajo de investigación.

No olvido a mi esposa, Charo, y a mi hija, ya Doctora e investigadora, María José, que han puesto su granito de arena ayudándome a solucionar los problemas informáticos inherentes a este trabajo.

Especialmente a mis padres, que engendraron en mí cuanto soy, creyendo en mi capacidad y carácter para vencer las dificultades que desde mi infancia pudieron surgir, hasta hoy, aunque que ya no estáis entre nosotros.

INTRODUCCIÓN GENERAL

De la calidad de la relación interactiva enfermo-médico, así como de la educación para la salud, por parte de los Medios de Comunicación Social, depende, principalmente, hacer más accesibles y válidas las distintas vías de la asistencia sanitaria.

La relación-comunicación interactiva nace de la propia humanidad del acto médico y de la pedagogía-didáctica que desde este mismo acto se proyecta hacia el enfermo.

Cada vez se amplía más la conciencia de que no se puede entender en su plenitud el acto médico y el relevante servicio personal y social que a través de él es realizado, sin una educación para promover la salud y para protegerla.

La información de la salud y la comunicación de la salud, tiene en el enfermo y en el médico (por extensión en todo el personal sanitario) sus más principales y básicos interlocutores.

Saber informar de la salud y saber comunicar salud es poner vida donde hay enfermedad y esperanza donde resulta más evidente el dolor.

Los medios de comunicación social pueden y deben describir y explicar la situación de la salud en una comunidad social dada, pero antes que esa tarea de proyección extrínseca, resulta absolutamente necesario que exista una intraproyección de calidad del acto médico y de la política sanitaria en general.

La calidad del acto médico y de la política sanitaria pasa necesariamente por una actitud participativa y autorresponsable del enfermo (familiares y sociedad) en el proceso de recuperación de la salud y de su preservación.

La actitud participativa y autorresponsable del enfermo (familia y sociedad) es inconcebible si carece previamente del conocimiento de un código de unos derechos y deberes, de la voluntad por cooperar en la recuperación de la salud a través de la comunicación interactiva enfermo-médico y viceversa; de la valoración irrenunciable y sentido trascendente de la vida humana; de la preservación de la salud mediante la educación personal y social, hay que ofertar -en cantidad y en calidad- todos los recursos inimaginables para que las personas y las naciones se desarrollen más plenamente, física, psíquica y éticamente, considerando los derechos del enfermo, de médico y demás personal sanitario

La calidad de la salud no depende tanto -y exclusivamente- de la competencia y responsabilidad de un profesional -a todos los niveles- de la propia estructura asistencial y política sanitaria, como (cuanto) de la necesaria interacción comunicativa entre los profesionales de la medicina y los enfermos -y viceversa-, y la necesaria educación para promover, preservar y desarrollar una salud de verdadera calidad, en todos los órdenes.

1. FUNDAMENTACIÓN:

EL MENSAJE EN LA RELACIÓN ENFERMO-MÉDICO

La relación médico-enfermo ha de traducirse en una ejemplar codificación-descodificación de mensajes en ambas direcciones que, en la humanización del acto médico ha de encontrar su formal razón de ser.

En esta codificación-descodificación de mensajes -que irradian de la sintomatología, del diagnóstico y del tratamiento -no se deben pasar por alto factores y consideraciones psicológicas, científicas, sociológicas, educativo-culturales, deontológicas que no debemos desestimar, antes bien, tratar de comprenderlos y valorarlos en toda su dimensión.

La calidad de la salud -que en definitiva es calidad plena de vida- tiene en la educación para la propia salud personal, su justificación más plena y gratificante.

- ¿De qué modo, para qué y cómo ha de desarrollarse el proceso de comunicación interactiva médico-enfermo y la información sobre la salud como comunicadores?

- ¿Qué objetivos se persiguen con la educación de la salud desde los Medios de Comunicación Social y cuál ha de ser el protagonismo y la responsabilidad de las personas y de las instituciones implicadas en ello?

Esta es, en síntesis, la proposición y la filosofía subyacente en esta tesis doctoral. Trabajo de investigación que realizo desde esta perspectiva como proyecto de postgrado que me sugirió el profesor Romero Rubio, investigador que fue, de la fenomenología que antecede.

a) Mi propia experiencia profesional informativa en el ámbito de la salud.

b) La consulta-encuesta que he efectuado a profesionales de la medicina.

c) La consulta-encuesta que he efectuado a distintas clases de enfermos y en diferentes lugares de asistencia y tratamiento.

d) Como una de los millones de personas que en España beneficiarios del Servicio Nacional de Salud, siendo consciente de sus deficiencias, pero reconociendo al mismo tiempo sus grandes logros y utilidades.

e) Como receptor personal de mensajes de enfermos a los que se le tramitan incapacidades u otras situaciones en la vida laboral y que como consecuencia de su estado de salud, originan con frecuencia un cambio radical en el enfermo y en el entorno familiar.

2. JUSTIFICACIÓN.

En principio pudiera parecer que una tesis doctoral de esta naturaleza fuese más propia para la Facultad de Medicina, pero resulta que ha sido en la Facultad de Ciencias de la Información (Universidad Complutense de Madrid) dónde más preocupación, atención, documentación y acogida he descubierto sobre el tema objeto de la investigación¹. Es obvio que la interacción comunicativa médico-enfermo y viceversa, constituye de por sí todo un universo de **información-comunicación especializada** y aplicada, de un extraordinario e indiscutible interés humano y social, como he podido comprobar durante el desarrollo de esta investigación.

Pero también es evidente -al menos para mí- que la calidad de esa interacción depende principalmente del acto médico que es capaz de humanizarse desde presupuestos educativos y deontológicos que le resultan de todo punto imprescindibles para que aquel alcance su plenitud.

¹ Romero Rubio, A. Prof. Titular de la FCI-UCM. Documentación inédita sobre investigación en temas de interacción comunicativa en el ámbito de la salud.

Si esta tesis doctoral contribuye a avanzar en la línea de investigación iniciada por el profesor Andrés Romero, yo me daría por satisfecho. Pero si además la investigación sirve para alertar la preocupación por este ámbito de la información especializada y de la comunicación aplicada, así como también para enriquecer la documentación y bibliografía, mínima y desperdigada, existente sobre el objeto concreto de la tesis, me doy por doblemente satisfecho.

La relación entre el médico y el enfermo (a nivel de consultorio) es tradicionalmente -en el sistema español- muy rutinaria. El enfermo encuentra una gran distancia comunicativa con el médico, al que suele exponer, en muchas ocasiones y con timidez, los síntomas de su padecimiento esperando con ansiedad un diagnóstico rápido y un tratamiento igualmente rápido. A ello colabora el médico llevado por el escaso tiempo disponible para atender el número de enfermos, que espera la consulta. Las consecuencias de esta defectuosa relación son la degradación del acto médico y la poca credibilidad del enfermo, quien suele recurrir a la Sanidad privada, si no encuentra mejora en su padecimiento.

El enfermo, ante esta actitud de relación distanciada con su médico, pierde automáticamente la confianza en el resultado de su curación. Mediar con el enfermo es clave. *“Escuchar y sin reloj resuelve muchos problemas.”*²

Es importantísimo que toda información sobre la salud dirigida a la Sociedad, sean los distintos Medios de comunicación con profesionales especializados los que sean portadores de los mensajes sobre la salud y la enfermedad.

² Suárez, R. Presidente de la Comisión de Ética del Hospital Universitario de San Carlos de Madrid.

3. PLANTEAMIENTO PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Los planteamientos de la interacción comunicativa (enfermo-médico y viceversa) así como la información que de esta comunicación derivan, se fundamentan, razonan y explican a partir de estas consideraciones que forman una amplia panorámica lo que luego han de ser las hipótesis que se irán desarrollando en los distintos capítulos de esta tesis.

1ª) La información de la salud (como la educativa y aquellas otras informaciones especializadas que tienen que ver con la calidad de vida, los valores y los derechos de las personas, el progreso ordenado y responsable de la sociedad), es una información en alza, necesitada y demandada por la persona y por los grupos sociales, en este tiempo, más que en ningún otro conocido hasta ahora.

2ª) El tratamiento de la información referida a la salud, en su consideración y funciones científicas, corresponde al médico y al personal sanitario especializado en su teoría, diseño de su estructura, documentación de sus contenidos, planificación de su estrategia y análisis de sus efectos.

3ª) El tratamiento de la información referida a la salud, en su consideración y funciones sociales (como ingrediente que tiene un especial interés, atractivo y considerable grado de influencia en la opinión pública) corresponde al profesional de los medios, los sistemas y los instrumentos de comunicación, de relación y de diálogo.

4ª) El enfermo codifica una diversidad y pluralidad de mensajes que tienen como referencia su estado físico, psíquico y anímico (algunos de ellos son reflejo de su presumible

sintomatología, otros son reflejos emotivos, otros ecos posibles de sus convicciones, etc.). El médico ha de saber y poder descodificar lo que es real, de lo que es imaginativo o supuesto; lo que puede constituir base documental para un historial clínico y supone la primera fundamentación que apoya la razón y certeza de un diagnóstico, el primer paso para la recuperación de la salud. El profesional de la comunicación social he de saber (desde la especialización que le capacita para tratar la información, la comunicación y la educación de la salud y reconvertirlas en un bien de utilidad personal y social) descodificar, interpretar, comprender y hacer inteligible a los demás, la genuina información científica codificada por el médico y los demás profesionales de la sanidad.

El público usuario de los medios, sistemas e instrumentos de comunicación tiene legítimo derecho para acceder a esa información, que ha de ser: puntual, clara, completa, seria y responsable, porque debe tratarse así a todo lo relacionado con la dignidad e inviolabilidad de la vida humana; inteligible, con un propósito educativo de las conductas que ha de conducir a una mejor calidad de vida; que sirva para formar, educar e instruir a los ciudadanos enfermos o no, en aquellas cuestiones referidas a la salud; que sea útil para una prevención de la enfermedad, así como para la conservación y promoción de la salud; que facilite comprender el dolor de la enfermedad y especialmente cuáles son los dones y el sentido de ese dolor.

5ª) La calidad de la relación médico-enfermo y viceversa; de la relación profesionales de la medicina-profesionales de los medios y sistemas de comunicación (con conocimiento, especialización y voluntad de servicio), contribuye, decidida y significativamente, sin lugar a dudas a la recuperación de la salud y a la posterior calidad de la conservación de la misma.

6ª) La calidad de la relación, de la información y de la educación la salud forman una malla de factores interdependientes y necesariamente complementarios e imprescindibles para que el paciente pueda superar la enfermedad y esté en condiciones de reincorporarse a la vida activa, con posibilidad de capacidades, derechos y responsabilidades.

7ª) Todos los medios, factores y posibilidades (honestos, dignos, justos), humanos y materiales, que sirvan para contribuir a la calidad de la relación y comunicación interactiva (enfermo-médico-profesional de los Medios de comunicación especializado en información de la salud) deben ser estimulados y desarrollados al máximo, siempre que ello sea posible. Y se debe desear que sea posible siempre, mientras la persona viva.

8ª) Las facultades de Ciencias de la Información y de Medicina, las instituciones sanitarias, las asociaciones de profesionales de la salud, las fundaciones para la atención a disminuidos físicos o psíquicos, los colegios farmacéuticos, la industria de la salud, etc., han de esforzarse, conjuntamente en el desarrollo de programas destinados a hacer posible una mejor comunicación, información y educación de la salud.

4. TEMA OBJETO DE ESTA INVESTIGACIÓN.

El tema que se ha investigado en esta Tesis Doctoral es: **“LA INTERACCIÓN COMUNICATIVA EN LA ATENCIÓN SANITARIA. ENFERMO -MÉDICO Y VICEVERSA”**. (Relación enfermo- médico y viceversa en la población e importancia de los Medios de Comunicación Social en este proceso). Esta cuestión la estudio, desarrollo y expongo a través de una metodología principal que consiste en:

- a) Formalización teórica de hipótesis generales abiertas a cualquier posible contraste de pareceres o revisión crítica, si procediese.

- b) Consulta-encuesta realizada con distintos tipos de enfermos que utilizan las varias vías de la asistencia sanitaria, ambulatoria, en consultorio o en hospital.

- c) Consulta-encuesta para la que he realizado la afirmación nacida de la experiencia profesional de distintas clases de médicos especializados en los más diversos quehaceres de atención a los enfermos para ayudarles a recuperar su salud.

- d) Análisis del comportamiento de los Medios de Comunicación Social y el tratamiento de la noticia sanitaria.

- e) La importancia de un periodismo especializado en temas de salud ante una tecnología cada día más avanzada, tanto en progresos de la Medicina como su difusión

5. DELIMITACIÓN DEL CAMPO DE ESTUDIO.

Soy consciente de que las hipótesis que formulo en esta tesis doctoral, no se agotan con el desarrollo de la investigación, por los siguientes motivos:

- Hay que profundizar en la idea de que la salud, en este tiempo, debe ser concebida como un inestimable bien personal y como un servicio público de importantísima trascendencia social; como un bien comunitario y como una realidad cuya existencia y razón de ser sólo se justifica en cuanto hay conciencia de su alto valor y de la preservación, protección y defensa de su calidad.

- He delimitado el campo de estudio a un enfoque trilateral e interdisciplinar de la validez e importancia de la información-comunicación-educación en el marco de la asistencia sanitaria y también en el de la proyección-conocimiento de la política de la Salud en la sociedad.

Me ha interesado conocer el parecer de:

a) Enfermos (distintos diagnósticos y clases de tratamientos) ingresados en centros hospitalarios de la Seguridad Social y de entidades privadas.

b) Médicos, enfermeras y en general, los profesionales de la salud en entidades sanitarias y en unidades docentes dentro del centro (MIR)³, Médicos que realizan alguna especialidad en un centro hospitalario durante un periodo de tiempo - entre tres y cinco años- y que al finalizar este periodo, obtienen la titulación oficial correspondiente a la especialidad cursada.

c) He querido conocer el Hospital.

d) Profesores especializados en comunicación aplicada.

e) Profesores especializados en educación sanitaria.

f) Profesores especializados en Ética de la Información.

g) Periodistas especializados en información sanitaria.

³ Médico Interno Residente.

6. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta Tesis doctoral está estructurada de la siguiente forma:

PRIMERA PARTE corresponde a la Introducción General, Fundamentación y las hipótesis que planteo en esta tesis doctoral y que trato de ir desglosando en los distintos apartados.

SEGUNDA PARTE sobre la relación-comunicación interactiva enfermo-médico-enfermo en la encuesta realizada a médicos de hospitales, centros de la Red del Servicio Nacional de Salud, ambulatorios y, centros privados a enfermos de distintas edades y sexo. Centros de salud de la Comunidad de Madrid en consultas de Atención Primaria (Medicina Familiar) y centros privados o concertados.

Expongo los derechos de los pacientes y del médico en la legislación vigente al respecto y la comunicación del enfermo hospitalario al encontrarse en un medio diferente al habitual.

TERCERA PARTE donde expongo la importancia de los Medios de Comunicación en transmitir a la población este tipo de mensajes y la relación del periodista con los profesionales sanitarios y su formación como periodista especializado y haciendo una valoración muy somera de lo que las nuevas tecnologías de la comunicación -internet- pueden representar en la relación médico -paciente.

CUARTA PARTE Donde expongo las conclusiones derivadas de este trabajo de investigación.

QUINTA PARTE Con las fuentes documentales: Código Ético, para observar la línea que me propongo a seguir en cuanto la información sanitaria, de tanta importancia para la po-

blación, el apoyo legislativo que tienen el enfermo y el médico en las situaciones que atañen a cada uno en los distintos procesos y la preocupación mundial ante los avances de la genética, elaborando acuerdos y tratados, convenios, resultados de las encuestas, concepto y estructura de un hospital como una nueva situación para el enfermo distinta de su medio habitual, hemeroteca y bibliografía utilizada en la investigación de esta tesis doctoral.

SEXTA PARTE: Anexos

7. HIPÓTESIS.

Las hipótesis que a continuación formulo, están explicadas y desarrolladas en la introducción general y las correspondientes partes de esta investigación.

1. La prestación de la salud es, antes que ninguna otra cosa, interacción comunicativa y educación en esa relación, enfermo-médico, en régimen de reciprocidad dialógica.
2. El acto médico es comunicación a partir de la sensibilidad del enfermo para comprenderlo, entenderlo, apreciarlo y reconocerlo
3. Es un derecho del enfermo tener una información sobre su enfermedad y tratamiento expresado en un lenguaje claro, que facilite una comunicación con el médico durante su proceso. Este derecho incluye la información sobre el medicamento para mejorar el tratamiento terapéutico.
4. Desde los ámbitos de la información y de la comunicación, así como de la educación, se puede influir, de un modo u otro, en una labor interdisciplinar cuyo objetivo principal ha

de ser el de incidir sobre las actitudes y los hábitos de la población para mejorar su calidad de vida; una mejor educación para la salud.

5. Los medios de comunicación han de constituir un canal eficaz en las campañas y programas sobre la salud dirigidos a la población.

6. La importancia que tienen la información-comunicación por parte de laboratorios en el medicamento y la veracidad de las conclusiones de las reuniones científicas que tienen como destinatarios a los profesionales de la medicina y de la farmacia y como destino último las campañas de sensibilización de la opinión pública.

7. Estimo que un código ético debe presidir las actuaciones de los comunicadores en el ámbito de la salud para que la información llegue al usuario de los servicios de la Sanidad, pública o privada con el mayor rigor. “Aunque tal vez estos códigos vayan quedando indefectiblemente en el olvido.”⁴

8. Las nuevas tecnologías no deben cambiar, distanciar más las relaciones entre el médico y el paciente, pero sí aportar más inmediatez y seguridad a todo el sistema.

8. FINES Y OBJETIVOS.

Con el desarrollo de esta tesis doctoral pretendo unos fines y objetivos específicos, periciales y generales, que concreto así:

⁴ Vázquez Fernández, F. (1991): *Ética y Deontología de la Información*. Madrid. Paraninfo, p.172.

* Específicos:

a) Afirmar que la salud existe para ser comunicada como fuente de vida que siempre ha de resultar positivamente gratificante para todas y cada una de las personas y con un derecho ineludible a ser informadas en todo momento del proceso de su enfermedad.

b) Afirmar que la defensa de la vida humana (en cualquiera de sus etapas y circunstancias), su creación y su preservación es un acto inherente a la libertad del espíritu humano y a su dignidad insoslayable.

c) Afirmar que la salud es un bien participado por todos los seres humanos, sin distinción de ninguna clase.

d) Que todos los medios de comunicación social tienen el deber de informar sobre la salud con claridad, imparcialidad y puntualidad a todos los ciudadanos para evitar confusión.

* Periciales:

a) Fijar los hitos de un denominador común interdisciplinar (comunicación educación y salud) para un planteamiento de las funciones y los fines de la salud en una sociedad justa, libre, solidaria y participada.

b) Seleccionar aquellos aspectos o cuestiones de la salud que, globalmente entendida, creo que tienen un mayor grado de interés para el desarrollo pleno (cuantitativo y cualitativo) de la persona y de la sociedad.

c) Sentar unas primeras bases teóricas para acometer, posteriormente y a través de ellas, lo que será una teoría científica sobre la comunicación y la educación de la salud.

* Generales:

a) Desear conocer, mediante un muestreo y consulta abiertos a enfermos y médicos, cuales son sus criterios personales sobre la temática general y diversificada del objeto de esta tesis doctoral, así como detectar la posible consulta que encierra una fenomenología tan marcadamente compleja e interdisciplinar como la que ocupó en esta investigación.

b) Conocer las actitudes y los pronunciamientos de los especialistas, las instituciones y los organismos competentes sobre el papel que le corresponde a una salud de calidad en la sociedad.

c) Sugerir, apuntar y exponer una teoría personal sobre la comunicación interactiva y la educación en el ámbito de la salud, que en su día pueda verse reflejada en un manual sobre la citada materia.

9. METODOLOGÍA Y FUENTES UTILIZADAS.

Toda investigación científica para culminar con éxito el objetivo que se ha propuesto precisa la utilización de una metodología adecuada que le deparé el justo logro de su esfuerzo. Práctica y teoría caminan juntas de la mano, y la una sin la otra dejan a la ciencia coja, sin muletas. Del análisis o inducción de un aspecto determinado de la realidad, se deben extraer una serie de hipótesis (abstractas), que se puedan verificar en todos los casos al

aplicarlas de nuevo a lo concreto, de modo que al final dispongamos ya de una tesis. Es decir, se trata de ir de lo particular a lo universal, y volver a lo particular para dejar sentado que lo universal era correcto. Para nuestro estudio hemos optado por los procedimientos que mejor se ajustan a la finalidad buscada en esta indagación sobre el ejercicio profesional del periodista y su formación: los métodos inductivo–analítico y sintético–deductivo. Nos decantamos así por una combinación de los enfoques cuantitativo y cualitativo.

Es esta una tesis doctoral que desea invitar a la reflexión razonada y lógica del problema que plantea. De esta forma, no podemos limitarnos a una descripción sin más del estado actual de la cuestión que nos concierne. Perseguimos, además, una valoración debidamente argumentada de lo que en ella se explica. No nos avenimos simplemente a afirmar o negar la constatación de unos hechos (refrendo de nuestras hipótesis), sino que tratamos también de penetrar en los *cómos*, *porqués* y *para qué*s que motivan la tangible o nula existencia de los mismos. Así, pues, no basta con adoptar un rumbo positivista en nuestra búsqueda, al contrario, necesitamos incorporar también armónicamente una orientación interpretativa e, incluso, en determinados momentos, otra crítica, que nos permita dotar a la investigación de la indispensable profundidad en la comprensión y conocimiento de su objeto de estudio.

Las investigaciones que he realizado para la preparación y ejecución de la tesis, las agrupo de la siguiente manera:

a) Consulta con la documentación especializada y que más directamente está relacionada con el tema objeto de la tesis, normalmente extraída de hemeroteca y numerosos artículos sobre el tema.

b) Consulta de la bibliografía que reúne las mismas características.

c) Realización de las consultas-encuestas mediante el envío de 250 lotes de 50 fichas con 20 preguntas a enfermos y 40 preguntas a médicos.

d) Comprobando personalmente en las consultas de Atención Primaria, ambulatorios, pie de quirófanos y laboratorios, las actitudes de médicos, enfermeras y pacientes en las diversas especialidades.

A lo largo de los diferentes capítulos que conforman la tesis hemos bebido de múltiples fuentes, bien primarias bien secundarias. Ya al inicio de la misma, se procedió a una exhaustiva recopilación de toda la información disponible que considerábamos fundamental para su óptimo desarrollo; de la cual, y como es costumbre en este tipo de análisis, se realizó una minuciosa selección de las referencias más representativas en función de su interés e importancia. Se ha manejado un amplio y variado repertorio testimonial, bibliográfico y documental acorde con nuestro tema de investigación, entre los que cabe citar la siguiente relación:

Las fuentes testimoniales:

a) Las frecuentes conversaciones y entrevistas con médicos profesores de la Facultad de Medicina de Madrid y expertos en Comunicación sobre el tema.

b) Las relaciones con funcionarios del Ministerio de Sanidad en mi calidad de Redactor del Gabinete de Prensa de este ministerio y jefe de Prensa después del entonces INSALUD de Madrid.

c) Las relaciones con personal especializado en el ámbito de la educación de la salud, sobre el tema objeto de esta tesis.

d) Conversaciones con enfermos en diálisis y trasplantados después.

e) La asistencia a diversos cursos y conferencias en la Comunidad de Madrid.

f) De la presencia en trasplantes cardiacos, renales y hepáticos en la clínica “Puerta de Hierro” de Madrid, así como entrevistas con los familiares de los donantes y el seguimiento del comportamiento psicológico y terapéutico del receptor.

Las fuentes documentales:

El material empleado en la Tesis:

a) Material integrado en encuestas realizadas enfermos, médicos de familia, especialistas y personal sanitario de distintas instituciones de la sanidad pública y privada de Madrid.

b) Material elaborado con ocasión de las “Primeras Jornadas nacionales sobre comunicación de la salud”, dirigidas por el Prof. Dr. Andrés Romero, en la Facultad de Ciencias de la Información, con la participación de médicos especialistas, psicólogos, sociólogos, periodistas y estudiantes de la Facultad.

c) Estudios realizados por los servicios correspondientes a la Comunidad de Madrid. (Auditorías de la Inspección Territorial, sentencias, Estudios de Calidad, auditorías docentes, estudios sobre la I.T⁵ Incapacidad Temporal dirigidos por el Dr. Isidro Álvarez, Jefe del Equipo Territorial de Inspección Sanitaria de Madrid.

⁵ Incapacidad Laboral. La función inspectora durante la vida laboral viene a reducir costos de importancia en los Presupuestos de la Seguridad Social y al mismo tiempo vigila la buena recuperación del trabajador accidentado en con enfermedad llamada común.

d) Material elaborado en el Curso sobre “La Educación Sanitaria en el Currículum de los Profesionales no Sanitarios”, impartido en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

e) Congreso Nacional de Salud Pública celebrado en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

f) Primer Encuentro de Medios de Comunicación y Salud. Granada, 4 de marzo, 1.994, con intervención y ponencias de periodistas, médicos y enfermeras de distintas provincias españolas.

Las fuentes bibliográficas:

Las Bibliotecas consultadas para documentar mi trabajo de investigación y para seleccionar la bibliografía especializada, han sido:

- Biblioteca Nacional.

- Biblioteca de la F.C.I.

- Biblioteca del Ministerio de Sanidad.

- Biblioteca de la Escuela Nacional de Sanidad. Hospital Carlos III de Madrid

- Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid.

- Hemeroteca Nacional.

- Hemeroteca Municipal de Madrid.

En cuanto se refiere a los diversos aspectos que constituyen el diseño de este trabajo de investigación, he de manifestar lo siguiente:

1. Me ha interesado el aspecto humano, ético-deontológico y socio-educativo -principalmente- cultural del tema.

2. Constantemente he tratado de reconducir las hipótesis de la tesis a la realidad de las prestaciones sanitarias en España y muy especialmente a una definición y planteamiento de la misma en función de los específicos intereses, derechos y responsabilidades de los enfermos y del personal de la salud.

3. No he querido ir a remolque de la bibliografía y de la documentación existente, que si bien, es variada y dispersa, con mayores referencias tangenciales que directas, al tema que me ocupa, es mínima en el carácter interdisciplinar, comunicación-salud-educación, que es lo que más directamente me interesa.

4. He tenido interés por conocer por donde van las proposiciones más originales e intereses sobre comunicación y educación de la salud, pero en los aspectos que guardan una más directa relación con una concepción más humana de la relación interactiva enfermo-médico y viceversa, con una mayor calidad de las prestaciones sanitarias, con un uso público más ordenado y responsable de los servicios de la salud, con la demanda sanitaria de los grupos sociales peor dotados en los aspectos educativo y cultural.

5. Pretendo, en fin, exponer las bases de un posible, manual sobre comunicación y educación de la salud, al mismo tiempo que afrontar nuevos puntos de vista que complementen y amplíen el deseo de que exista un periodismo más serio en materias de comunicación sobre la salud de la población y con responsabilidad moral ética en cada información.

CAPÍTULO I: INTERACCIÓN COMUNICATIVA **ENFERMO-MÉDICO**

1.1. INTRODUCCIÓN.

La comunicación entre paciente y médico suele ser uno de los tipos de interrelación más difícil y complicada que se puede establecer entre dos seres humanos. Interviene no sólo la diferente condición social sino que además debemos tener en cuenta las especiales circunstancias que envuelven esta comunicación.

El desarrollo de un proceso abarca todos los aspectos de la vida humana. El aspecto principal es el desarrollo de la propia vida - desde el instante mismo de la concepción - y la atención que requiere la comunicación educativa de la salud en el proceso interactivo del conocimiento enfermo médico.

Son aspectos importantes de la comunicación educativa de la salud individual y social entre otro, los siguientes:

- 1.- El propio diálogo -relación -comunicación educativa entre el enfermo y el médico.

2.- El acceso del enfermo a aquellos “bienes “ que tienen que ver con la salud y la calidad

3.- Entre los “bienes” relacionados estrechamente con la salud y su calidad, hay que citar en primer lugar, el valor humano, ético y científico del acto médico; o la significación y función del acto médico; el acceso a los “nutrientes” de ese acto (la cultura, la inteligencia, el conocimiento, etc.).

La calidad de vida humana ha de ser entendida y promovida a partir de un desarrollo sostenido que abarque la integridad física, psíquica, anímica y corporal de la persona.

La calidad de vida humana ha de interpretarse en todas sus variables, pero siempre a partir del principio inviolable de la dignidad de la propia vida humana y del derecho irrenunciable a preservarla de cualquier agresión, la principal de ellas es la enfermedad.

La calidad de la Salud y la calidad de la Medicina son paralelas al desarrollo de toda sociedad civilizada.

Cada día se ensancha más y más la comunicación de que es necesaria fomentar, con carácter prioritario, tanto la inversión- más y mejor- en calidad de educación (individual y social) y en calidad de información sobre salud y de medicina.

La sociedad del siglo XXI ha de hacer de la educación individual y social, así como de la calidad salud-medicina el sostén del crecimiento -integral- de la persona humana y de todas las personas.

Una política para la comunicación educativa de la salud en el conocimiento -relación interactivo del enfermo -médico, no debe agotarse en su recetario destinado a remendar o parchear situaciones y problemas absurdos, sino que debemos hacerlo con la capacidad y posibilidad para anticipar y prevenir situaciones que van a tener que ver con la salud integral de la persona humana.

La “ecología” de la existencia -de la salud integral de vida- ha de ser una tarea corresponsable que va a requerir, además de la atención de los profesionales de la medicina, también de la familia y de las demás instituciones y corporaciones de la sociedad que influyen de una manera o de otra en las actitudes y comportamiento del ser humano.

En la sociedad de que somos parte vital, hay que empeñarse en curar otras enfermedades que no son exclusivamente las que atañen al cuerpo humano, si no que también aquellas nuevas (o borradas) enfermedades que tienen nombres de ignorancia, atropello de los Derechos humanos, injusticia, insolidaridad, violencia, pobreza, marginación social, etc.⁶ En todas las enfermedades, la Psicología debiera ser un importante aspecto para el médico práctico, incluso en las enfermedades somáticas, y no un campo especializado propio de determinados procesos.⁷

⁶ Romero Rubio, A. Textos inéditos sobre la relación médico-enfermo y viceversa.

⁷ Dr. Bermudez I., Tribuna Médica, Marzo de 1996, p.18.

1.2. ¿ENFERMO, PACIENTE, BENEFICIARIO, CLIENTE...?

Estos términos son los más usuales al referirse a la persona objeto de la atención médica.

Para sostener cual de ellos es el más apropiado, he analizado dentro de las encuestas a enfermos y a médicos las preferencias de cada uno y las valoraciones gramaticales que consideran al optar por una de estas denominaciones.

En general, la persona que asiste a una consulta rechaza el término “enfermo” por considerarlo prematuro al no haber un diagnóstico que acredite la existencia de una enfermedad. Estas personas prefieren el término “beneficiario” cuando se trata de afiliados a la Seguridad Social y “asegurado” cuando corresponden a una entidad privada.⁸

Para el médico, no hay duda; el término “enfermo” lo utiliza siempre que la persona no esté internada en un centro. Utiliza el término “paciente” en la anamnesis⁹ al confeccionar la historia clínica. La palabra “cliente” es raramente utilizada por la persona que asiste a la consulta, salvo en ocasiones cuando en diálogo privado suele decir “yo soy también cliente del Dr...”, y generalmente en consulta privada, donde también se utiliza este término es en las consultas de Estomatología-ortodoncias infantiles, extracciones, y cirugía menor de boca, por tratarse en general de consultas privadas.

⁸ Beckmann Alf, “Determinantes psicológicas de la relación médico-paciente”, en Revista Médica, noviembre de 1972, pp. 1.170-1172.

⁹ La Anamnesis médica (voz griega que significa recolección, reminiscencia) de un paciente es el término empleado en medicina, para referirse a la información recolectada por un doctor u otro profesional de la salud mediante preguntas específicas formuladas bien al propio paciente bien a otras personas que conozcan a este último y puedan dar datos útiles con vistas a obtener información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente. La anamnesis es una toma de contacto. Los médicos han recalcado siempre la importancia capital de esta reconversión. Siempre han sido conscientes de que, al no hacer progresos con un enfermo, era preciso hablar de nuevo con él, redondear el cuadro clínico y profundizar en la anamnesis.

1.3. ANÁLISIS COMPARADO DE PRESTACIONES.

Para que nos sirva de orientación y como base estadística, estos son los datos que se aportan para un análisis de prestaciones y servicios en la atención para la salud.¹⁰

Prestaciones	Privada	Seguridad social
Declaración previa	Sí; influye cuantía cuotas	No
Ámbito territorial	Variable según póliza	Estatal-autonómica
Listado prestaciones	Si	Completa
Periodos de carencias	Si: partos, cirugía oncología (variable dependiendo de prestación y póliza)	No
Contribución usuario en momento del uso de los servicios farmacia hospitalización	Frecuente: cuantía y modalidad variable	No
Farmacia ambulatoria		100% Cubierta pensionistas y a. Trabajo 60% activos.
Asistencia casos especiales (transplantes, diálisis...)	No obtenible	Si
Hospitalización no quirúrgica ni obstetricia mediante suplementos	No cubierta Si o limitada	Si
Prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas. Transfusiones	Variable	Si
Ambulancias	Si	Si
Elección de médico	Si	Si comunidad de madrid
Confort hotelero	Individual	Habitación individual en nuevos hospitales de madrid y los renovados

1.4. CLARIDAD EN EL ACTO MÉDICO.

No hay norma estricta válida para todos los casos, sino una orientación; a todo enfermo se debe transmitir un informe claro, sencillo, y sincero sobre los puntos fundamentales del diagnóstico, con dos limitaciones generalmente importantes:

- En primer lugar, se debe evitar que las palabras perturben y traumatizen al enfermo, dado que la función y la finalidad de la información consiste precisamente en todo lo contrario: ayudar al enfermo a afrontar mejor su enfermedad y, en circunstancias desesperadas, la muerte.

¹⁰Análisis del Sistema Sanitario Español (2010). Servicio Nacional de Salud (SNS). Entidades privadas (Aseguradoras). Datos facilitados por la Fundación Ciencias de la Salud.

Hay enfermos con una personalidad incapaz de aceptar el conocer la verdad sobre su estado de salud. A estos enfermos no se les debe decir la verdad de forma tal que les puedan producir un impacto psicológico negativo. En estas circunstancias resulta aconsejable que la información de la salud sea canalizada con la necesaria y valiosa cooperación -siempre tan necesaria- de los familiares del enfermo.

- En segundo lugar en procesos de enfermedades largas, intervenciones quirúrgicas importantes o situaciones terminales, resulta de capital relevancia que los familiares del enfermo, su núcleo de amistades y el propio personal sanitario, afinen en su relación y convivencia con él, poniendo para ello especial cuidado en “hermosear” esa relación a base de atender (con especial finura de espíritu y delicadeza humana, con una natural alegría esperanzada que ha de resultar contagiosa) los más pequeños detalles y necesidades. En situaciones como las que acabo de referir resulta fundamental que el enfermo no se sienta solo, incomunicado con respecto a su entorno familiar, vivencial, etc.

1.5. LA CALIDAD DEL ACTO MÉDICO

La calidad del acto médico¹¹ -que es objeto del mismo- el diagnóstico de la enfermedad y el tratamiento para la recuperación de la salud, pasa necesaria y fundamentalmente, por estas premisas:

a) La interacción comunicativa enfermo-médico y viceversa.

b) La actitud del enfermo ante el médico, su capacidad y posibilidad de relación y diálogo ante éste.

¹¹ “El médico tiene el deber de prestar a todos los pacientes una atención médica de calidad humana y científica”, así reza el artículo 21, apartado a), del Código de Deontología Médica (Guía médica) que, tras una nueva revisión, publicó en 2011 la Organización Médica Colegial de España. Este Código ético es de aplicación obligatoria por todos los médicos españoles.

c) La existencia o no de una razón-información argumental exclusivamente referida a la salud, o por el contrario esa razón-información específica se ve encontrada con pautas sobre actuales cuestiones de interés común.

d) La historia clínica del enfermo debe complementarse con un perfil socio-familiar en el marco de la discrecionalidad (prudencia del médico) y confidencialidad.¹²

Dicho cuanto antecede, el “distanciamiento” relacional y dialogante del enfermo con el médico cuando no es posible, sirve para impedir la interacción comunicativa, deshumanizar el acto médico y disminuir sensiblemente la calidad de la salud.

Por el contrario, una aproximación -fiabilidad, credibilidad, confianza del enfermo en el médico, dinamiza el proceso de recuperación de la salud y dota a esta de una eminente calidad que acaba por resultar eminentemente gratificante.

No se puede pensar seriamente en la necesidad imprescindible del proceso de interacción comunicativa enfermo - médico y viceversa, cuando:

a) No existe conciencia de la importancia de esa necesidad.

b) Si el enfermo no tiene capacidad para entrar en el conocimiento del médico.

c) Si el enfermo, aún teniendo capacidad, carece de posibilidad o de probabilidad para poder materializar, hacer efectivo, el conocimiento a que me refiero.

¹² Marañón, G. (1954): La Medicina y Nuestro Tiempo. Madrid, Espasa Calpe, p. 34.

La interacción comunicativa para la humanización del acto médico es posible (o no) y diferente, según caso y circunstancias y tendremos que distinguir varios tipos de interacción comunicativa¹³:

a) La interacción comunicativa en la asistencia médica de consulta, tanto en consultorio de Atención Primaria como en ambulatorio de Especializada.

b) La interacción comunicativa en un centro hospitalario o centro cerrado.

c) La interacción comunicativa en el marco de la estructura administrativa y funcional del los distintos centro y de las inspecciones sanitarias.

d) La interacción comunicativa en una Unidad de Vigilancia Intensiva, o de Cuidados Intensivos y unidades de paliativos.

e) La interacción comunicativa en el caso de enfermos con procesos largos y cortos.

f) La interacción comunicativa en las distintas situaciones de los enfermos con mayor o menor nivel cultural y educativo.

Lo mismo que el ser humano debe aprender a expresarse, comportarse, comunicarse durante un acto público, etc., el enfermo en un centro hospitalario, también debe aprender a comunicarse con todo el personal especializado que hace lo imposible para devolverle la salud.

¹³ Romero Rubio, A (1998). Interacción Comunicativa enfermo-médico-enfermo (Apuntes personales, notas particulares), p.123.

El enfermo se encuentra a veces en una situación de dependencia total de los demás y sólo una intensa interacción comunicativa, en muchas ocasiones simbólica, dada la gravedad o los impedimentos físicos de la enfermedad, suple esa indefensión producida por la incomunicación verbal¹⁴.

Es evidente que cuando el enfermo carece de la posibilidad de esa comunicación activa con el médico y el resto del personal que le atiende, sus reacciones ante la enfermedad, en definitiva, ante el dolor, corren el riesgo de resultar negativas. Y eso es ya de por sí un serio impedimento para intentar superar el dolor y querer recuperar la salud.

La incomunicación psíquica del enfermo resulta un mal añadido a su indefensión frente al personal sanitario. Esa incomunicación se puede evitar de muchas maneras, sobre todo tratando al enfermo con comprensión, delicadeza y atención solidaria.

El personal sanitario siempre ha de disponer de recursos para ennoblecer la calidad de su trabajo, que básicamente consiste en devolver al enfermo la alegría por vivir y la esperanza por recuperar la salud.

Sobre los esquemas y modelos de comunicación humana y de la comunicación social ya conocidos y de los que se vienen ocupando los teóricos de estas Ciencias y la bibliografía al uso, la enfermedad, cuando requiere una asistencia intensa y de un periodo de tiempo dilatado, construye un marco de comunicación que, de manera sustancial, viene a alterar y a descomponer la estructura de todos los elementos que integran el conocido proceso de la relación entre el emisor-receptor y viceversa. Trasciende a modelos de comunicación que adquieren categoría y sentido elevados y de alta responsabilidad.

¹⁴ Dr. Artaza. "Complejidad médico Paciente". Sesión Clínica. Jefe del Departamento de Cardiología del Hospital Puerta de Hierro de Madrid.

Una serie de factores como el tiempo, espacio, capacidad por la convivencia en centro hospitalario, nivel educativo-cultural, asistencia familiar, etc., juegan un importantísimo papel a la hora de intentar diseñar un modelo de comunicación para la salud y también movilizar aquellos valores que tan decisivamente ayudan al ser humano enfermo a comunicarse con la idea de que tenga de lo trascendente y con las personas, enfermas o no, que están en el entorno.

Contribuyen a la calidad del acto médico, sea en consultorio o en hospital, los siguientes conceptos:

1. Trato personalizado
2. Rapidez de servicio
3. Disponibilidad de habitación confortable en el hospital
4. La clase de comidas
5. La amabilidad del personal no sanitario

La confianza del enfermo y de su familia se pierde cuando faltan algunos de estos servicios.¹⁵

La Administración está contemplando en la actualidad la calidad de la asistencia sanitaria y ha puesto en marcha un plan en el que se exige “más y mejor” al paciente y mejorar la satisfacción del usuario del INSALUD- este plan solo afecta a las autonomías que no han sido transferidos los servicios de salud.¹⁶

¹⁵ Dr. J. Federes: “Calidad de la asistencia médica”, en Tribuna Médica, 2 de abril de 1993, p.12

¹⁶ Sin firma: “El plan de calidad del Servicio Nacional de la Salud exige informar más y mejor al paciente”, en Diario Médico, 16 abril, 1998, p. 3.

1.5.1. CRÍTICA CONSTRUCTIVA-RECLAMACIONES

CRÍTICA CONSTRUCTIVA-RECLAMACIONES Año 2009

Distribución de las reclamaciones efectuadas por los usuarios de la red de la Comunidad de Madrid			
A.P. - Atención Primaria- Consultorios y Centros de Salud. (6.553 RECLAMACIONES)		A.E. -Atención Especializada (5.699 RECLAMACIONES)	
Reglas de funcionamiento	1.604 reclamaciones	Lista de espera	1.300
Disconformidad con la asistencia	2.331 Reclamaciones	Asistencia	3.160 Reclamaciones
Tiempo de espera en consulta	1.801 (10.75%) reclamaciones	Organización y normas	2.840 Reclamaciones
Insuficiencia de la estructura	1.560 Reclamaciones	Tiempo para entrar en consulta	2.793 Reclamaciones
Trato personal	1.240) reclamaciones	Trato personal	1.811 reclamaciones
Cita previa	1.103 reclamaciones	-	-

Fuente: Inspección Sanitaria (Diario Médico)

1.6. CONSIDERAR HUMANIZADO EL ACTO MÉDICO POR PARTE DEL ENFERMO.

La humanización del acto médico requiere que el tono sea más asequible entre ambos interlocutores, -enfermo y médico- ha de planificarse para que el enfermo comprenda al médico y éste le hable sin tecnicismos y encuentre en una conversación fluida, breve y profunda, la suficiente confianza en el médico en el que tiene puesta la esperanza de la recuperación de la salud.

El enfermo, al sentarse al otro lado de la mesa de la consulta comprenda el valor científico del médico sin atosigarle en preguntas y escucharle y comprenderle, y creando una comunicación entre ambos que será en adelante el canal que les una en el transcurso del proceso

de la enfermedad si se trata de consulta de atención primaria, dado que, con esta postura por parte del enfermo, la información que trasmite -en caso de asistir al especialista- será más eficaz.¹⁷

Se “humaniza” el acto médico asumiendo las dos partes un respeto mutuo, y aún cuando en muchos momentos de la entrevista, haya desacuerdo en la interpretación de un diagnóstico, en la medicación o en otro caso.

El enfermo debe comprender la responsabilidad del médico. El cansancio psicofísico del médico después de varias horas de consulta. La tecnología que nos ha tocado vivir, no ha sido ni debe ser la causa del alejamiento entre el médico y el enfermo aunque muchos médicos lo piensen en la actualidad. Hay infinidad de recursos que un director de hospital o de ambulatorio debe emplear para que nunca se produzca una deshumanización ni en la consulta ni en ningún servicio del centro.

1.7. ACTITUDES NEGATIVAS EN EL ACTO MÉDICO.

En la relación del enfermo con el médico hay que evitar siempre estos tópicos y actitudes, porque no resultan para nada recomendables:

1. Distanciamiento, desconfianza, temor, inseguridad, complejo de inferioridad o de impotencia.
2. Tendencia a no ser explícito y objetivo en la expresión de la sintomatología.

¹⁷ Payá, J. M. -Hospital Germán Trias y Pujol-, Tribuna Médica, 4 de abril de 1997, pp. 21-55

3. Tendencia a no auto engañarse y a mentir sobre los síntomas.
4. Esperar conseguir del médico -en el menor tiempo, al más bajo costo y mínima de dolor y sufrimiento -físico y psíquico- la recuperación de la salud.
5. Intentar trasladar el diagnóstico aplicado a un cojo- y el tratamiento consiguiente a otros enfermos con una etiología que él, muy audazmente, considera que es similar a la suya.
6. No tomar demasiado en serio el diagnóstico del médico y hasta la medicación, dejándose “aconsejar” más por una intuición- instinto- tremendo disparate y no por el resultado concurrente del diagnóstico. El enfermo ha de comenzar por aprender a relacionarse con el médico y contribuir a mejorar la calidad de esa relación.
7. Al incumplimiento del tratamiento cuando éste es domiciliario y depende de los fármacos.

1.8. LA RELACIÓN EN LA CONSULTA.

Esa relación- que ha de ser confiada y respetuosa en todo momento- de ninguna de las maneras debe convertirse en:

- a) Un “pugilato” de contradicciones entre el enfermo y el médico, como los dos sujetos principales del proceso de la salud.
- b) Una “desobediencia” sistemática -sin fundamentación razonable- que le haga al enfermo no respetar el diagnóstico ni la medicación, aliándose éste con otros diagnósticos

innecesarios con la pretensión de jugar a “contrastar” pareceres.

c) Abrumar al médico, no ya con un volcán “hipocóndrico” de referencias a la enfermedad, sino con actitudes y problemas personales de todo tipo.

d) Hacerle creer al médico que lo está “engañando”, emitiéndose tan sólo una “versión” cómoda y hasta “descomprometida” de la sintomatología¹⁸.

El enfermo, en definitiva, ha de aprender a ser objetivo, conciso y concreto en una relación y diálogo con el médico. La misma concisión, concreción y objetividad -en la parte que a él corresponde- ha de ser comunicada al médico.

Cuando esa normativa de conducta y relación es conjugada armónica y responsablemente, entre el enfermo y el médico, la interacción comunicativa se da verdaderamente en plenitud.

El enfermo ha de exigir del médico:

1. Efectividad, competencia y responsabilidad profesional.
2. Eticidad y deontología fuera de toda duda.
3. Capacidad de acogida, comprensión y de dar un diagnóstico inequívoco, objetivo al máximo.

¹⁸ Romero Rubio, A (1998). Encuesta enfermos. Texto inédito.

En la encuesta realizada a enfermos, compruebo personalmente, que la realidad en el campo de la relación enfermo-médico, es otra, y muy distinta de la que necesariamente tiene que ser para la culminación del acto médico con garantía de la curación o del tratamiento adecuado a la patología correspondiente.

El enfermo se encuentra en la mayoría de las veces que acude a la consulta con una dolencia determinada, que:

a) La Consulta ha cambiado de médico, con lo cual, la predisposición que el enfermo tiene a exponer con “confianza” a “su” médico los síntomas objeto de la consulta, cambia radicalmente al actitud del enfermo que expone con timidez lo que podía haber manifestado con confianza.

b) El médico inasistido por la enfermera o personal auxiliar en la consulta - hecho que se está dando con frecuencia en las consultas de la Seguridad Social-mantiene una actitud de incomodidad, por la falta de medios, que se refleja en la comunicación con el enfermo.

Estas dos circunstancias no se dan en los enfermos que acuden a centros privados donde:

a) El médico es elegido por el enfermo.

b) El médico suele disponer en su consulta de los medios escenarios para realizar su cometido, al no estar a expensas de la Administración.

c) Ante estas interrogantes que suscitan enfermo-médico, el resultado de la consulta nos muestra la importancia que tiene el conocimiento del médico por parte del paciente en

primer término, derivándose dicho conocimiento en una buena o mala comunicación entre ambos y a su vez, la influencia en el buen o mal concepto del médico.

Conocer bien a su médico, deriva en que la posibilidad de entendimiento sea sensiblemente mayor a la hora de exponer la dolencia o síntomas correspondientes.

El médico valora un diagnóstico con mayor precisión si la exposición de la sintomatología es fluida y ayudada por la historia clínica y socioeconómica del enfermo. Esta comunicación, según la consulta realizada, se hace difícil en los centros de la Seguridad Social por las siguientes razones:

- Desconocimiento del médico que le va a atender.
- Miedo ante el médico por la incertidumbre y desconocimiento de su carácter.
- Temor de no saber exponerle el problema con claridad (mala educación sanitaria).
- Masificación de la consulta, pese a la implantación de la “cita previa”.

El conocimiento del médico en la Medicina privada se fundamenta prioritariamente, en una mayor relación por la libre elección existente en el sistema privado. La mayoría de los enfermos acuden a su médico de cabecera o de familia conociendo con anterioridad el facultativo que le va a atender y por supuesto, conociéndolo, si bien por haberle atendido anteriormente o por referencias que le han permitido tener una confianza que les supone una predisposición a que el acto médico se realice con mayor agilidad en la comunicación y sin temor al tiempo de la consulta.

Estas repuestas efectuadas por los entrevistados nos vienen a demostrar que las repuestas a las tres preguntas están íntimamente ligadas al sistema utilizado: Sanidad Pública o Privada.

El concepto de su médico se adquiere a través de los diversos resultados obtenidos en

anteriores consultas y en relación directa con el trato recibido. En cuanto a los resultados no siempre se derivan de una curación de la enfermedad, pues, a veces la enfermedad no responde al tratamiento, pero el enfermo valora el acierto en el diagnóstico y el proceso de la enfermedad, después de haber sido remitido al especialista correspondiente.

Del médico se percibe una actitud de superioridad en el momento que se entra en la consulta; la bata blanca y todo el entorno que rodea la habitación son elementos propicios para que el enfermo, ante su ansiedad por exponer el problema y conocer los resultados, mantenga una actitud de expectativa hasta que el propio médico trate o deba tratar que el enfermo se tranquilice y responda a las preguntas que le formule. Cuando existe una “amistad” con el médico, la expectativa continua, pero pone en el médico toda su confianza en la esperanza de obtener un resultado positivo a su problema. Algunos entrevistados, pese a conocer a su médico, reflejan que existe una gran distancia entre ambos, que en muchos casos no logran superar.

En teoría, el médico debe, en muchas ocasiones, ponerse a la altura sociocultural del enfermo, pero esta circunstancia es difícil, en razón a que existe masificación en las consultas y lo normal es que el acto médico se considere rutinario.

Hay que defender en el acto médico, el diálogo como “ojo clínico”.¹⁹

El buen clínico debe aprovechar siempre el acto de la consulta para repasar temas pendientes con el enfermo cuando éste es habitual visitante del médico y de acuerdo con la historia clínica que deber tener presente, esto da mucha confianza al enfermo que se ve personalizado en la consulta.²⁰

¹⁹ Dr Martínez Fornés. Conferencia de apertura del curso de prácticas de Medicina en la Fundación San Pablo CEU, Febrero de 1998. Escudero, J., El Médico, 23 de febrero de 1998, p. 34

²⁰ Gervas, J., El Médico, 18 de noviembre de 1994, p. 52.

“La idea de un paciente excepcional no se aprende en los estudios médicos. Yo llegué a ella después de un largo periodo de infelicidad y de búsqueda espiritual de mi profesión. Yo no tuve una clase sobre curación y amor, cómo hablar con los pacientes o sobre las razones para ser médico. No fui curado durante mis estudios y, no esperaba yo que curase a otros.”²¹

1.9 ¿EN QUÉ Y CÓMO HA DE CONCRETARSE EL CONOCIMIENTO DEL MÉDICO POR PARTE DEL ENFERMO?

- a) En la cualificación profesional y competencia irreprochable del médico.
- b) En el grado de confianza y fiabilidad que es capaz de transmitir.
- c) En su capacidad de transmitir interés y cierto grado de seguridad
- d) Si no está convencido de la necesidad de ese conocimiento.
- e) Si por principio mantienen esa actitud defensiva ante el médico.
- f) Si es reservado y no dice al médico todo cuanto el médico desearía saber.
- g) Si no sabe decir eso que el médico necesita conocer de cada enfermo.
- h) Si le resulta incomprensible el “discurso” del médico.

²¹ Siegel, B.S. (1988): Amor, Medicina Milagrosa. Madrid, Espasa Calpe, p. 19.

i) Si no entiende, confunde o está equivocado sobre cual ha de ser el papel del médico (derechos, deberes, responsabilidades) en el proceso de la enfermedad y en el proceso de recuperación de la salud.

j) Si sólo pretende conseguir del médico un diagnóstico que le resulte fácil de aceptar y cómodo de superar.

k) Si pretende “utilizar” al médico como “pañó de lágrimas” exclusivamente, y no para intercambiar con él la información y la opinión específicas, referidas a la enfermedad y a la salud.

1.10. ¿QUE OTROS FACTORES-ADEMÁS DE LOS CITADOS-IMPIDEN O DIFICULTAN EL CONOCIMIENTO DEL MÉDICO POR PARTE DEL ENFERMO?.

He aquí algunos de esos factores que considero importantes por su práctica casi cotidiana en la Medicina Pública de España y esencialmente en las consultas de Atención Primaria (Centros de Salud y consultorios):

a) Masificación de la medicina pública. El médico ha de atender habitualmente, a mayor número de enfermos de los que debiera pese al establecimiento en la Atención Primaria de la “cita previa” o programación del número de enfermos a atender en unas determinadas horas.

b) El enfermo, hasta fecha muy reciente, no ha podido elegir médico en la atención primaria ni en la especializada.

c) La diversidad masificadora de enfermos -personas tan diversas, culturalmente y sociológicamente hablando- han dado indirectamente, a la práctica de la medicina una rutina burocrática

d) Una deficiente educación para la salud. El enfermo, con respecto al médico, debe comenzar por conocer cuáles son sus deberes, derechos y responsabilidades y ejercerlas - dentro de una libertad sin miedo- a través de un diálogo y relación que siempre han de estar equilibrados con los deberes, derechos y responsabilidades que competen al médico y por ampliación, a todo el personal que trabaja en el ámbito de la Medicina privada o pública.

e) El lenguaje médico -en contra de cómo debiera ocurrir- no siempre resulta inteligible para aquellos enfermos que están situados en unos estratos inferiores de capacidad y posibilidad educativa y cultural. En esta situación descrita, el enfermo tiende a retraerse, encerrarse en su caparazón de incompreensión y de distanciamiento del médico y de su lenguaje.

f) El enfermo- en general -cuando acude al médico, se extiende en una explicación muy pródiga en detalles y consideraciones de todo tipo y tarde en conectar y precisar qué es lo que realmente le conviene. Esta actitud evidencia una lamentable pérdida de tiempo y signo de incapacidad para establecer de inmediato una comunicación razonada, estructurada y efectiva en el médico.

g) Desconfianza, inseguridad y miedo. El enfermo se sitúa, absurdamente, en una posición a la defensiva. Hay una distancia muy marcada -por él- que le separa del médico. Espera el remedio rápido y definitivo a su sintomatología. No quiere volver otra vez a la consulta, Sólo se sienten satisfechos cuando el médico les receta todo cuanto quieren.

h) Cuando el médico no está por la tarea de prestarse a compadecerse y seguirle la corriente al enfermo -cosa esta que no resulta en absoluto recomendable- y “consentirle” que adopte ante él una actitud impertinente.

Existe una demanda de la sociedad actualmente sobre una información médica lo más correcta posible en cuanto al contenido y a la forma. La sociedad actual posee ya muchos canales de información sobre enfermedades y procesos y el paciente, lo mismo que los familiares necesitan este tipo de información pero tropiezan con el “vicio” del médico de transmitir el padecimiento mediante el lenguaje médico y más concretamente el lenguaje hablado.

1.11. RESUMEN DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA POR LOS RESPECTIVOS SOCIÓLOGOS SOBRE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

Sociólogo	Metodo-Técnica	Sujetos	Resultados
Egbert y otros	Entrevista	Pacientes oncológico que había abandonado el tratamiento	Interpretaban el abandono como una repuesta a la falta de comprensión y apoyo por parte de los médicos
Blum	Entrevista-observación	Médicos Pacientes	Los médicos que habían sido denunciados por sus pacientes ante los tribunales, presentaban estas características: 1-Inseguros con sus pacientes. 2-Tenían una imagen peyorativa de ellos. 3-No admitían nunca su propia culpabilidad. 4-Ignoraban a sus pacientes y consideraban sus quejas triviales.
	Experimento de campo VI: Visita del anestesista al paciente antes de la operación: información sobre los aspectos de la operación ; cómo relajar los músculos para evitar el dolor, VD: duración del post-operatorio	Anestesista -paciente	El grupo experimental abandonó el hospital 2.7 días antes que el grupo de control.
Wiliams	Entrevista	Pacientes diabéticos	Los pacientes que consideraban a sus médicos como autoritarios obedecían más
Davis	Análisis de contenido de la interacción médico-paciente. Entrevista a los pacientes	Médico-Paciente	La falta de cooperación se relacionaba con una conducta hostil-antagonista del médico. También se relacionaba con la falta de información del médico al paciente.

Sociólogo	Metodo-Técnica	Sujetos	Resultados
Korsch	Registro magnetofónico de una interacción médico-madre	Médico-Madre Pediatra.	La insatisfacción médico-madre estaba relacionada con : 1-Falta de atención del médico. 2-Falta de explicación relativa al diagnóstico y causa de la enfermedad 3-Uso de Jerga médica
Francis y otros	Observación de la interacción. Entrevista a los pacientes	Médico-Madre	La falta de sensibilidad del pediatra correlacionaba con la falta de colaboración de la madre. La desatención de la madre provocaba la falta de cooperación.
Geerten y otros	Entrevista Observación	Paciente	Tiempos de espera excesivos. Correlacionaban con la bata la tasa de obediencia. Los pacientes que consideraban a su médico como “personal” obedecían más que los que lo consideraban “distante”.
Boyd y otros	Observación de la interacción. Entrevista al paciente.	Médico-paciente	el 60 % de los paciente comprendían erróneamente las explicaciones verbales del médico relativas a cómo se debía tomar los medicamentos.
Langer	Entrevista-cuestionario	Paciente	El nivel de ansiedad del paciente antes de la operación correlacionaba con la rapidez de la recuperación. (inversamente)
Ben-Sira	Entrevista	Paciente	La percepción que tiene el paciente de tono afectivo del trato del médico influye en la confianza que el paciente tiene en la competencia técnica del médico La confianza en el médico correlaciona con la ansiedad.
varstad	Registro de la receta o prescripción médica.	Pacientes	Más del 60% de los pacientes cometían al menos un error al tratar de recordar las explicaciones de su médico una semana después de la visita. ²²

1.12. EL LENGUAJE MÉDICO.

¿Entiende usted a su médico? Un noventa por ciento, en el transcurso de la encuesta, manifestaba un “NO” rotundo y un reproche total al lenguaje utilizado habitualmente por los médicos en diálogo con el enfermo.

Cuando la información es inteligible por el enfermo o por los familiares, hay la posibilidad de alterar los mecanismos del subconsciente, el sentido real de la información por lo que puede ser útil hacer repetir con cierta habilidad a los oyentes el contenido ,

²² Morales, J.F., Blanco, A., Huici, C. y Fernández, J.M. (eds.), (1985): Psicología Social Aplicada. Bilbao, Desclée de Brouwer, pp. 98-100.

puesto que la información dada debe ser suficiente clara pero no excesiva ya que el informar de más, en la mayoría de las ocasiones, va a dar lugar a equívocos y confusiones, debido a que, generalmente, la información médica es esperada con ansiedad, es por lo que debe administrarse basándose únicamente en los hechos firmemente establecidos para evitar cualquier error.

En el transcurso de la encuesta efectuada a los enfermos, una de las preguntas que han tenido una respuesta contundente ha sido: si entendían a su médico tanto en la consulta, como después en el tratamiento dado por escrito. Las respuestas fueron casi por unanimidad de los entrevistados: rotundamente NO. La doctora Herreros dice al respecto: *“el lenguaje es muy importante pues no sólo es el medio de divulgar la propia experiencia, sino también- y eso es lo importante-, de comunicar con el enfermo, obteniendo en un principio todos los datos para conseguir una buena historia clínica y, posteriormente, conseguir que el paciente sea consciente de su enfermedad y de la pauta terapéutica que debe seguir”*.²³

Esta teoría de la Dra. Herreros da más importancia a “conseguir una buena historia clínica” que a una comunicación más efectiva con el enfermo. Establece la Dra. Herreros las siguientes modalidades diferentes:

- 1) Lenguaje médico hablado.
- 2) Lenguaje médico de historias clínicas - de informes de alta hospitalarios.
- 3) El lenguaje médico publicado.
- 4) Si bien en cualquiera de ellos puede producirse una confusión conceptual sin pérdida de rigor científico.
- 5) El lenguaje médico publicado debe cumplir cuatro características del buen estilo:

²³ Herreros. I., El Médico, 18 de marzo de 1994, pp. 44-50.

- a).- Claridad en la exposición.
- b).- Concisión.
- c).- Naturalidad.
- d).- Sencillez.

A diferencia del lenguaje científico, que debe ser riguroso, concreto y demostrativo.

La comunicación con el enfermo debe ser como el lenguaje médico publicado para no confundir al enfermo con terminología incomprensible para toda persona que no tenga una cultura científica-médica.

En la comunicación médico enfermo en la consulta de Atención Primaria o Medicina General, el lenguaje usado habitualmente por el médico tiene que ser muy sencillo y escueto, limitándose a unas breves palabras para la prescripción y normalmente no diagnóstica.

Cuando en la consulta de Atención Primaria, el enfermo presenta una patología más complicada y con posibilidad de gravedad, el médico se expresa en un lenguaje más científico y dejando abierta una vía para posteriores expresiones más contundentes en cuanto a la gravedad de la enfermedad.

El sociólogo Amando de Miguel opina con respecto al uso de “jergas profesionales” que:

La utilización no presenta mayor dificultad siempre que nos movamos dentro de las fronteras de un círculo que delimita cada una de esas sub-lenguas. Como puede esperarse de una sociedad con un cierto dinamismo, traspasada por los medios de comunicación colectiva, el problema es que los emisores de una terminología se dirigen con frecuencia a los receptores de otra.”²⁴

²⁴ Armando de Miguel. Entrevista SER.22-5-2007

En los informes de médico a médico sobre determinadas patologías que pueden producir impacto al conocerlas el paciente, existen abreviaturas y terminologías que pueden resultar hasta en forma de clave, que al ser portador del informe el propio enfermo no sospecha por no entender lo que dice “el papel”.

Este sistema se utiliza en los estados presuntamente de origen canceroso o con otras patologías casi siempre terminales y el terrible SIDA. En este último caso, el enfermo es normalmente joven y el impacto al conocer su enfermedad con toda la crudeza del lenguaje médico podría traer consecuencias imprevisibles en el enfermo.

Yo he comprobado personalmente, estando ingresado en un hospital, como mi compañero de habitación seguía todas las pautas y pruebas que diariamente le hacían los especialistas -hematólogos- con la mayor serenidad e ignorancia al desconocer la enfermedad que padecía: leucemia.

En este caso los familiares estaban perfectamente informados del transcurso de la enfermedad y el paciente transcurría las horas hospitalarias haciéndose más y más preguntas sobre tanta prueba y a él no le decían nada los médicos.

Si bien es cierto que a este enfermo de 70 años con un nivel cultural muy bajo y con un futuro incierto del proceso, no es posible ofrecerle una información clara desde el principio sobre el conocimiento de su patología, no menos cierto es que paulatinamente, y con un lenguaje de acuerdo a su nivel cultural, al cabo de los días e informado por algún familiar allegado, el enfermo aceptaría su enfermedad y su proceso plenamente, dado que es un hombre de profesión -marinero- acostumbrado a muchos momentos de incertidumbre en el transcurso de su vida laboral.²⁵

²⁵ Sevilla, S. (Médico Inspector del Equipo Territorial de Inspección de Madrid). Conferencia. Profesor Escuela de Enfermería. Madrid, marzo de 1996.

1.13. LA PRESCRIPCIÓN RACIONAL DE LOS FÁRMACOS EN LA COMUNICACIÓN CON EL ENFERMO.

El médico tiene la obligación de advertir al paciente sobre los riesgos de los medicamento que se le van a recetar en el proceso de su patología.

La evolución de los conocimientos médicos es rápida, y casi paralelamente los productos farmacéuticos saltan al mercado con la misma rapidez. Al mismo tiempo otros productos farmacéuticos “desaparecen” del mercado ante la aparición de unos fármacos con mayor efectividad.

Es evidente que esta transformación que paulatinamente se va produciendo en el campo farmacológico médico, se refleja en el enfermo de una manera positiva. El médico, sin olvidar que los fármacos son potentes productos químicos capaces de causar una acción secundaria además del efecto terapéutico, está cada vez más concienciado de que la elección de un fármaco debe hacerse única y exclusivamente a sus propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas, y a su margen de seguridad o índice terapéutico; el médico debe decidir qué medicamento prescribir.²⁶

Que una consulta médica en España termine sin recetar, es casi imposible, debido al “vicio” que tiene el español de pensar que si no le ha recetado nada el médico, es: mal profesional. Algunos de los errores habituales sobre prescripciones en las consultas de atención primaria (Medicina General o de Familia):

²⁶ Dr. Hernández y otros hematólogos en Sección Clínica en el Hospital “Puerta de Hierro” de Madrid. Septiembre de 1992.

1. Prescripción excesiva de vitaminas en un país con abundante producción en hortalizas y frutas.
2. Prescripción de fármacos en contradicción con datos científicos actuales, hábito terapéutico difícil de romper.

Prescripción excesiva de fármacos en dosis altas, durante periodos demasiado prolongados o en cantidades excesivas para las necesidades inmediatas del paciente. El médico debe recetar con pleno conocimiento del nombre del principio activo del medicamento y el grupo o grupos farmacológicos a que pertenecen

¿Cuál ha de ser la información que debe tener el médico sobre el medicamento? Los datos que debe poseer el médico ante el medicamento para su prescripción en clínica han de ser: Valor terapéutico, eficacia, su seguridad, información específica ante las características del paciente y el índice de su coste-beneficio.²⁷

La caligrafía en las recetas ha supuesto en muchos casos una interpretación inadecuada del medicamento. El farmacéutico es parte responsable también cuando no exista una claridad absoluta de la medicación recetada. La oficina de farmacia tiene el deber de devolver al médico la receta y hacerle las observaciones pertinentes para la administración adecuada.

El paciente, por lo general confía tanto en el médico como en el farmacéutico y por conseguir su curación, normalmente sigue con interés todas las observaciones que ambos profesionales les facilitan. En la Seguridad Social este “miedo” ha desaparecido, dado que las recetas se emiten con texto por ordenador, con indicación clara del tratamiento.

²⁷ Recal de Manrique. Jornada Salud Pública (Ponencia). Granada, 1986, p.143.

1.13.1. LA AUTOMEDICACIÓN EN LA UNIVERSIDAD

En la Universidad Complutense la automedicación adquiere altos porcentajes.²⁸ Como así lo demuestra una encuesta realizada por la Facultad de Medicina y sobre la automedicación de los estudiantes universitarios de la Comunidad de Madrid. Un 71 por ciento declararon que se auto medicinaban sin consultar con el médico. El grupo más alto de los medicamentos tomados por los universitarios españoles, son analgésico-antiinflamatorios. Por sexos, la encuesta pone de manifiesto que se consume más los distintos grupo de fármacos en mujeres, “excepción de los ansiolíticos y de los antibióticos, lo que podría estar debido a las habituales molestias menstruales y a problemas dietéticos-estéticos, que se agudizan en las mujeres de este grupo de edad”.

Se supone que el grado de cultura de un universitario es lo suficiente apto para saber distinguir las posibles consecuencias de una automedicación y chocan los datos, al dar que el 50 por ciento, reconocen que hace mal, y el 93 por ciento afirma no haber tenido nunca ningún problema ni ninguna complicación por este uso indebido de la automedicación.

En cuestión de medicación, el periodista debe tener sumo cuidado al informar sobre una nueva medicación para que su información no llegue al enfermo como remedio inmediato de su enfermedad ya que tiene que ser el médico el que decida el tratamiento.

²⁸ Alonso. S., Diario Médico, 4 de julio de 2008, p. 4

1.14. VALORACIÓN Y COMPARATIVA DE PRESTACIONES DE LA SANIDAD PÚBLICA Y PRIVADA.

Fuente: Encuesta a enfermos. Datos Comunidad de Madrid, 2008. ²⁹

(Valor de 0 a 10)	S. SOCIAL	PRIVADA
Espera en consulta	8,5	8,9
Trato en hospital	9	9
Comunicación	6	8
Valor. Clínica 1ª Consulta	7	8
Valor Clínica especialista	6	8
Fiabilidad diagnóstica	9	9
1ª Pruebas y análisis	9	9
Habitación -cama	8	9
Trámites burocráticos	8	8
Credibilidad médico familia	8,7	8,9

1.15. ENCUESTA A ENFERMOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

La encuesta está realizada entre personas que se encontraban en espera de ser atendidos por el Médico de Familia en la consulta correspondiente, o que la habían realizado momentos antes, en centros de salud, consultorios y consultas de Pediatría en C.A.P.(Centros de Atención Primaria) dependientes del la Comunidad de Madrid, y otros centros o consultas privadas de médicos la a sociedades privadas.

He visitado centros de salud, consultorios, ambulatorios y hospitales, tanto de la Seguridad Social como privados. La encuesta³⁰ que a continuación analizo, ha sido realizada³¹ en diversas fechas, a personas asistentes a un centro de salud o a un ambulatorio y las edades están comprendidas entre los 18 y 62 años. Se llevó a cabo en Madrid capital,

²⁹ Entrevistados: 25 enfermos -de 18 hasta 52 años de edad-. Centros donde se realizaron las entrevistas: Dos hospitales del IMSA-LUD, (Puerta de Hierro y Ramón y Cajal), un consultorio de Medicina General o Familiar: Centro de Salud del Paseo de Extremadura, y en el Hospital Orden Tercera de San Francisco, de Madrid, (Centro concertado con la Seguridad Social y Privada).

³⁰ La encuesta fue realizada bajo la dirección del Profesor Andrés Romero y las normas indicadas por Sierra Bravo en su libro Técnicas de Investigación Social, editado por Paraninfo (Madrid). Véase concretamente las páginas 317 y siguientes.

Ambulatorios de la Seguridad Social de San Blas, “Pontones” (Puerta de Toledo) Avenida de Portugal, Fresnedillas de la Oliva, (pueblo de 1.359 habitantes empadronados y 2.500 en temporada de verano), San Lorenzo de El Escorial, así como en el Hospital Puerta de Hierro de la Comunidad de Madrid.

Representa una visión muy actualizada -2008- y variada de lo que viene desarrollando la Comunidad de Madrid y lo que suponen las entidades privadas de salud en este tipo de prestaciones a la sociedad y de tanta trascendencia. Las influencias de más valor detectadas en la encuesta a los enfermos, se sitúan en el aspecto socioeconómico y la situación familiar. Los testimonios personales y objetivos pretenden sentar las bases para una Teoría de la Información y de la Comunicación médicas, con el fin de humanizar el acto médico y contribuir a mejorar la asistencia sanitaria en todos sus órdenes.³¹

Los enfermos consultados- en su mayoría- se han mostrado dispuestos a contestar a las distintas preguntas y con el deseo de mejorar día a día todos los servicios Han puesto mayor interés en el tiempo que deben durar las consultas y que el diálogo con el médico sea más dilatado y que éste inspire confianza a la hora de exponer el padecimiento.

Aunque las repuestas sean escuetas, el diálogo ha sido en muchas ocasiones intenso, exponiendo los entrevistados datos y situaciones que han enriquecido la experiencia del entrevistador y que conducen a la necesidad de una mayor información y diálogo entre enfermo y médico.

³¹ Romero Rubio, A. (1996): Planteamiento para una metodología de la acción comunicativa enfermo-médico-enfermo. Texto inédito.

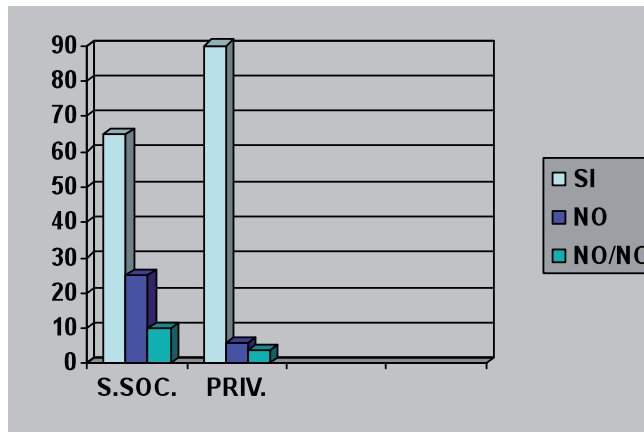


Gráfico 1: ¿Conoce Vd. A su médico?

En este capítulo expongo la importancia del conocimiento del médico por parte del enfermo y concretamente a su Médico de Familia (antiguo médico de Medicina General) para una buena interacción entre ambos y en beneficio de la salud del enfermo.

La mayoría de los encuestados, al contestar afirmativamente, lo hacen porque en estos dos últimos años, el movimiento de profesionales de la Medicina en sus respectivas consultas, ha sido significativamente menor que en años anteriores cuando se daba la triste circunstancia de que un médico duraba en la consulta de dos a tres meses. Esta prolongación de las situaciones de los médicos ha beneficiado a la población con un continuismo en los procesos y un seguimiento más de cerca de las diversas patologías.

Ese porcentaje que dice no conocer a su médico, resulta de una serie de personas que asisten a la consulta una o dos veces al año o bien tienen también sociedades privadas de salud concertadas al margen de la Seguridad Social.

Esta discontinuidad está considerada muy normal dentro de la asistencia sanitaria. Otro colectivo que supone un diez por ciento que dice no conocer a su médico, corresponde a personas transeúntes que incluso ignoran el lugar donde se encuentra su centro de salud.

Hay entrevistados que le es indiferente el conocimiento de su médico, porque alegan que lo importante es que se de con un diagnóstico cierto, puesto que de ello se deriva que sea el médico especialista quien tenga la última palabra en cuanto al proceso de la enfermedad.

La amistad adquirida durante tiempo del enfermo con el médico es otra de las posturas que los enfermos mantienen para tener un conocimiento “casi” familiar con el facultativo.

Testimonio literal de un paciente de la Seguridad Social:

“A mi médico de toda la vida lo trasladaron a otro consultorio. A veces me hago un lío porque no se parece en nada lo que el actual médico de cabecera me dice y lo que me mandaba el anterior. Yo suelo pedirle los medicamentos que tomaba con Don José para esto.... de las rodillas pero siempre me pone pegas, y me manda otra vez al especialista. Me gustaría tener siempre el mismo médico, pero no sé lo que pasa ahora en la Seguridad Social, que cambian cada seis meses o menos de médico”.

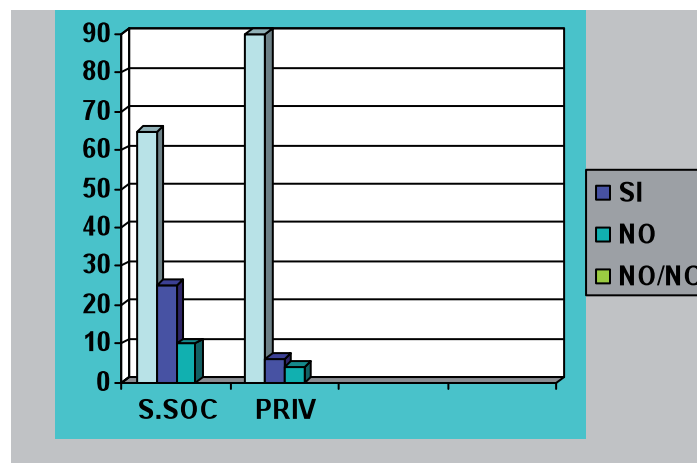


Gráfico 2: ¿Hay buena comunicación en la consulta de su médico?

Al entrar en la consulta, si el médico, en primer lugar, no te pregunta y no conoces al médico, la impresión es de frialdad y de incomunicación. Si el médico comienza primero

por iniciar el diálogo y preguntar el motivo de la consulta, la comunicación entre ambos comienza de forma más distendida y se adquiere confianza por parte de ambos.

Hay entrevistados que han dado con algún médico que al entrar en la consulta, toda la conversación es a costa del enfermo y como resultado, sin más explicación por parte del médico, éste se limita a recetar o a dirigir al enfermo al especialista correspondiente sin más diálogo.

En los centros de salud de la Seguridad Social, al disponer el médico de una historia del enfermo, va oyendo al enfermo en su exposición y al mismo tiempo leyendo la historia correspondiente, con lo, cual diagnostica o se limita a recetar según el estudio realizado.

En general no hay mucha comunicación, o al menos la que desearía el enfermo. En la consulta como consecuencia del tiempo limitado de que dispone el médico hay una comunicación breve, aunque hay enfermos que reconocen que es sustancial la mejoría en la comunicación desde que se establecieron los centros de salud.

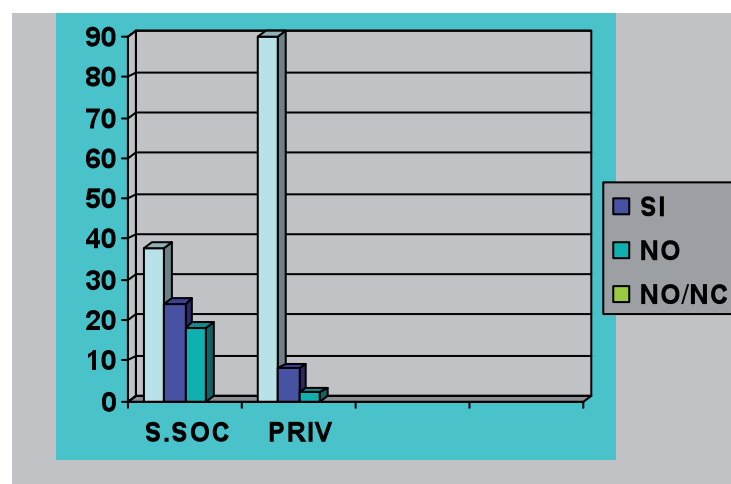


Gráfico 3: ¿Acude a la consulta con confianza?

Siempre se suele acudir a la consulta con confianza esperando ser atendido en la dolencia que se presenta.

La confianza verdadera se obtiene cuando el enfermo percibe en el médico profesionalidad y no rutina. Por ello, en la Medicina Privada el enfermo acude con más confianza a haber una prestación inmediata (el correspondiente cheque) que en el Seguridad Social no tiene. Al menos, así lo manifiestan los entrevistados, cuando en la realidad la mayoría de los centros de salud, Médicos de Familia, hoy representan desde el principio confianza y profesionalidad.

La confianza en el médico también se obtiene cuando existe continuidad y la comunicación entre ambos, crea la confianza. Hay centros de salud en el año 2000, que al producirse vacantes de médicos en las consultas de Medicina de Familia, éstas no han sido cubiertas, lo que supone que los enfermos asignados a estas consultas pasan a depender de otro facultativo que duplica así su cupo de enfermos dándose la circunstancia de que se llegan a consultar entre ochenta y noventa en las cuatro horas que dura el tiempo de consulta. **Si se hace una simple operación aritmética veremos que la media de cada enfermo en consulta no sobrepasa los dos minutos y medio.** Los enfermos de esta consulta dicen que no puede haber comunicación ni confianza en el médico hasta que pasa un tiempo durante el cual hay acercamiento entre ambos pero que por lo general vuelve a romperse al surgir nuevos cambios ordenados por la Administración Sanitaria.

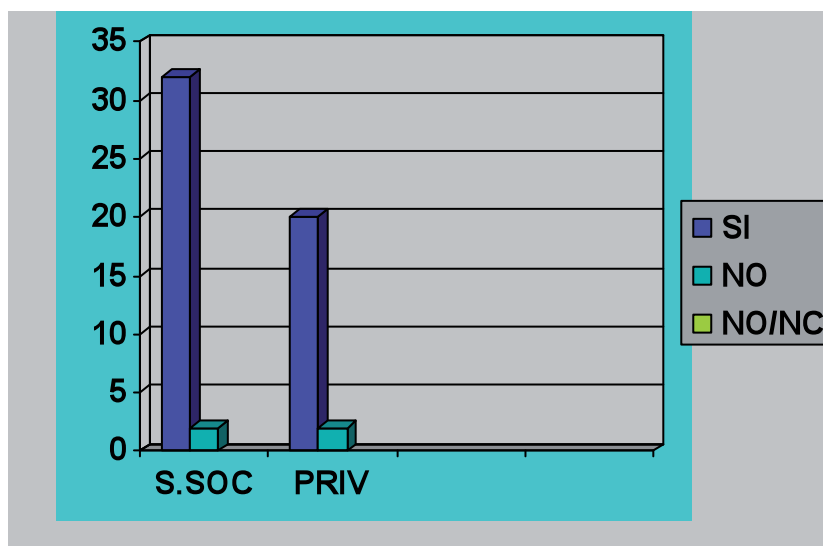


Gráfico 4: ¿Entiende las explicaciones que le da su médico?

Los enfermos de una consulta de Atención Primaria dicen que entienden a su médico pero que cuando salen de la consulta se les olvida. En ello influye un 90 por ciento el estado psíquico del momento en el que el médico le dice el diagnóstico. Suele ocurrir en la primera consulta.

Normalmente los médicos no suelen dar muchas explicaciones sobre la enfermedad hasta no tener un conocimiento profundo de la patología que afecta al enfermo. Este conocimiento lo adquiere a por medio de las pruebas que efectuar (análisis, radiografías, etc.) y si estima que es un tanto complicada, es cuando remite al enfermo a un especialista.

Las explicaciones suele ser para el tratamiento a seguir, cuando se tiene un diagnóstico. Explicaciones sobre la enfermedad son breves y sin entrar en profundidades técnicas, aunque el enfermo tenga una preparación suficiente.

Estas explicaciones suelen comprenderlas en el porcentaje que se expresa en el resultado de la encuesta.

Otro porcentaje de entrevistados dicen que el médico, en muchas ocasiones no suele ponerse a la altura de comprensión del enfermo, limitándose a recetar sin dar al enfermo más explicaciones o muy breves sobre la administración de la medicación recetada y la indicación de las fechas para nueva consulta.

Otros dicen que “para no mojarse” el médico de familia los deriva directamente al especialista sin más información que la indicación de un posible diagnóstico en el documento oficial de derivación de consulta.

Hay enfermos que les resulta muy difícil entender lo que el médico le expone sobre su enfermedad y prefieren que les diga escuetamente si la enfermedad es grave o benigna.

Testimonio literal:

“A veces creo que no me quiere decir lo que tengo, se limita a darme el medicamento, me dice que pida hora para la consulta de otro día y se limita a darme la baja laboral y decirme: “Vd. no puede ir a trabajar con esa fiebre y con el pecho como lo tiene, tómese estas medicinas y dentro de una semana hablamos”

“Creo que son poco explícitos y pienso que es por temor a equivocarse, no veo claridad en sus expresiones y a veces salgo con duda de lo que me ha dicho sobre mi enfermedad. No me atrevo a entrar de nuevo en la consulta por miedo a interrumpirle de nuevo”.

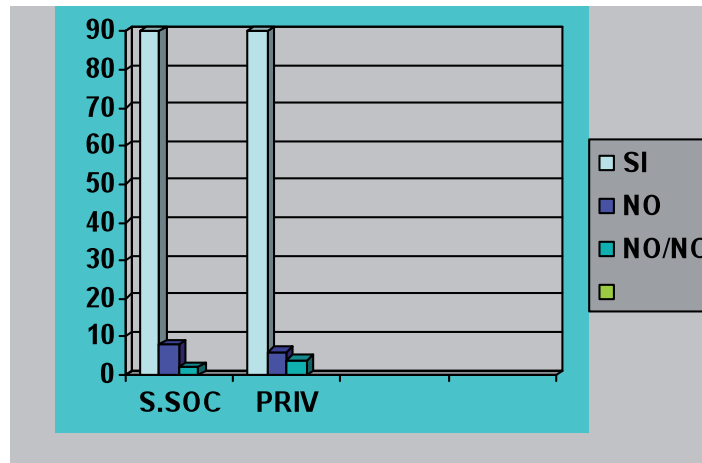


Gráfico 5: ¿Preferiría que se las diesen por escrito?

El médico es partidario de no dar por escrito al enfermo datos sobre su enfermedad. Lo que el médico o la enfermera suele dar por escrito, es el tratamiento (dieta, horario de la medicación, etc.) pero, salvo en contadas ocasiones, nunca da por escrito datos sobre el diagnóstico o el proceso de la enfermedad.

En los procesos post-quirúrgicos o por demanda laboral, se suelen dar informes por parte del Departamento correspondiente, bien hospitalario o ambulatorio a solicitud del enfermo datos concretos sobre la enfermedad, tratamiento a seguir y una orientación para seguimiento por parte del médico de cabecera o de familia.

Por norma, el enfermo no suele pedir por escrito su proceso patológico. Aunque la legislación vigente dice que el enfermo es el único propietario de su historial médico. Tanto los centros de la Seguridad Social como los privados, sólo facilitan al enfermo resultados y pruebas aisladas de su proceso con el fin de hacer de “correo” ante otro especialista o departamento, pero nunca facilitan al enfermo la historia completa del proceso.

La explicación que dan los médicos ante esta postura, es con vista a futuros procesos, tener un seguimiento de las enfermedades de la persona y facilitar el estudio de nuevos que se puedan presentaren un futuro. ³²

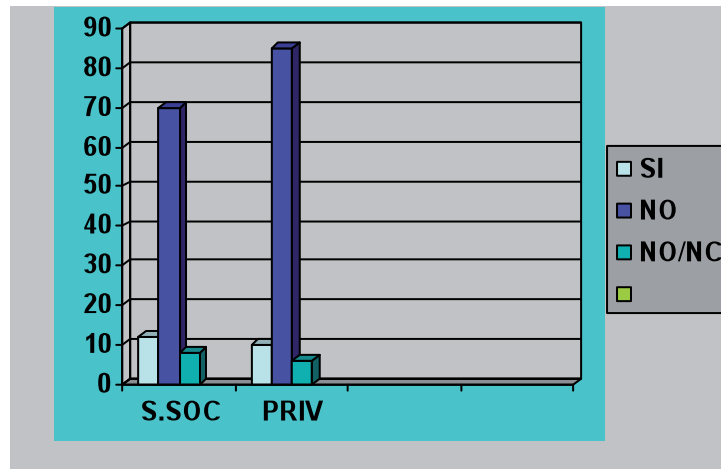


Gráfico 6: En la visita a domicilio, ¿tarda mucho o poco tiempo su médico?

En la visita domiciliaria en la Seguridad Social está hoy tan coordinada, que según el tipo de enfermedad, edad, lugar, etc. la cobertura de asistencia de asistencia es eficiente en general y bien calificada por los usuarios. Se da el caso o casos, e que, enfermos con pólizas de compañías privadas de salud, depositan mayor confianza en la Seguridad Social a la hora de una urgencia con síntomas indeterminados y un cuadro de posible gravedad.

En la actualidad. Los médicos de la Seguridad Social de Medicina General, hoy Médico de Familia, no se desplazan al domicilio del enfermo sin antes tener una información de los síntomas expuestos por el propio enfermo o sus familiares telefónicamente y de acuerdo con su criterio facultativo, visita al enfermo o lo deriva a un centro de urgencias. La diferencia con los centros privados radica en que en este caso, la asistencia a domicilio se efectúa siempre sin el trámite del médico.

³² Las historias clínicas de los enfermos, son documentos que tienen que conservarse obligatoriamente- por Ley- durante cinco años. Al pasar los cinco años, con las nuevas técnicas se informatizan y se archivan indefinidamente. En los hospitales suelen ser fuentes de consulta muy frecuentes por la diversidad de casos.

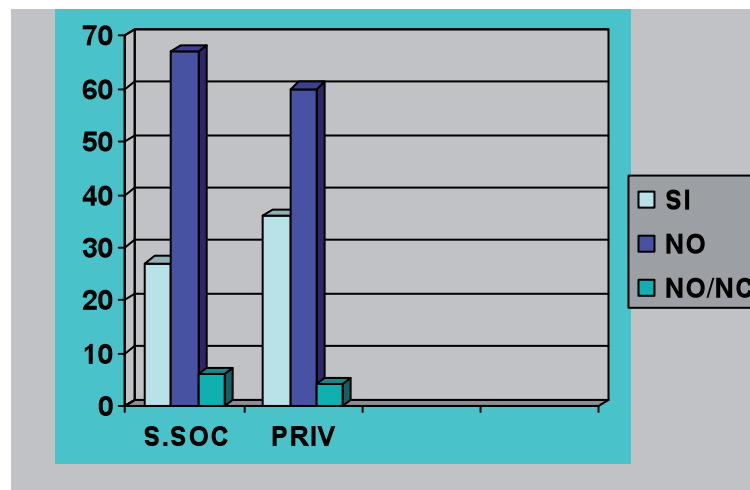


Gráfico7: ¿Prefiere que el médico le diga la verdad sobre su enfermedad?

Es claro el resultado que nos dan los entrevistados en este punto, pues cuando se trata de un diagnóstico complejo, ya el médico tiene alguna reserva en comunicárselo al enfermo hasta tener las pruebas que determinen la enfermedad y el grado. Cuando el médico tiene delante unas pruebas que confirman un diagnóstico grave, el médico suele analizar la personalidad del enfermo y la respuesta anímica no ocasione empeoramiento de la enfermedad.

Hay médicos, que desde un principio quieren que el enfermo asuma la responsabilidad de su enfermedad y con un diagnóstico cierto, exponen al enfermo la realidad de su padecimiento. Otros médicos solicitan la presencia de algún familiar del enfermo y hacer una exploración psíquica para conocer la posible reacción del enfermo y a veces hasta de los mismos familiares que tienen que asumir el proceso

Algunos entrevistados responden afirmativamente al conocimiento de la gravedad de su enfermedad porque dicen estar dispuestos a asumir con pleno conocimiento cuantas consecuencias puedan derivarse de su estado. El “NO” del gráfico ya nos indica el número de personas que desea no conocer de inmediato la gravedad de su enfermedad. En esta decisión mayoritaria no hay distinción de edades.

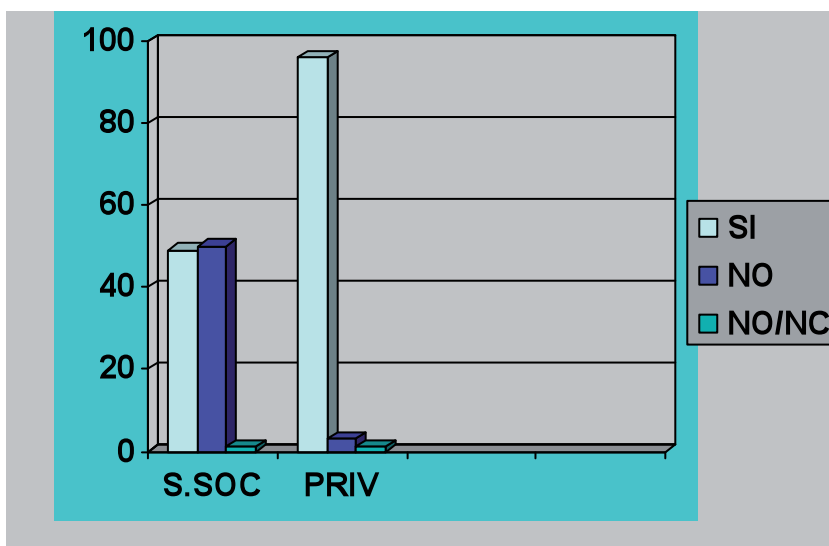


Gráfico 8: ¿Está satisfecho con el médico que tiene asignado?

El grado de satisfacción que más valoran los enfermos y los otros entrevistados, usuarios de la Seguridad Social, corresponde, más que a la valía profesional del médico, a la generosidad de recetar más o menos medicamentos y a la simpatía y trato personal del médico. Muy pocos valoran la capacidad y efectividad en el tratamiento idóneo a la enfermedad y sí influye mucho el tiempo que el paciente lleve relacionado con el mismo médico. Otros puntos que se valoran son: horario de la consulta, tiempo que suele emplear el médico en la consulta atendiendo al enfermo, actitud de la enfermera, etc. Como nota singular, ninguno de los entrevistados dijo que estaba satisfecho como el médico por la curación de una determinada enfermedad.

Estas circunstancias se dan hasta en consultorios titulados en zonas donde se presume que hay un mejor nivel cultural, con la salvedad de que en estas zonas también hay un porcentaje mayor de enfermos que dispones de una sociedad privada.

En un centro de salud de Madrid, un médico llevaba en la misma consulta varios años, los enfermos que recibía diariamente estaban entre los 40 y 45 pacientes. Este médico, ha sido trasladado a otro centro y el que ha ocupado su puesto, teniendo los mismos enfermos - las

mismas tarjetas sanitarias- que el anterior, recibe a diario entre 20 y 30 enfermos. La respuesta es que los enfermos no tienen confianza aún en el nuevo médico. Esta circunstancia ha sido expuesta al entrevistador por los propios enfermos.

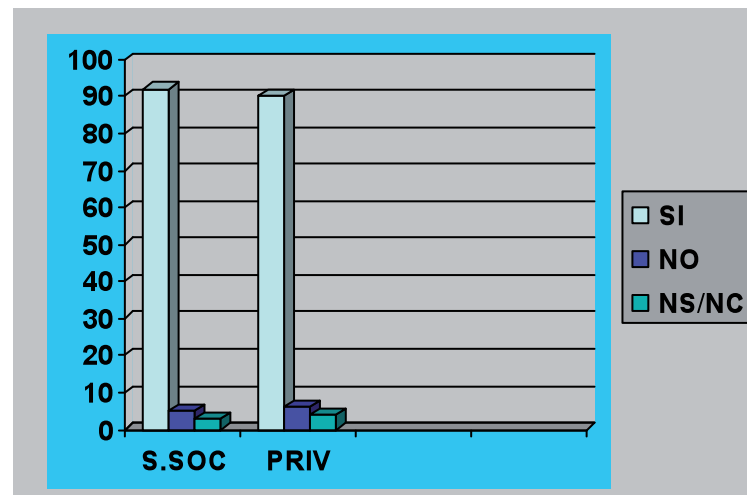


Gráfico 9: Prefiere que su familia y Vd. tengan el mismo médico?

Es muy elevado el porcentaje de enfermos que desean a un mismo facultativo, o Médico de Familia el que “ lleve “ la salud de todos. Pues como he mencionado en otro apartado de esta encuesta, las historias médicas desempeñan un papel importante en la anamnesis³³ y curación del enfermo. El médico posee ya unos datos genéricos de toda la familia que le dan una visión clara desde el primer momento que el enfermo le expone su circunstancia en el acto de la consulta. Como por ejemplo, cuando en un miembro de la familia relativamente joven, aparecen síntomas inequívocos de una hipotensión o una diabetes. En estos casos puede valorarse un origen genético aquí la prevención juega un papel importante.

Algunos de los enfermos entrevistados creen que hay diferencia entre el antiguo médico cabecera y el actual médico de familia y que esta diferencia afecta positivamente en el trato al enfermo en la consulta.

³³ En esta entrevista, son tres los enfermos que opinan sobre la pregunta expuesta.

Dicen los entrevistados que el Médico de Familia que ya el facultativo no actual como antes, que sólo se limitaba a iniciar la consulta sin tener historia clínica del enfermo y no depender de otros profesionales. Hoy el Médico de Familia al iniciar la consulta, ya tiene delante la historia clínica del enfermo y ya está integrado en un grupo de profesionales dentro de Centro, con un coordinador que en sesiones clínicas, suele desojar las dudas sobre diagnósticos complicados que puedan presentarse a alguno de los médicos del Centro.

La mayoría dice estar satisfecho y acepta que el médico sea el mismo para toda la familia.

Testimonio literal:

“Siempre quise que nos tratara el mismo médico a toda la familia, salvo cuando mis hijos eran pequeños que los atendía una médica de niños - Pediatra- pero cuando han sido mayores, yo no se si porque cada uno tiene ya su cartilla del seguro independiente, el caso es que ahora cada uno tenemos un médico de cabecera salvo mi marido y yo. Creo que hoy es ya posible tener toda la familia el mismo médico y quiero hacer los trámites necesarios para conseguirlo.”

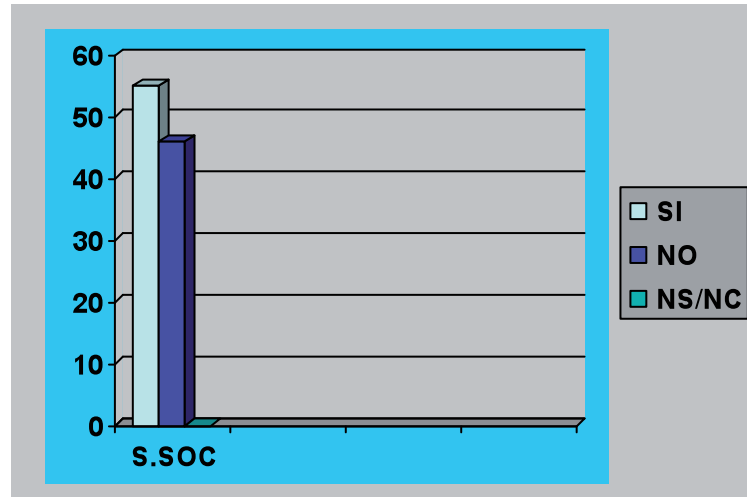


Gráfico 10: Si pudiera hacerlo, ¿cambiaría de médico de familia?

Muchos pacientes les gustaría cambiar de médico de familia o médico de cabecera ; unos por estar descontentos en la atención que reciben por parte del médico o por las enfermeras, otros por el horario, muchas veces incompatible con el trabajo y otros por simple picaresca de ir de médico en médico para conseguir bajas por enfermedad, medicamentos para familiares, etc.

Por parte de la Sanidad en la Comunidad de Madrid hoy se autoriza tanto el cambio de médico como el de centro hospitalario, y así está ordenado, pero en realidad, el paciente puede encontrar el obstáculo de que el médico nuevo que solicita puede tener el cupo de enfermos cerrado.

Muchos cambios de médico se originan como consecuencia de nuevos horarios de trabajo. Los asegurados desean adaptar ambos para mayor facilidad y menor ausencia en el puesto de trabajo. También hemos encontrado personas que sin justificación alguna tienen por costumbre, cada periodo de tiempo, cambiar de médico.

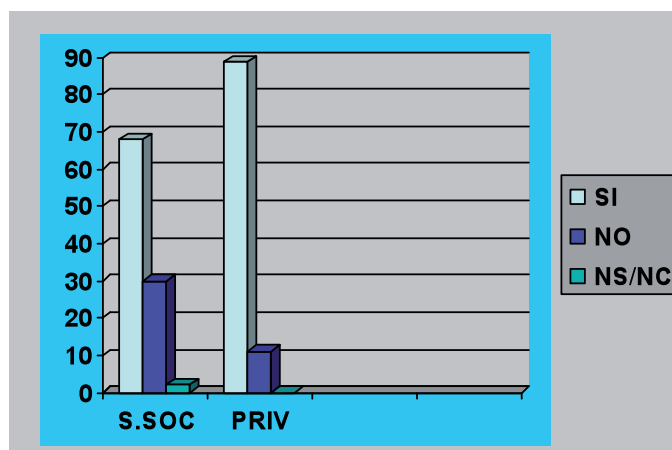


Gráfico 11. ¿Recibe buen trato del personal médico y de enfermería?

Ha cambiado mucho el trato en los consultorios y centros de salud de la especialmente en la Comunidad de Madrid, tanto con el personal administrativo como por el personal clínico. Esta gráfica nos demuestra que de todas las personas entrevistadas el número mayor considera que los médicos más jóvenes así como las enfermeras han asimilado que en la consulta influye mucho el trato para la curación o emisión de un diagnóstico.

Marca diferencia el trato recibido en la atención privada porque también en ésta, es consulta programada y menor número de enfermos a recibir.

Otros enfermos nos dicen que la diferencia del trato es en muchas ocasiones obligada por temor a denuncias y sentirse el enfermo más protegido en estos casos por la Administración: *“las denuncias no caen hoy en saco roto.”*

Por el gráfico vemos que generalmente existe buen trato dentro de los centros y son casos aislados los que presentan quejas en contra de un mejor trato, tanto en consulta como en el resto del personal y servicios sanitarios.

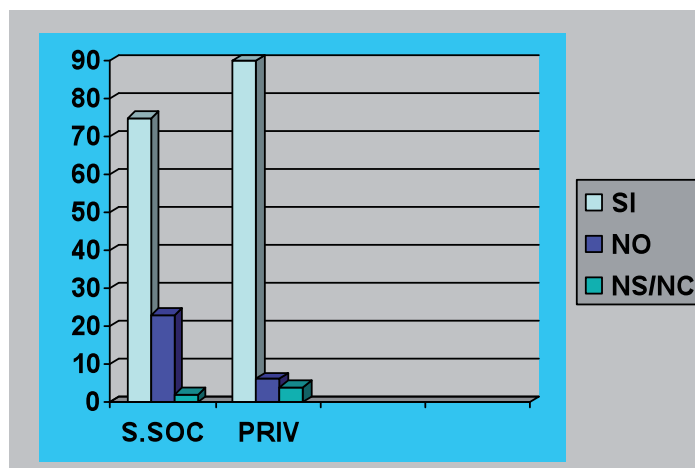


Gráfico 12 ¿Sale de la consulta satisfecho con las recetas?

El enfermo -según edad y grado socioeconómico- valora la calidad de la asistencia en función al número de recetas que le facilita su médico, independientemente de uso que haga de esos medicamentos, los utilice o no, las personas con grado cultural bajo, consideran que el médico tiene la obligación de recetar medicamentos cada vez que el enfermo asiste a la consulta. Si el médico ha considerado que la patología del paciente es tan leve o a veces tan imaginaria: (...) no suele recetar ningún medicamento, salvo en situaciones, a veces límites, por actitud agresiva del enfermo. Situaciones que ya no suelen darse con tanta frecuencia en los consultorios de Atención Primaria, tal vez como consecuencia de una mejor preparación cultural del enfermo.

En general, el enfermo sale de la consulta más satisfecho si el médico le ha recetado algún producto para su dolencia. El enfermo de la privada valora mejor la medicación que el enfermo de la Seguridad Social.

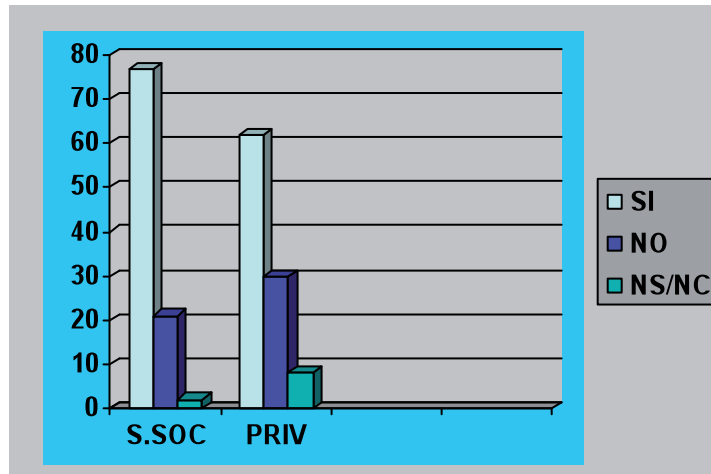


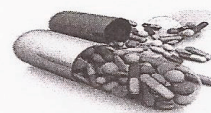
Gráfico 13. ¿Cumple el tratamiento que le indica su médico?

La mayoría de los entrevistados declaran que cumplen el tratamiento en cuanto a medicación, si no pasa de dos meses y la sintomatología no requiere - a su juicio- más medicamentos. Otros tipos de tratamientos que no sean medicamentos, como son los programas de rehabilitación física, terapias de grupos en enfermos mentales, etc., estos sí suelen cumplirse en todo su proceso porque suponen un beneficio inmediato.

La postura que se suele tomar con mucha facilidad cuando se trata de dolores y en general de patologías leves y que al enfermo le “cuesta” visitar de nuevo al médico, que normalmente es el médico de familia, se suele dejar la medicación en cuanto pasan los síntomas de dolor y molestias objeto del tratamiento.

Si la enfermedad está siendo tratada por un especialista y supone “algo más” que un simple resfriado, sin llegar a ser una patología grave, el tratamiento se tolera mejor por el enfermo y por miedo a consecuencias más graves. El incumplimiento terapéutico ha dado mucho que hablar dentro de la asistencia sanitaria, por la cantidad de circunstancias que inciden en el incumplimiento terapéutico: olvido, soledad, falta de paciencia, económica, etc.

HOJA DE MEDICACIÓN







Fecha de emisión: 5/01/12 11:21

Página 1 de 1

Sr/a.D./D^a. ██████████
 NASS: 280135 ██████████
 CIP: MRGR340220 ██████████
 F.Nac: ██████████

Centro de Salud de C.S. PUERTA ANGEL
 Médico: ██████████
 N° Colegiado: ██████████

Teléfono:

FARMACOS Ordenado por fechas	Desayuno 	Comida 	Cena 	Al Acostarse 	Fecha Inicial	Fecha Final
ATENOLOL NORMON 50MG 60 COMPR REC EFG 60 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas	1	1	1	0,5	4/11/11	28/05/20
NAVIXEN PLUS 600/12,5MG 28 COMPRIMIDOS RECUB PELIC 28 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas	1	0	0	0	4/11/11	28/05/20
OMACOR 1000 MG CAPSULAS BLANDAS , 100 CAPSULAS 100 CAPSULA ORAL Posología: 1 cada 24 horas	0	0	1	0	4/11/11	28/05/20
SIMVASTATINA STADA 20MG 28 COMPRIM RECUB PELIC EFG 28 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas	0	0	1	0	4/11/11	28/05/20
METFORMINA SANDOZ 850 MG COMPRIMIDOS RECUBIERTOS CON PELICUL - 50 COMPRIMIDO ORAL Posología: 1 cada 24 horas	0	1	0	0	4/11/11	28/05/20

Fecha de próxima revisión :28/05/2020
 ¡PIDA CITA UNA SEMANA ANTES DE ESTA FECHA!

Firma

Ejemplo del nuevo procedimiento de información al paciente sobre la medicación correspondiente a su tratamiento, que complementa a las recetas médicas para mejorar la comprensión por parte del enfermo.

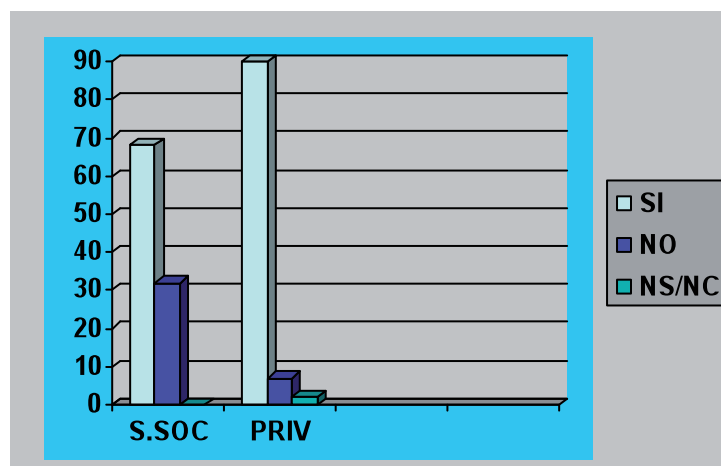


Gráfico 14. ¿Le resulta corto el tiempo de consulta?

Se cree por parte del enfermo que el tiempo que dura la consulta médico es corto, tanto en la Medicina Pública como en la Privada. El enfermo estima que una media de cinco minutos para exponer la sintomatología de su enfermedad así como, para que el médico le de todas la explicaciones sobre su enfermedad y muy especialmente cuando se trata de primera consulta en el médico de familia. El enfermo necesita más tiempo para exponer más detalles que le resultan imprescindibles para conocer su estado de salud.

Las citas se realizan por periodos de tiempo de quince minutos con una duración prevista de 3 minutos por enfermo, lo que no quiere decir que el médico tenga un cronómetro en la mesa y cumpla el horario.

El acto médico -importantísimo- se suele hacer en los centros de salud, con confianza por ambas partes y las consultas suelen ser breves, no por exigencia del médico, sino porque la consulta, salvo casos presumiblemente graves son de patologías leves que teniendo el médico delante la historia clínica y a la vista de la exploración, fácilmente diagnostica y receta, porque también en los casos presumiblemente graves deriva al enfermo al especialista correspondiente. La ventaja del los centros de salud, es que el Médico de Familia,

mediante informes del especialista “sigue el proceso del enfermo hasta su recuperación.

Hay entrevistados que desearían estar más tiempo de consulta con el objeto de exponer con más detalle todo el proceso de su padecimiento y que la consulta no sea tan “rápida”.

Otros reconocen que el tiempo dedicado a su consulta es suficiente porque durante este espacio de tiempo, el médico -3 o 4 minutos- porque el médico ha entendido todo lo que le ha expuesto el enfermo que en muchas ocasiones lo que persigue es unas recetas...

En casos muy limitados, cuando el enfermo es hipocondríaco, es cuando el enfermo se queja de que la consulta siempre le resulta corta - estos casos los exponen los mismos médicos- porque no salen satisfechos del tratamiento o diagnóstico que el médico le dice.

Testimonio literal.

“Me gustaría que el tiempo de la consulta fuese mayor y explicarle todo lo que me pasa al médico, pero comprendo que esto solo se puede hacer en la consulta de médicos privados -según me ha dicho mi cuñada que pertenece a una sociedad-. De todas las maneras, vengo observando en estos últimos meses que al tratarse de pedir la hora el día anterior, mi médica me atiende con menos prisas”

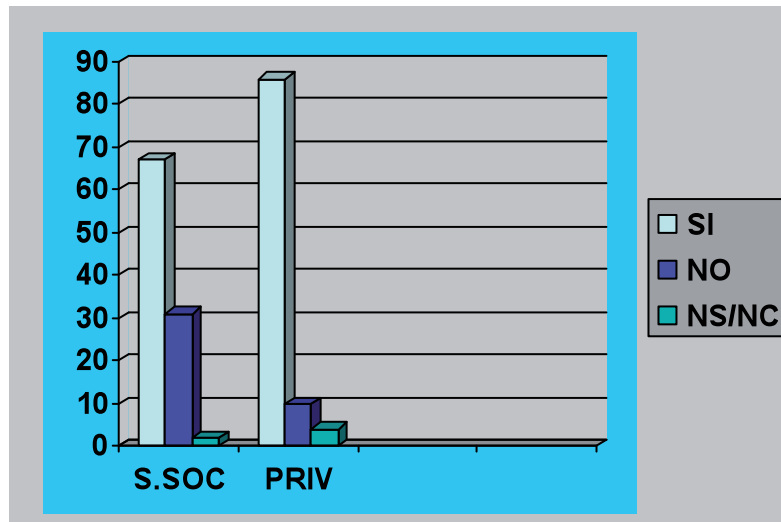


Gráfico 15: ¿Deja su médico que le explique con detalle sus síntomas?

La mayoría de los enfermos entrevistados opinan que el médico de cabecera o médico de familia les deja exponer con detalle los síntomas de su enfermedad. Ahora en los nuevos centros de salud ya hay cierta fluidez en la conversación entre el enfermo y el médico. Cuando el médico cree tener una visión global de la patología que aqueja al enfermo suele acortar la conversación y antes de emitir un diagnóstico, requiere una serie de pruebas que expone al enfermo y trata de ser breve en la consulta por motivos de tiempo y de acuerdo con la gravedad que estime sobre la enfermedad.

Los enfermos van comprendiendo que al médico lo que le interesa es conocer los síntomas y en muchas ocasiones con detalle para poder emitir un juicio lo más correcto posible sobre la enfermedad. Algunos enfermos entrevistados opinan que debe ser el médico en que les pregunte primero sobre los síntomas y después seguir la conversación con más fluidez y confianza.

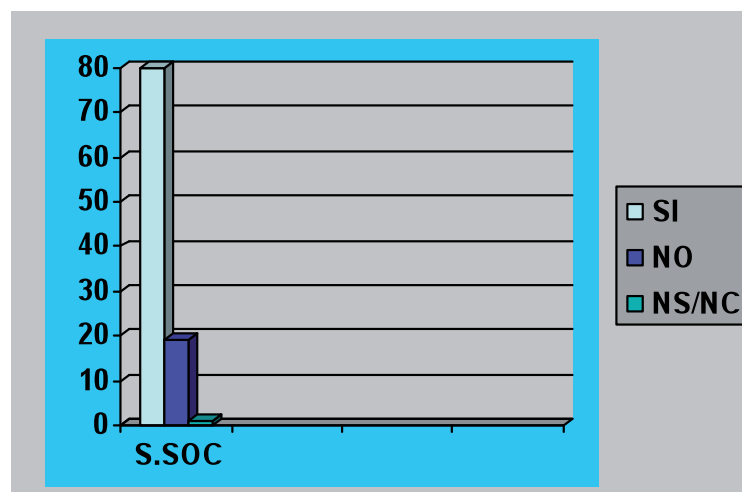


Gráfico 16: ¿Se diferencia entre los antiguos y actuales centros de Atención Primaria?

Los usuarios o beneficiarios de la Seguridad Social Española han notado la diferencia entre los antiguos ambulatorios, donde no existía la citación previa del enfermo y el médico no disponía nada más que de los datos sobre la enfermedad que el paciente le exponía en el momento -la creación de una historia clínica era potestativo del médico. Al no existir la cita previa a la consulta, el enfermo se presentaba “por sorpresa” y a veces, por el elevado número de pacientes, las esperas eran muy largas y el mismo médico terminaba la consulta de forma rutinaria. Esta circunstancia y novedad, implica que el tiempo de la consulta sea más efectivo.

Con la creación de los Centros de Salud, se establecen una serie de normas en beneficio del enfermo y del médico, que establece una relación más humanitaria y efectiva:

- a) El enfermo solicita el día y la hora de consulta mediante llamada telefónica.
- b) El médico tiene en su ordenador la historia clínica, previamente abierta en anteriores consultas, en cuya historia se relacionan las sub-historias de todos los miembros de la familia.

c) Dentro de los centros hay un Coordinador Médico que regula y supervisa la actividad clínica del centro.

d) El médico de familia, antes de emitir un diagnóstico en ciertas patologías que ofrecen dudas, participa en unas reuniones clínicas que deciden sobre esa determinada patología. El médico se encuentra en los centros de salud más “amparado” a la hora de emitir un diagnóstico.

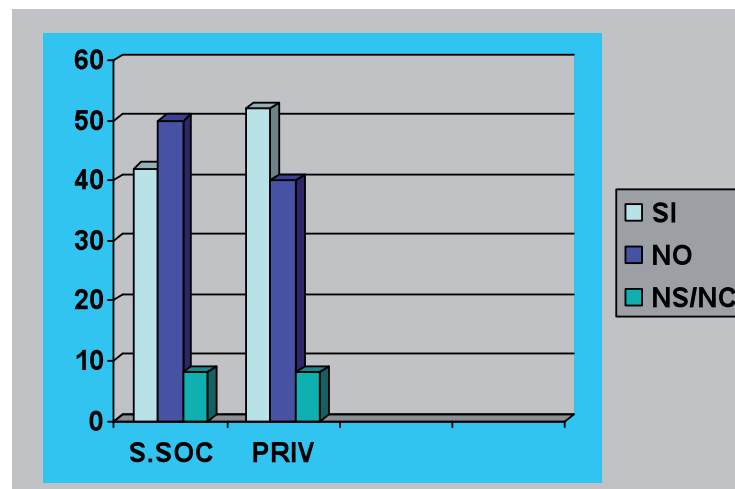


Gráfico 17: En un año, ¿Visita a su médico entre 5 y 10 veces?

Suelen visitar a su médico entre cinco y diez veces al año, las mujeres en estado de gestación y las personas en una edad comprendida entre los 25 y 48 años cuya asistencia obedece mayormente a patologías leves y transitorias (gripe, o accidentes en el hogar o en el trabajo).

Las personas comprendidas entre los 48-50 en adelante, suelen visitar al médico de familia entre las 10 y 15 veces al año.

Las mujeres con edad menopáusica tienen una frecuencia menor como consecuencia de la implantación de la Unidad de Menopausia en los distintos hospitales o ambulatorios de especialidades de la Seguridad Social.

En esta periodicidad entran los enfermos geriátricos, la Medicina Preventiva ambulatoria y hospitalaria y los llamados crónicos.

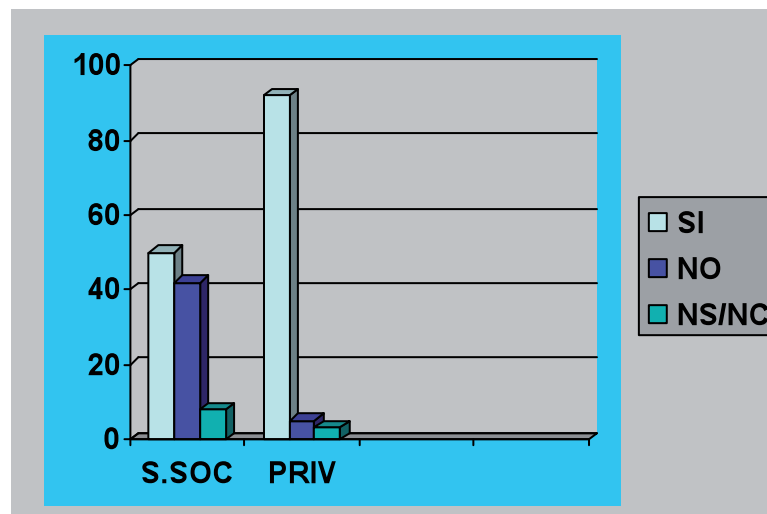


Gráfico 18: ¿Menos de 5?

Menos de cinco veces al año, son muy pocas las personas que visitan al médico y las edades están comprendida mayormente entre los 15 y 25 años, debido a que en estas edades las patologías suelen ser leves y transitorias no necesitando hospitalización ni especialista.

Hay asegurados que van al médico cuando se encuentran verdaderamente enfermos y los llamados remedios caseros no terminan con efectividad el padecimiento. Son los menos, pero lo comentan como testimonio de su buena salud.

Donde hemos encontrado este tipo de enfermos ha sido en núcleos de población pequeños- pueblos - donde la distancia a centros es mayor y los medios son menores que en poblaciones más habitadas.

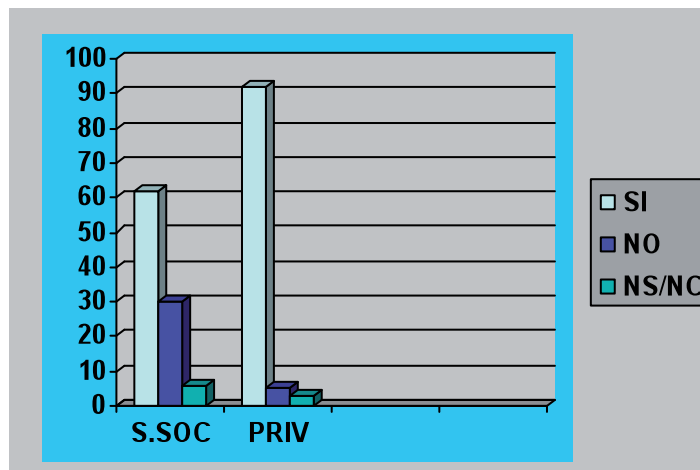


Gráfico 19: ¿Le atienden correctamente en el Servicio de "Atención al Paciente"?

El servicio de "Atención al paciente" instalado en los Ambulatorios prácticamente en todas la Comunidades Autónomas donde ya existe transferencia de la Sanidad, obedece más a una prestación burocrática informatizada -cita con el especialista, hora para análisis clínicos, desviación del paciente a otro centro y recogida de informes y quejas por escrito- que a una atención personalizada que el paciente desea en ese momento y que encuentre su problema resuelto en el momento de la consulta.

La mayoría de los entrevistados prefieren una atención al paciente "in situ" y no tener que escribir nada o esperar a que le contesten por escrito. Dicen que los centros de Atención Primaria adolecen de un *responsable*. Para resolver en el acto los diversos problemas

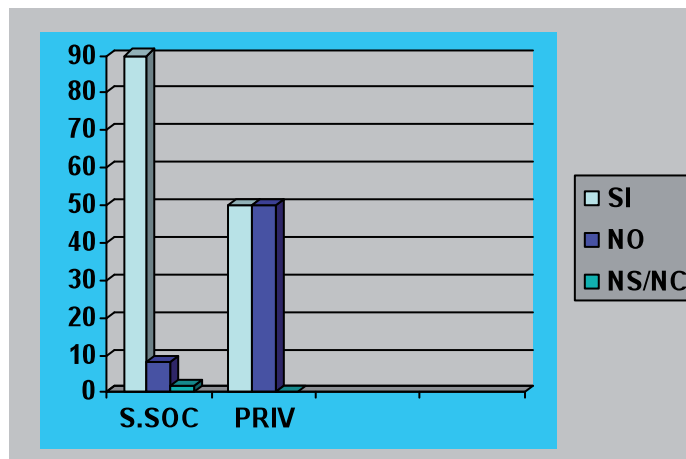


Gráfico 20: ¿Conoce Vd. A la enfermera/o de su consulta?

La figura tradicional de la enfermera sentada junto al médico con la única misión, la de rellenar las recetas, ha terminado. Hoy la enfermera ha adquirido su valor sanitario, siendo ahora parte integrante en la consulta, sirviendo al médico con la elaboración de pruebas básica para formulación de un diagnóstico más fiable.

Este trabajo consiste fundamentalmente en recibir al paciente en consulta a parte programada, efectuar pruebas como tensión arterial, electrocardiogramas, seguimiento del peso, analítica de la diabetes en fase primaria y seguimiento periódico.

Extracciones en los análisis y la visita al paciente impedido para inyectables y seguimiento de la enfermedad, que informa detalladamente al médico con el proceso informático programado.

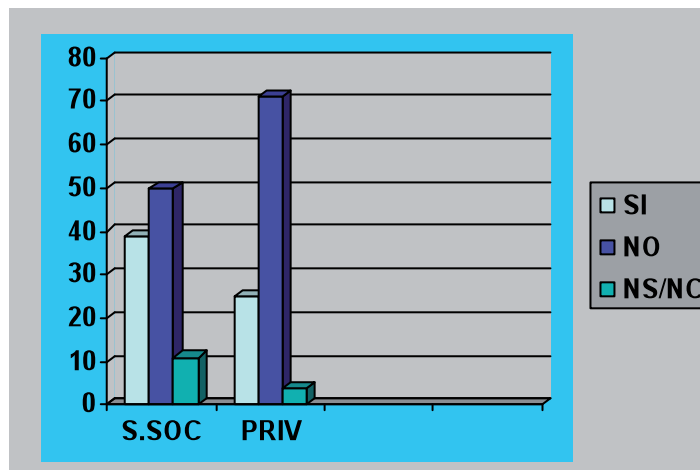


Gráfico 21. ¿Presta atención a las campañas de vacunación?

Las personas que han cumplido los sesenta años, son las más atentas a las campañas de vacunación, la mayoría por indicación de su médico de familia y las épocas del año que requieren más cuidados para la salud.

Suelen estar atentas a las campañas de vacunación las familias que tienen hijos en edad de vacunación.

España, como miembro de la U.E, en materia de vacunación tiene que adaptarse a nuevos planes de vacunación que ahora los expertos estudian y pretenden nuevas estrategias vacunales, con la idea de simplificación, creando calendarios de vacunación tanto en pediatría como geriatría en todos los países de la UE.³⁴

³⁴ Sánchez, I., Diario Médico, 29 de enero de 1998, p.6.

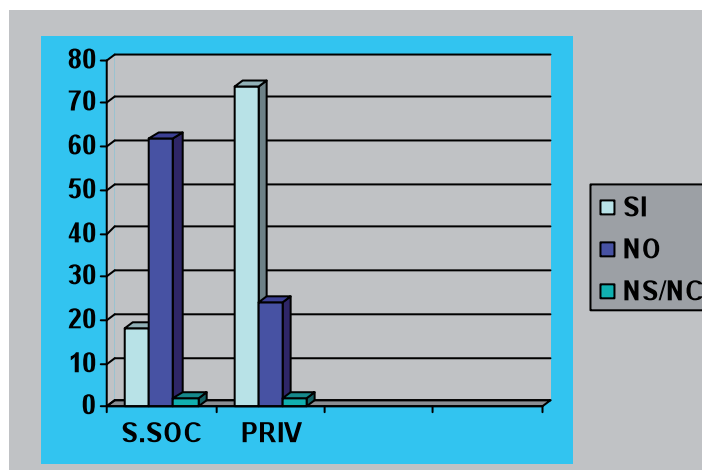


Gráfico 22: Además de la Seguridad Social, ¿Tiene concertada una entidad privada de salud?

El resultado de la encuesta me demuestra que tener concierto con entidades privadas de salud, obedece mayormente a la experiencia obtenida por aquellos beneficiarios de la Salud Pública que han tenido o tiene los siguientes problemas o parecidos:

- a) Han tenido una deficiente atención, tanto sanitaria como de relación en los centros cerrados del servicio Nacional de Salud, Ambulatorios- médicos especialistas o consultorios.
- b) Han sufrido diagnósticos equivocados o inconcretos en la Atención Primaria.
- c) Esperan una atención personalizada, en consultas privadas, en centros hospitalarios (sanatorios) y muy especialmente desean el seguro privado en los casos de atención en los partos.
- d) Los entrevistados acusan más las listas de espera para intervenciones quirúrgicas que requieren una cierta urgencia o inmediatez, como intervención de cataratas y prótesis en traumatología.

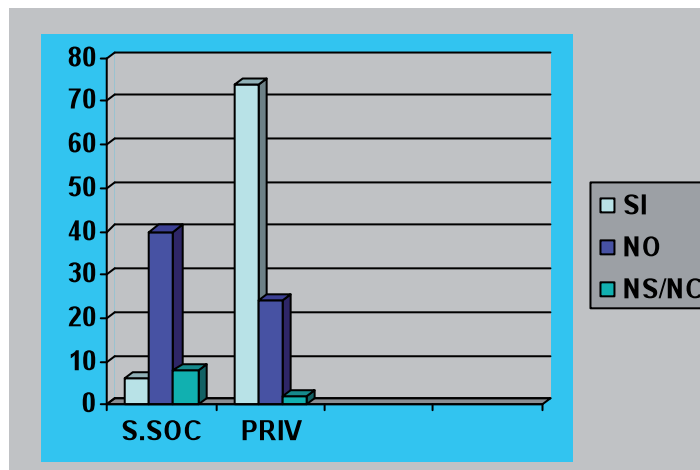


Gráfico 23: ¿Hay comunicación en un centro hospitalario?

Los entrevistados que han conocido un hospital por haber estado ingresados reconocen que la comunicación con el enfermo o con los familiares en un centro de estas características está en relación con el tipo de dolencia, la gravedad de la misma y el tiempo de permanencia en el centro hospitalario. En centros hospitalarios de la Seguridad Social, además de lo expuesto anteriormente, por estar los enfermos acompañados de otros enfermos, la comunicación es más fácil, pero lo que quiere el enfermo es comunicarse más con los distintos profesionales sanitarios que le atienden y desean comunicación con el equipo de médicos que lleva su proceso. Algunos opinan que no hay comunicación y si la hay, es corta y sin dar mayores explicaciones. Otros opinan que los médicos son muy parcos en palabras hacia el enfermo para que éste, no pueda caer en *“lo que V. me dijo..... doctor...”* ya que el médico atiende a varios enfermos y no puede recordar lo que en determinado momento habló con el enfermo.

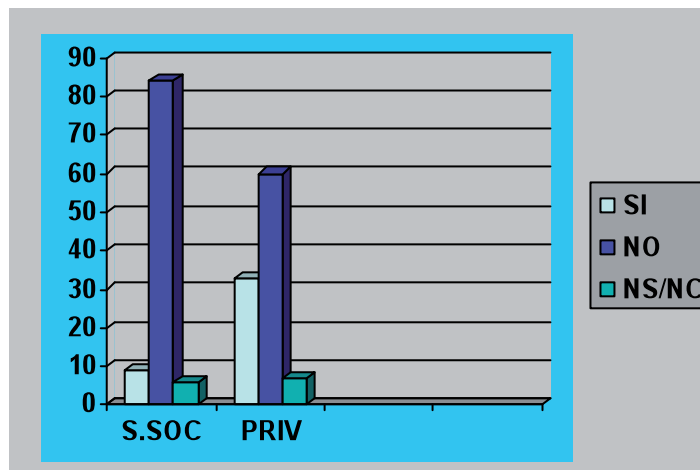


Gráfico 24: ¿Se informa por los Medios de Comunicación Social (radio, prensa o televisión) sobre temas de salud?

Son muy pocas las personas que se consideran informadas sobre temas de salud por los Medios de comunicación. La justificación:

1. La poca costumbre de leer los periódicos sobre estos temas.
2. Falta de tiempo para escuchar la radio
3. La televisión, prefieren otros temas más distraídos.

Otros dicen que la información en televisión se suele hacer a horas en las que se está en el trabajo o fuera del hogar.

Algunos opinan que este tipo de información la debe dar el mismo médico o en los distintos centros sanitarios para mayor veracidad.

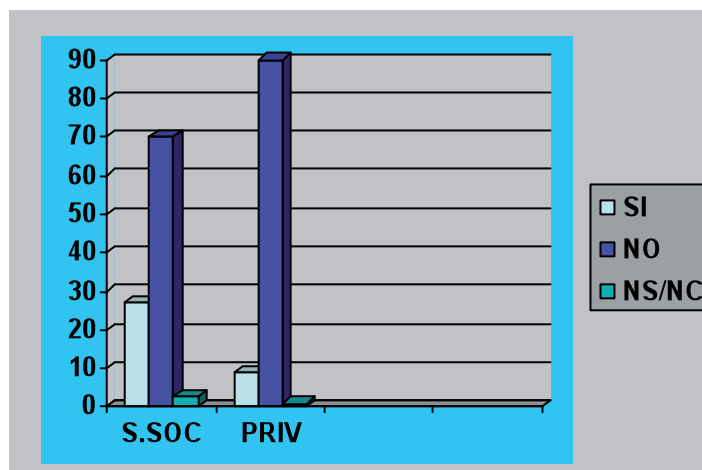


Gráfico 25: ¿Conoce la Inspección Médica de su zona?

Las inspecciones médicas tienen dos vertientes muy diferenciadas en su cometido: clínica y administrativa. En la clínica es donde mejor se refleja la comunicación paciente-médico-paciente.

El asegurado en baja laboral, tiene un seguimiento continuo- además del de su médico de familia o especialista- por el médico inspector y los Asistentes Técnicos Sanitarios Visitadores (que recientemente se les ha otorgado la categoría profesional de subinspectores), que hace que la actividad inspectora, sea una interacción comunicativa donde el paciente expone con libertad la situación de su padecimiento y en el acto se juzga por el médico la situación para incorporarse o no a la vida laboral. Esta gestión en cuanto el paciente esté en edad laboral. Pero, en otras edades, situaciones y enfermedades crónicas, la misión de la inspección en su conjunto, atiende al visado de recetas de medicación llamada hospitalaria o que requiere por su composición y efectos secundarios un seguimiento que el médico de atención primaria, especialista o receta hospitalaria, no puede llevar.

En las inspecciones médicas, además de valorar situaciones clínica se habla con el enfermo, se le aconseja y muy especialmente.

CAPÍTULO II: INTERACCIÓN MÉDICO-ENFERMO

2.1. LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO.

En la larga marcha de la historia del hombre, los conceptos de salud y de enfermedad, así como el modo de abordarlos, han pasado por fases varias, por enfoques innovadores y por técnicas más o menos empíricas. Y siempre, o casi, en un esquema de progreso. El casi obedece a que el oscurantismo de determinadas épocas ha repercutido también en el arte -que es también ciencia y técnica- de curar.

El hombre, se ha dicho infinidad de veces, es un ser para la muerte. Es ahí, en esta perspectiva insoslayable, donde está la clave. El camino hacia esa frontera es el que marca la salud o la enfermedad. Si el hombre no tuviera que morir las cosas tendrían otro tinte: encontrarse bien o encontrarse mal, sentirse invalidado o no, no pasaría de ser un fenómeno íntimo superable, sin excesiva trascendencia. Habría salud o habría enfermedad, habría que proteger o sanar, pero con finalidades distintas al quedar suprimido el riesgo vital.

Este hecho de la muerte, que es un fin en sí mismo, lleva dentro el impulso necesario para que la humanidad, en cuanto se percató de ello, pusiera de su parte todos los medios para alejarlo, cuanto más mejor en el tiempo. Incluso, para evitarlo, en un intento, siempre frustrante, de alcanzar la inmortalidad. Que así ha sido, y aún lo es, la historia.

Alguien ha dicho que la enfermedad es un acontecimiento central en la vida del que la padece. Cabría añadir que es el más central de todos, y que la salud es el meollo mismo de la existencia. La misma ciencia médica en los últimos años ha adoptado una “antiespe-

cialidad” -La Medicina psicosomática-, con la que se hace realidad práctica el principio anteriormente enunciado. Antes era la enfermedad la que devoraba al enfermo, el cual se convertía en un “caso”, sin biografía personal casi, sin problemas íntimos. Ahora son los enfermos -esos seres que “sienten” muy difícil el proceso de vivir- quienes han devorado a la enfermedad.

En todo caso, ¿es realmente concebible una existencia humana exenta de enfermedades; es posible, para el hombre, una naturaleza no enfermable? Preguntas muy difíciles de responder. Sea como fuere, a la hora de la verdad no sabemos ni qué es salud ni qué es enfermedad. Tenemos sobre ello impresiones subjetivas, experimentales o librescas, pero nada más. Nos sentimos bien o nos sentimos mal. A veces participamos, en curiosa mezcla, de los dos sentimientos. Decía a este respecto el profesor -Royo Villanova: “El ideal es que salud y enfermedad convivan en amigable coloquio”. Lo cual es tanto como hablara de “coexistencia pacífica” entre lo morboso y lo sano, entre el germen y el remedio.

“La salud -decía un dramaturgo francés- es un estado transitorio que no presagia nada bueno.” Así es, ya que el estar sano supone la posibilidad inmediata de convertirse en enfermo. Tal riesgo, bien meditado, debería hacernos bajar de todos esos pedestales de “salud perfecta” a los que nos hemos subido. La salud es un verdadero milagro y, como tal, algo rarísimo. ¿No es lógico que en estas circunstancias se hable de una amistosa convivencia entre lo sano y lo que está enfermo?³⁵

³⁵ Dr. Martín Martín. F. (Urólogo del Ambulatorio. Especialidades “Avda. De Portugal”). Trabajo inédito. Madrid, 1999.

2.2. LA COMUNICACIÓN MÉDICO-ENFERMO.

Estos planteamientos nos llevan, casi de la mano, a una de las más peculiares relaciones humanas: la relación médico-enfermo.

Se suele decir que en el ejercicio diario de la Medicina no hay enfermedades sino enfermos. La manera que tenemos cada uno de reaccionar frente a la enfermedad constituye uno de los problemas más sugestivos y difíciles de resolver en el nada fácil arte de curar. Desde muy antiguo, el carácter de las personas ha preocupado a los cultivadores de la Medicina³⁶. Fue Galeno el que hizo una clasificación de dichos caracteres, teniendo en cuenta los humores que predominaban en cada organismo. Se empezó a hablar así de temperamento linfático o flemático cuando lo que llevaba la voz cantante era el humor linfa; sanguíneo, con predominio de la sangre; bilioso, poseedor de un exceso de bilis también, pero de bilis negra, capaz de desarrollar, como es natural, una concepción no menos negra de la existencia.

Con el paso de los años y la adquisición de nuevos y mejores conocimientos, la clasificación de Galeno ha perdido gran parte de su vigencia, aunque en lo esencial, es decir, en la disparidad enorme de los caracteres, permanece. Considerar al enfermo más que a la enfermedad es, ahora como siempre, la clave de la auténtica Medicina. Sin amor -dice Laín³⁷- el diálogo es imposible y sin diálogo no es fácil curar.

³⁶ Retana., N., “Enfermo y Médico en la nueva Ley”. Conferencia. Equipo Territorial de Inspección Sanitaria de Madrid, febrero de 1995.

³⁷ Laín Entralgo, P. (1965): “La relación médico-enfermo”, en Revista de Occidente, Madrid, p. 12.

Los pacientes -señala Marañón³⁸- acaban por darse cuenta de que más que medicinas llenas de un prestigio, que unas veces depende de su real eficacia, pero otras de simples arrebatos de la moda, les es útil una sola palabra de inteligencia y de amor. Y en los propios médicos ocurre lo mismo cuando en verdad lo son, porque la ciencia fría acaba por hastiar y aparece la nostalgia no del bien perdido, sino la más honda, la del bien sospechado y no conocido, que es la nostalgia de la Medicina hecha de desinterés y cordialidad. Apuntaba también Marañón en dirección a esa crisis de las relaciones entre médico y enfermo que es característica de la Medicina actual.

La confianza en el facultativo puede tener resultados negativos cuando se trata de convencer al enfermo, por ejemplo; que siga una determinada dieta. Es necesario convencerle con persuasión.³⁹

Más de una vez se ha dolido Laín de los modos según los cuales están hoy planteadas esas relaciones. Modos que atentan contra la raíz misma del enfermar y del sanar⁴⁰. En efecto, cada vez es más frecuente la práctica de una Medicina a “distancia”. Las consultas multitudinarias a que obliga la socialización del arte y ciencia de curar exigen nuevas formas de relacionar al enfermo con el médico. Casi se ha perdido la imagen entrañable del antiguo doctor, que vivía con todas sus inquietudes las enfermedades de sus pacientes⁴¹.

³⁸ Marañón, G., (1980): La Medicina y nuestro Tiempo. Madrid, Espasa Calpe, p. 38.

³⁹ El Doctor Javier García, del hospital de Zaragoza “Miguel Servet”, celebró el pasado mayo de 2011 un curso de posgraduados en la Universidad del País Vasco, junto con los psicólogos Line Aseguinolaza y Pilar Tazón, un modelo de docencia en actividades humanistas. Se basa en los denominados “grupos de humanización”, integrados por diez o doce profesionales. A lo largo de los 90 minutos se utilizan técnicas de visualización creativa para inducir un estado en el que los asistentes puedan experimentar situaciones de enfermedad en forma imaginaria. Después se comentan las experiencias vividas en la visualización bajo la dirección de dos psiquiatras o psicólogos formados en psicoterapia grupal. “El objetivo es que los profesionales puedan entender el sufrimiento del paciente que presenta una enfermedad. Los `profesionales que participaron, consideraron que la experiencia ha enriquecido su práctica diaria facilitando un mejor trato con el paciente.” Salgado, J., Diario Médico, 5 de mayo de 1998, p.30.

⁴⁰ Laín Entralgo, P. (1964): “El acto médico”, en Revista de Occidente.

⁴¹ Laín Entralgo, P. (1983): La relación médico-enfermo. Madrid, Alianza.

Ahora, con peligrosa frecuencia, médico y enfermo se ignoran, pese a que el paciente, en el fondo de sí mismo, busca en el médico un contacto cordial, un apoyo que la ayude a soportar el dolor o la inquietud. Desde la curación por la mirada y por la palabra basta el contacto manual e instrumental, son dos hombres los que están a uno y otro extremo de un lazo que debe ser afectivo.

El mundo actual presenta el curioso fenómeno de que cada vez es mayor el número de enfermos que no encuentran en el medicamento prescrito un verdadero alivio. Obedece esto a tres premisas fundamentales: el hombre moderno tiene menos inclinación a creer que el antiguo; el médico ha perdido parte de su autoridad; la aureola que rodea la Medicina está en declive. Y lo cierto es que frente a esta pérdida de fe en la eficacia consoladora de las drogas de hoy existe el incuestionable valor terapéutico de la palabra.

2.3. EXCESO DE TÉCNICA.

Hay que añadir a esto que, si bien la técnica ha permitido al hombre alcanzar un nivel material realmente envidiable, es igualmente cierto que el exceso de recursos mecánicos y automáticos perjudica al ser humano en su conjunto armónico. El automóvil facilita los desplazamientos y acelera el ritmo de vida, pero también, sobre todo en las grandes ciudades, es una fuente de irritabilidad y de sedentarismo que en nada beneficia a la vida psíquica y corporal del hombre. El exceso de técnica ha hecho que se pierda aquella venerable figura del médico de familia, que ahora se intenta resucitar, para ser sustituida, no siempre con ventaja, por la silueta innominada de una bata blanca entre los asépticos muros de un hospital.

Un conocido autor dijo en cierta ocasión que la esencia de lo médico es el encuentro de dos hombres libres: uno, todo confianza; otro, todo conciencia. Un hombre dominado por la angustia, que demanda auxilio, y otro que siempre está dispuesto a servirle y que, a menudo, agrega simpatía y a veces su corazón.

Nada más cierto. La relación entre médico y enfermo no puede estar montada únicamente sobre la curiosidad científica o el interés económico. Si falta caridad, en la más amplia aceptación de la palabra, la relación deja de serlo para convertirse en mero contacto.

La civilización, que ha reducido las horas de trabajo, ha convertido éste en una rutina inanimada, en un poner tornillos a unas piezas que se repiten millones de veces.

El precio de la civilización está siendo pagado por el hombre. Es un precio elevado, pero necesario. No se puede ir contra corriente. Es un hecho que el que no se adapta a los nuevos modos termina por perecer. La misión de la Medicina, -como lo es, igualmente, la de la filosofía, el arte, la ciencia y la técnica en general- es conseguir la adaptación del hombre al estado que le impone el grado de civilización que, para bien o para mal, ha logrado alcanzar. De no conseguirlo, el precio de la civilización acabará por arruinar a la humanidad.

El acto médico, la acción de la Medicina, también entraña riesgos. Algo paradójico pero real. El problema radica en que muchos fármacos tienen un poder agresivo -y, peligroso, por tanto- para el paciente. Lo mismo sucede con determinadas técnicas de diagnóstico. Médicos y medicamentos ofrecen, pues, una vertiente negativa. No se trata de un problema de responsabilidades. Es más bien una cuestión de tecnificación, de estar en posesión de unos médicos que, por su propia fuerza, escapan muchas veces del control humano. Hoy todo es peligroso, incluso el vivir. Curar con la radicalidad con que se actúa en nuestros

días representa una conjunción de factores que van desde el médico (protagonista humano del acto) al propio enfermo y a la terapéutica que se aplica.

2.4. CLAVE DE LA CRISIS.

Sin el menor afán alarmista cabe reconocer que el límite entre lo que cura y lo que daña es cada vez más impreciso. La perfección de las técnicas investigadoras, los controles exhaustivos, las experiencias clínicas que se prolongan años y años reducen al mínimo los riesgos, pero sin evitarlos en su totalidad.

Se trata, pues, de una cuestión de matiz, de buscar el punto exacto en el que, por encima de todo, predominen las vertientes terapéuticas. Esto lo sabe perfectamente el médico, y así lo hace. Donde el problema se agrava es a nivel de la automedicación, pero este es otro tema.

Sea como fuere, la relación médico-enfermo plantea toda una problemática que es preciso abordar. ¿Dónde está la clave de la crisis? Es posible que en el rango eminentemente social, o socializante, de la época, con todo lo que lleva de gregario y de contra individual; es posible también que en nosotros mismos, en la ausencia de la humanidad. ¿La solución? Tal vez en otro modelo sanitario, en una reforma a fondo, por encima de las contingencias políticas.

Es inevitable, sin embargo, mostrarse escéptico. El devenir histórico imprime un carácter con pérdida del anterior. Por otra parte, la ciencia y la tecnología están ahí, con una presencia insoslayable, y una y otra hacen casi imposible la marcha atrás so pena de que se produzca una crisis total y el hombre, el que sobreviva, tenga que retornar a un pasado ya remoto.

Pero mientras se llega o no, lo cierto es que el hombre sigue aquí, con sus temores y su fragilidad. Y algo hay que darle. Por supuesto, una relación cordial, que le haga identificarse consigo mismo, que le propicie, en suma, su propio reencuentro.

2.5. FACTORES AÑADIDOS.

Cabe preguntarse que elementos entran en juego y en qué medida pueden condicionar esa relación; qué factores sobreañadidos actúan sobre los dos protagonistas.

Está, ante todo, el hombre. Un ser que poco a poco va aprendiendo qué es la muerte. Sabe que su destino, a la larga, es ése; sabe también que la enfermedad es el mecanismo que normalmente se utiliza para que dicho destino se cumpla.

El hombre se enfrenta, pues, a una realidad insoslayable e imposible de controlar. El hombre teme a la muerte por un condicionamiento genético (quizás si no la temiese viviría menos). Es, según esto, un ser sensibilizado emocionalmente y, como tal, constituye un excelente caldo de cultivo para todo aquello que se refiere a la salud y a la enfermedad.

La enfermedad es otra realidad insoslayable. Está con el hombre desde que nace, le acompaña a lo largo del tiempo y, llegado el momento, lo deposita en el más allá. Es lógico, pues, que la enfermedad condicione gran parte de la conducta humana.

De la confluencia del hombre y la enfermedad surge el enfermo, un ser disminuido psíquica y físicamente, propicio a admitir lo peor y rendido de antemano, consciente o inconsciente. El enfermo, aunque no sepa, sospecha siempre. Conoce demasiadas cosas, y ese conoci-

miento, la mayoría de las veces insuficiente o equivocado, le hace mitificar el problema.

Los que rodean al enfermo, los allegados, son los que aconsejan y opinan, los que gravitan sobre el propio paciente y sobre el médico. Son los que toman el asunto en sus manos, los que crean la atmósfera en la que ha de vivir el enfermo. También conocen demasiadas cosas e igualmente son pesimistas. Desean, por encima de todo, ayudar, buscando soluciones, sugiriendo posibilidades. Viven de esperanza y de desesperanza, de la última noticia que leen o escuchan, del milagro de última hora.

En cuanto al médico, como hombre que es, también gravitan sobre él las circunstancias del medio ambiente, incluso su pesimismo, sabe que los recursos con que cuenta son limitados y, sobre todo, conoce la realidad de la enfermedad. Instaurada la enfermedad, diagnosticada y tratada, se abre ante el enfermo, allegado y médico la incógnita de su evolución. Y hay otro factor. Ante esta constelación de elementos cabe preguntarse en cuál o en cuales de ellos influye más agresivamente la información y la opinión pública. Parece que los puntos de incidencia son el hombre, el enfermo, el médico y los allegados, con matices de influencia -por supuesto. Sin embargo, y al margen de estas acciones concretas, lo cierto es que el ambiente, las noticias y los comentarios de los medios informativos impregnan, en círculo un tanto vicioso, todos los eslabones de la cadena.

Lo que hay que preguntarse es si la ambientación informativa actúa para bien o para mal. La respuesta no es fácil. En principio, todo aquello que representa informar, abrir cauces a nuevos conocimientos, resulta positivo. Ahora bien, cuando la información viene sensacionalizada o deformada, los efectos pueden ser, y de hecho son, absolutamente contrarios. De ahí lo delicado que es informar al gran público sobre temas médicos.

2.6. RIESGOS.

Si reflexionamos un poco sobre todo esto, la posibilidad de riesgo salta inmediatamente. Riesgo para el médico y, por extensión, para todo el personal sanitario. Riesgo por intolerancia, por desafección, por dudas más o menos razonadas. Riesgo traducible en agresividad, en atentados que pueden ser morales y físicos. Y hay razones válidas para ello, muchas veces. Nos hemos alejado, o nos han alejado, de la realidad íntima del hombre y eso tiene un precio.

Pedro Laín ⁴², en un excelente análisis estructural del acto médico, ha señalado, con un esquema de modulación política, cuatro situaciones típicas: el enfermo y el médico están acordes con la política imperante en la sociedad a que pertenecen, el paciente y el médico, los dos a la vez, son hostiles a la política oficial, o al menos discrepan de su manera de entender el acto médico, aunque sea en la clandestinidad si se trata de un régimen totalitario: el médico se halla acorde con la situación política y el enfermo no; y al contrario, el paciente está conforme con la situación y el médico no.

Pero esto no es todo, porque la política puede adoptar formas más sutiles. Caben entonces dos vías de la modulación: la irradiación social no plasmada en leyes escritas y la vigencia politizada de las actitudes dominantes en determinado grupo social. La modulación política del acto médico presenta, según esto, tres posiciones diferentes: las tocantes al médico, las concernientes al “status” sociopolítico del enfermo y las relativas a la consideración social de la enfermedad.

⁴² Laín Entralgo, P. (1964): Op. Cit.

2.7. SALUD SOCIALIZADA.

Por una parte, y cada día con más ahínco, se necesita llevar las exploraciones positivas, las exploraciones físicas, al máximo de detalle y de eficacia. Esto equivale a sentir que cada día es mayor la agudeza técnica de la que el clínico se ve obligado a echar mano. O lo que es lo mismo: cada día se hace más imprescindible la actuación en equipo, y, con ella, la “estandarización del trabajo diagnóstico”. Esto no es ni bueno ni malo. Esto es una auténtica necesidad interna provocada por el progreso de nuestros conocimientos científico-naturales. Y no para todos los casos, evidentemente, ya que todavía quedan, por fortuna, enfermedades sencillas que con poco esfuerzo pueden resolverse.

Entonces, el médico que tenga una mentalidad exclusivamente positiva, puede embarcarse en este campo de la Medicina. Puede sentirse estimulado por su ejercicio, y en él realiza su vocación. Incluso considerarse dentro de tal ambiente, libre, absolutamente libre.

Pero justo aquí es donde está el peligro. El peligro consiste en tomar esa actividad, que es una parcela y nada más que una parcela de la actividad clínica por la totalidad de la Medicina. Si esto acontece, y de hecho acontece con excesiva frecuencia, el enfermo se notará como amputado de toda una parte de su específico problema.

El enfermo se considerará diagnosticado, pero no entendido. Y entrará en frustración. En descontento. Y si el morbo es inevitablemente crónico sin que nadie pueda remediarlo, como muchas veces ocurre, la culpa la llevará ese médico o ese equipo de médicos que tantas vueltas y manipulaciones operó sobre el paciente.

Creo, por tanto, que para que los desequilibrios actuales desaparezcan -supuesto, claro está, un estudio correcto de cada caso, pues si no lo hay puede decirse que no existe ejercicio normal de la Medicina- habrá que inclinar la balanza un tanto hacia el lado meramente humano del sujeto paciente. Habrá que hacer un minucioso estudio físico de cada problema y añadirle el análisis en profundidad de los conflictos personales. No excluir nada. Sintetizar. Integrar.

Ahora bien, a este “desiderátum” -porque hoy por hoy es un “desiderátum, y nada más que un “desiderátum”- se oponen determinados obstáculos. Vale la pena hacer desfilas ante nuestros ojos los principales, aunque sólo sea eso, desfilas, enunciar su realidad. Helos aquí: la falta de tiempo (dialogar con un enfermo consume más horas que hacer un examen radiográfico). El no disponer con abundancia del personal idóneo: psicólogos clínicos, psicoterapeutas, psiquiatras; de verdaderos entendedores de los anímicos callejones sin salida de cada paciente. La no individualización de los casos y el no poder sostener esa individualización a todo trance, esto es, a través de las diversas vicisitudes que el proceso patológico vaya atravesando. La empresa no consiste en “dar” un tratamiento, sino en enderezar día a día la oblicua andadura de la personalidad enferma. Y por el lado del sujeto paciente, la imposibilidad de elegir libremente el médico que mejor le acomode.

Cumplir estos objetivos, traería consigo, entre otras cosas, el dar la impresión al interesado de que es una persona verdadera, con problemas específicos y nada “estandarizados”. A la libertad del médico para hacer esto o lo otro se sumaría la libertad del enfermo para valorar su propio conflicto a favor de su raíz netamente humana. Libre elección del médico. Y además, revitalización del médico de cabecera.

Tal vez la solución está en la nueva y vieja medicina familiar, en el quehacer integral e integrado de los Centros de Salud.

2.8. EL MÉDICO SE SIENTE SOLO.

Hamburger⁴³ es uno de los grandes pensadores de Francia y miembro de varias Academias, autor de una dilatada obra científica, su esfera profesional se ha ido concretando en los trasplantes

Su preocupación, de siempre, es el hombre. Por él y para él ha reflexionado y ha traducido este pensamiento en conferencias y libros: la intimidad del hombre, la relación Médico-enfermo, la responsabilidad del científico, la transferencia, la fragilidad...

La tesis de Hamburger sobre la actuación médica, puede reducirse a tres puntos:

- 1) Exigencia rigurosa en la evaluación de los datos técnicos para la toma de decisiones.
- 2) Necesidad de respetar el deseo profundo del enfermo y no imponerle una decisión sobre la que no se le ha consultado.
- 3) Consideración de los límites de la acción terapéutica.

El hombre, en suma, es el máximo protagonista. El hombre, en su integridad psicofísica. El hombre, con derechos inalterables a vivir y a morir. El hombre, digno de todos los respetos. Las tres tesis de Hamburger configuran la auténtica relación médico-enfermo, eje de la Medicina perenne, de la vieja y de la nueva.

⁴³ Hamburger, J., Conferencia “Relación del médico con el paciente” en la UAM, marzo de 1995. Profesor de Clínica-Nefrológica, Diplomado en Ciencias y en Medicina (Paris).

Datos técnicos y toma de decisiones. Datos auxiliares y el médico, el hombre, tomador penúltimo de decisiones. Penúltimo porque el protagonismo final está en el enfermo. El médico es su consejero y, si preciso fuera, el ejecutor de una decisión compartida. El binomio está planteado así. Muchas veces se ha hablado del paralelismo divergente del acto médico, en que el enfermo va por un lado, inerme y solo, y la Medicina, rebasando al médico, por otro. El médico olvida, a veces, que su papel es el servicio al hombre y se convierte en un servidor de la técnica. Los datos si no se engranan en el ser completo del hombre, valen poco. De ahí el respeto a su deseo profundo y consciente: de ahí la relación, la consulta. El médico no debe imponer una decisión hasta el punto de que si no puede razonarla habrá de intuir la en función de la biografía del paciente, de su personalidad conocida o contada. ¿Se puede salvar la vida de un hombre a pesar suyo, sin su consentimiento expreso o tácito? El hombre es el detonador de su propia vida a él le corresponde el manejo “Mi vida es mía... y mi muerte”.

Claro está que lo que aquí se plantea a nivel conceptual, la práctica lo tiene que desvirtuar muchas veces. El tramo final se presenta de formas distintas. Se muere con consciencia y sin ella, con tiempo y con urgencia, a la luz y como de tapadillo. El problema es del enfermo o del sano, que sorpresivamente, deja de serlo, pero no es solo suyo. También es el problema del médico. Ante la muerte, el hombre está solo, pero también lo está el médico. Dos soledades tremendas y dramáticas.

La tremenda soledad del médico. ¿Qué piensa ese hombre frente a la vida de otro hombre? Los relatos novelados y las confecciones propias sirven de muy poco para calibrar la situación. El misterio de ese pensamiento no es desvelable. Misterio en solitario, como tiene que ser.

Por desgracia la Humanidad no acaba de entender a esa parte de sí misma que es el hombre-médico. O le ha enaltecido hasta límites mágicos o le ha denigrado de corazón y de mente.

Pero no le ha colocado en su verdadera dimensión. No le ha calado en su intimidad de hombre solitario, enfrentado al devenir final de otro hombre. El buen médico, el auténtico, sabe lo poco que sabe, la escasez de sus recursos: se siente exigido por encima de su propia realidad. Por eso unos se tapan con la frivolidad; otros, con la distancia; algunos, con la pedante seguridad de una ciencia inexacta y los demás, con la resignación de un hacer lo que se puede. En definitiva, hombres en soledad, con su misterio auestas. Ante el derecho a conocer o no conocer la verdad, hay que tener en cuenta las características individuales de cada paciente. Estrategia de afrontamiento.

¿Quién debe dar la información?

- En general se confía más en la información que procede del médico.

- Cuando la información ofertada al paciente es compartida, no hay que dar diferente información.⁴⁴

- Evitar diálogo para sordos: en los que

- El paciente oye pero no escucha.

- El médico habla pero no dice.

Si después de un diálogo médico/paciente se interroga por separado a cada individuo nos daremos cuenta que el 80% de los médicos piensan que le han entendido sus pacientes cuando la realidad es el 30%.

⁴⁴ Dr, Chamorro, J. L., “Incomunicación y aislamiento del enfermo. Aspectos hospitalarios”. Ponencia en las I Jornadas sobre “Salud y Comunicación”. Facultad de Ciencias de la Información (UCM), Mayo de 2.004.

2.9. DIFICULTADES EN LA RELACIÓN MEDICO-ENFERMO.

Derivan de varios factores, enumeraremos algunos:

- Naturaleza de la enfermedad.
- Grado de conocimiento de la enfermedad.
- Factor tiempo (dedicación tiempo a informar).
- Dificultad de comunicación. Necesidad de individualización.
- Factor Familiar.
- Formación no psicológica del personal sanitario.
- Asimilación cáncer/muerte (Cultura oncológica).

2.10. METÓDICA INFORMACIÓN.

- El médico debe tener interés por la comprensión del paciente.
- Lenguaje sencillo.
- En general los pacientes retienen el 30 por ciento de lo que se les informa.

Debe asociarse a información escrita:

- Captar la situación en que se encuentra el paciente.
- Comunicar diagnóstico y terapéutica.
- Cada enfermo es una individualidad.
- Hay derecho a conocer y a no conocer la verdad.
- La verdad es única.
- Los enfermos no son iguales.
- El paciente debe mantenerse activo y con esperanza.

La información cuando es adecuada facilita la participación activa del paciente.

Generalmente:

- El enfermo posee menos información de lo debido.
- La familia recibe más información que la deseable.
- Los pacientes entienden con dificultad la información que se les ofrece. La información que llega al paciente debe ser: coherente (personal médico, personal sanitario o familiares).⁴⁵

2.11. LA COMUNICACIÓN REQUIERE.

- Escuchar.
- Comprender.
- Transmitir.
- Comprobar lo apercibido.
- Individualizar.
- Fomentar participación activa.
- Mantener esperanza.

2.12. LA INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES.

- Juega un papel importante. La información aportada debe ser coherente con la ofrecida por el personal sanitario.
- Debe cooperar a mantener activo al paciente.

⁴⁵ Chamorro, J. L., Director Médico Hospital Puerta de Hierro de la S .Social- IMSALUD. Madrid. Conferencia.

- Las actitudes de engaño (no tiene nada) conllevan desesperanza y aislamiento.
- Una postura infantilista de ocultamiento puede ser cruel.
- El médico debe intentar aproximarse a la verdad que el paciente “desea” conocer.
- Debe siempre tener en cuenta el Consentimiento Informado.
- Considerar también las posibles reacciones del familiar que incluso pueden ser peores que las del mismo enfermo.
- La información y consulta con las personas más relacionadas con el enfermo en y durante la enfermedad, como pueden ser; la enfermera de turno, la auxiliar de clínica o los mismos celadores, ya que a estas personas las consideran de más confianza que al médico a la hora de hacer cualquier confidencia.⁴⁶

2.13. ACTITUD DEL ENFERMO ANTE “LO DESCONOCIDO”.

- Estado emocional desagradable originado por lo desconocido e inevitable.
- Gran variedad individual.
- Depende de factores religiosos, contexto social, formación, etc.
- La calidad de la comunicación paciente/personal sanitario si es positiva favorece la aceptación.
- La ansiedad ante la muerte es como un iceberg ya que la mayor parte de la misma está escondida, inconsciente.
- A medida que la persona se agrave y perciba la muerte ésta tiende a aceptarse.
- Cuando un enfermo entre en fase terminal, el objetivo no es alargar la vida, sino mejorar su calidad aliviando o eliminando el sufrimiento físico y psíquico.

⁴⁶ Barroso. P., “Necesidad de un código sobre la salud”. Ponencia en las I Jornadas sobre “Salud y Comunicación”. Facultad de Ciencias de la Información (UCM), Mayo de 2.004.

- El miedo a la muerte es difícil de superar. El personal sanitario ha de vencer el propio miedo y ayudar al paciente a superar los suyos.
- Generalmente se utilizan terapéuticas que disminuyen la percepción.
- La información verbal (comunicación) va a ser un arma terapéutica potente que ayuda a fomentar los recursos propios del paciente proporcionándole apoyo emocional al paciente y a sus familiares.
- La información debe evitar en lo posible los indicios de empeoramiento y mantener el ánimo y la esperanza.
- Debe ser congruente por parte de todas las personas que contactan con el paciente.
- Son peligrosos los silencios y las evasivas.

CAPÍTULO III: CONOCIMIENTO DEL ENFERMO POR PARTE DEL MÉDICO

3.1. DIFICULTADES PARA EL CONOCIMIENTO DEL ENFERMO POR PARTE DEL MÉDICO.

Las razones por las que un médico puede restar información a un paciente y por lo tanto, carecer de un conocimiento profundo del enfermo, son varias.

En primer lugar, debemos considerar la escasez de tiempo que los profesionales de la Sanidad Pública, en contra de su voluntad, dedican a cada enfermo, por un problema de masificación, entre otros. Muchas de las quejas del usuario de este servicio estatal están encaminadas en esa dirección. La culpa, en este caso, no es de ese profesional, ya que cada uno de ellos tiene asignadas determinadas zonas que tiene que cubrir. Al ser elevado el nú-

mero de pacientes, es prácticamente imposible extralimitarse en el tiempo concedido para cada consulta.

Dentro de esta limitación temporal, el médico resulta, generalmente, poco explícito en la información que facilita al paciente, por las diferencias propias del lenguaje de su especialidad laboral. Los términos utilizados en este tipo de relaciones son muy diferentes a los utilizados habitualmente por el ciudadano no necesitado de atención sanitaria. Esta peculiaridad del código científico hace que ambos interlocutores estén situados en planos bastantes opuestos entre sí. A veces, los intentos que hace el profesional de la medicina por explicar con claridad el diagnóstico, en reversa aún más la transmisión del mensaje, en este caso, la expresión del diagnóstico y el posible tratamiento de la enfermedad.

Si en la anterior aseveración referida al exceso de pacientes por cada médico de la Seguridad Social en España, la solución corresponde a los poderes públicos responsables del área de sanidad, la respuesta a la cuestión ahora planteada sólo puede obtenerse dentro de una revolución en el campo de la cultura media del ciudadano español.

Tan sólo una mayor promoción de la educación para la salud, para la conciencia solidaria, para la Justicia social necesaria, para la cooperación en conquistar mayores espacios de calidad de vida y horizontes de libertad responsable, para, en definitiva, desarrollar plenamente los Derechos Humanos, podrán erradicar las evidentes carencias que hoy tienen sectores de la sociedad.

Otro aspecto que voy a comentar tiene más relación con la actitud psicológica, tanto del enfermo como del profesional de la Medicina, ya que se trata de analizar las incidencias de la propia personalidad en la comunicación entre ambos interlocutores.

De la investigación que he realizado se desprende que el cien por cien de los enfermos consultados considera imprescindible que el médico facilite una información amplia y clara, pero sucede que, a veces, inconscientemente, el enfermo prefiere una supresión de los detalles que él, subjetivamente, considera como graves. El médico, por otra parte, omite estos mismos detalles por temor a provocar una reacción desmesurada. En este ejemplo queda patente la especial dificultad que, a veces, impide la necesaria comunicación entre emisor y receptor, en el caso que nos ocupa.

Dentro de esta actitud psicológica del contexto en que está situada la interrelación que he venido estudiando, cabe destacar la creciente preocupación que, sobre el tema de la salud, viene observándose en todo el mundo, especialmente en Europa y particularmente en nuestra nación. Habría que preguntarse ¿hasta qué extremo resulta exagerado o no que la preocupación de la sociedad por la calidad de la salud personal, se anteponga a la preocupación por la calidad de la educación, del medio ambiente, del eco-sistema, etc.?

La excesiva adición medicamentosa del ciudadano español también contribuye a que la relación con el médico resulte un tanto informal y puede que hasta interesada. Es posible, incluso, que el profesional de la medicina caiga bien o mal al enfermo, en función del mayor o menor número de especialidades farmacéuticas que le receta. Pero la falta de información sobre el diagnóstico por parte del médico hacia el enfermo, viene dada, principalmente, por la falta de tiempo. La demanda en este campo es muy superior a la oferta, lo que origina la escasez de explicaciones detalladas por parte del profesional de la medicina.

La comunicación enfermo-médico puede resultar a veces especialmente complicada debido a las circunstancias implícitas en este tipo de relación. La solución a las cuestiones aquí enumeradas, pasan por conseguir una mayor humanización en las relaciones entre paciente y médico y por una educación para la salud.

De otra parte, la sociedad advierte que existe una manifiesta sinrazón entre los emolumentos que por su trabajo perciben los profesionales de la medicina (emolumentos a todas luces injustos y que sólo tratan de equilibrarse con el pluriempleo), y sueldos desorbitados de algunos personajes públicos que se caracterizan por no serles exigido el mismo grado de competencia y responsabilidad que a aquéllos.

Es necesario preguntar en qué medida la falta de información del diagnóstico de una determinada consulta médica no es sino la intención manifestada por parte del enfermo de no querer conocer con exactitud el alcance de su enfermedad. En este grado de intencionalidad prevalece, sobre todos los demás aspectos, el que está íntimamente relacionado con la forma de ser del paciente.

A veces, cuando el paciente es plenamente consciente de la delicada situación en la que se halla inmerso y éste tiene capacidad y posibilidad para demandar información sobre su salud, se observa que las interrogantes se suceden hasta que los límites previsibles de la enfermedad quedan definidos en su totalidad. Resulta vital para el enfermo cerciorarse del estado de su enfermedad y de las posibilidades que tiene de recuperar su salud, sin que se dé lugar a equívocos, confusiones o medias verdades. El enfermo no dudará en preguntar sobre todo aquello que los tecnicismos utilizados por el profesional de la medicina le impidan ver con claridad el significado exacto del diagnóstico.

Un diagnóstico mal entendido o insuficientemente explicado puede acarrear, a largo plazo, repercusiones no sólo contraproducentes, sino también peligrosas para el propio enfermo. En aquellos casos en que el paciente se encuentra cohibido en su relación con el médico, bien por timidez, bien por temor a provocar una relación negativa, el enfermo omite preguntas sobre detalles que le han sido relatados y que no acabó de entender. Hoy, cuando

la Medicina tiene un valor científico y un potencial terapéutico muy superior, a tiempos pasados, ha saltado a la discusión y la polémica. Las reivindicaciones laborales; las condiciones, medios y circunstancias que influyen en el trabajo de los profesionales de la medicina; la masificación de los centros hospitalarios etc., son, entre otros, los impedimentos principales para desarrollar una asistencia de calidad al enfermo.

Uno de los factores más nocivos, es la determinación de las relaciones psicológicas inadecuadas a la vivencia de la enfermedad y los obstáculos frustrantes implicados en ella, consiste en el desconocimiento de la identidad del enfermo y el curso de sus trastornos y sufrimientos. Pero todo ello puede remediarse fácilmente si el médico aporta al enfermo una información clara y sencilla sobre su diagnóstico y pronóstico. Claro está que ello no ofrece complicaciones cuando se trata de una enfermedad benigna. El problema surge con relación a las enfermedades mortales e invalidantes.⁴⁷

3.2. ¿QUE IMPEDIMENTOS OBSTACULIZAN EL CONOCIMIENTO DEL ENFERMO POR PARTE DEL MEDICO?

Entre otros estos son los principales:

- a) El “complejo” cultural y social del enfermo ante una postura de estatus superior.
- b) La masificación de la prestación sanitaria.

⁴⁷ Dr. Álvarez, I. (Médico Inspector. Jefe del Equipo Territorial de Madrid. Coordinado de Inspección Médica y farmacéutica del Insalud de Madrid), Estudios sobre Incapacidad Laboral. Textos de la dirección General del Instituto Nacional de la Salud. Madrid, 1992.

- c) El mínimo periodo de tiempo que media entre consulta y consulta.
- d) La carencia, en una mayoría de enfermos de una pedagogía y una educación para la salud.
- e) Convertir la relación con el médico en una descarga de adrenalina, fruto del nerviosismo y de la preocupación personal.
- f) No verse-el enfermo-personalizado por la atención que le presta el médico.
- g) Transformar la necesidad de acudir al médico en un acto rutinario y repetitivo de ir al médico a por recetas no siempre necesarias.
- h) El carácter heterogéneo de los enfermos que acuden habitualmente a la sanidad pública.
- i) La actitud, generalmente a la defensiva, por parte del enfermo y con respecto al médico

Actitud del médico:

1. Principalmente haciendo todo cuanto del médico dependa para que el enfermo prepare y cuide el acto de la consulta.
2. Procurando que no existan interferencias de ninguna clase que obstaculicen los canales de comunicación entre ambos.

3. Haciendo un seguimiento del enfermo hasta que éste recupere totalmente la salud. Bajo ningún pretexto, no abandonar al enfermo a su suerte.
4. Procurando que el enfermo comprenda que el acto médico está personalizado y se enmarca en la discrecionalidad y el respeto profesional.
5. Diciendo siempre la verdad al enfermo con delicadeza y finura de espíritu, especialmente cuando se trata de enfermedades graves.
6. Esmerarse al máximo de cuidar todos los aspectos del acto médico que refleje en el enfermo una verdadera humanización y no fingida.
7. Siendo consciente de que los deberes, derechos y responsabilidades del profesional de la Medicina han de conjugarse, equilibrada y armoniosamente en los deberes, derechos y responsabilidades del enfermo, si no se quiere caer en una actitud de dominio y de prepotencia. Téngase en cuenta que la familia juega un papel importante en el conocimiento del enfermo por parte del médico, protagonismo que habitualmente no se debe desestimar.

La familia es un factor importante en la intermediación comunicativa con el médico y viceversa. Pero la familia no debe equivocar el papel que le corresponde desarrollar y constituirse en un lastre o peso incierto en la intermediación comunicativa

En la relación del enfermo con el médico hay que evitar siempre estos tópicos y actitudes, porque no resultan para nada recomendables:

1. Distanciamiento, desconfianza, temor, inseguridad, complejo de inferioridad o de impotencia.
2. Tendencia a no ser explícito y objetivo en la expresión de la sintomatología.
3. Tendencia a no autoengañarse y a mentir sobre los síntomas.
4. Esperar conseguir del médico, en el menor tiempo, al más bajo costo y la dosis mínima de dolor y sufrimiento -físico y psíquico-, la recuperación de la salud.
5. Intentar trasladar el diagnóstico aplicado a un cojo y el tratamiento consiguiente a otros enfermos con una etiología que él, muy audazmente, considera que es similar a la suya.
6. No tomar demasiado en serio el diagnóstico del médico y hasta la medicación, dejándose “aconsejar” más por una intuición-instinto (tremendo disparate) y no por el resultado concurrente del diagnóstico.

El enfermo ha de comenzar por aprender a relacionarse con el médico y contribuir a mejorar la calidad de esa relación.

3.3. RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO INGRESADO EN CENTRO HOSPITALARIO.

Para el médico el camino más corto de acceder al paciente es la palabra, evitando con ella malos entendidos obtenidos a través de información ajena al mismo (otros pacientes, escucha parcial de conversaciones, familiares, etc.).

En una relación médico/paciente hay que preguntarse:

- ¿Se ha escuchado la palabra del médico?
- ¿Se ha entendido?
- ¿Se ha escuchado la palabra del paciente?
- ¿Se ha entendido?

Cuando la relación médico/paciente es incómoda para el médico, éste puede hablar mucho y no dejar intervenir al enfermo, lo que aumenta la situación de ansiedad por parte de este último. El médico ha de saber callarse y dejar intervenir. Ha de superar su propia angustia frente al silencio. El médico habla en un lenguaje que el paciente no entiende, pero el paciente también puede hablar en términos que el médico no entienda. El médico utiliza un lenguaje con frecuencia esotérico, y el paciente puede utilizar un código distinto y poco familiar para el médico, o bien crear su propia historia diferente de la real.

Cuando hay altos indicios de insatisfacción manifestada con la comunicación médica, se origina una falta de cooperación en el tratamiento. (Hay otros factores como son la complejidad del tratamiento, percepción del paciente de la importancia de la enfermedad, etc. que también modifican la participación del paciente).

Para el médico el sujeto que habla no se adecua a sus expectativas y puede impedirle el llegar a saber lo que el médico quiere saber o conocer “el síntoma que le lleve al diagnóstico”.

Conclusión:

- El médico y el paciente deben estar en condiciones de escucharse.

- Conviene analizar en cada caso cuales pueden ser las variables que pueden dificultar la comunicación médico/paciente y que pueden acarrear importantes repercusiones.

- La relación médico/paciente está constituida por lo que denominamos “fenómenos transferenciales” del paciente y “contratransferenciales” del médico.

- Los fenómenos transferenciales surgen a partir de las necesidades básicas del hombre: sentimientos, actitudes y conductas inconscientes básicas que se reactualizan en el paciente con motivo de la enfermedad, convirtiendo con frecuencia al médico en figura parental.

- La contratransferencia incluye los fenómenos que aparecen en el profesional como efecto o reacción a las manifestaciones del paciente. Las emociones o reacciones origen de tranquilidad o ansiedad, dependiendo del flujo bidireccional que se establece.

- El acto médico está lleno de situaciones que producen ansiedad, angustia o por el contrario tranquilidad y a “priori” ni el paciente ni el médico conocen qué es lo que va a pasar.

- La angustia del médico es una de las principales fuentes de la enfermedad yatrógena⁴⁸.

Es importante por tanto aprender a manejar sus ansiedades delante del paciente.

⁴⁸ La enfermedad yatrógena es el tipo de enfermedad que se adquiere por una mala medicación u otra causa anormal en el proceso del tratamiento.

- Por otra parte hay que mantener una distancia tal que nos permita operar ante el paciente actuando con libertad y autoridad. No estar tan distanciado que el paciente se sienta tratado como objeto ni tan identificado que no pueda percibir la realidad sobre el verdadero proceso del enfermo.

- La Formación Psicológica del médico es muy importante para poder instrumentar estas situaciones “Comprender la demanda del paciente”. ¿Qué papel corresponde al médico en relación con información de la salud que ha de facilitar al enfermo y a la familia del mismo?

La información de la salud hay que entenderla como un derecho que poseen tanto el enfermo como todas aquellas personas que, de alguna manera, pertenezcan al entorno habitual del paciente. En el supuesto de que el médico se negase a dar esta información, no sólo estaría negándose a realizar un servicio al usuario de la medicina, sino que, además, estaría limitando uno de los derechos fundamentales de la persona: el derecho a cualquier clase de información y a las fuentes documentales de la misma.

La información sobre la salud que el médico ha de proporcionar al enfermo y a su familia, es un paso fundamental para el progreso en la curación del paciente. Puede que miembros del colectivo médico y profesionales de la salud no consideren de tanta y vital importancia este apoyo familiar, aunque son pocos los que opinan de esta manera.

Existe una peculiaridad que no debemos pasar por alto: el secreto profesional. Esta cláusula -común en profesionales de los medios de comunicación social, etc.-, es aplicable en los casos que afecten directamente al honor y la dignidad del enfermo. En aquellos casos en que el paciente pueda ver lesionados estos aspectos de su integridad, podrá ordenar al médico, que no transcienda, a terceras personas, la información sobre su enfermedad.

Incurren en falta grave al secreto profesional y a la eticidad propia del trabajo en el ámbito de la salud:

- a) Quienes revelan datos del historial del enfermo sin autorización de éste o de sus familiares más allegados.
- b) Quienes difundan en publicaciones cualquier caso clínico que no empiece por respetar la identidad del enfermo, así como sus circunstancias particulares.
- c) Quienes atenten contra la intimidad y dignidad del enfermo obteniendo de él fotografías, supuestas entrevistas y declaraciones con el fin de especular comercialmente con ellas.

Además, son culpables de invadir indirectamente la intimidad del enfermo aquellas personas que con sintomatología similar, cometan indiscreción al comentar en público los pormenores y consecuencias de su enfermedad. Estas actitudes son manifestadas, por ejemplo, en las salas de espera que corresponden a las consultas externas de los centros hospitalarios.

El enfermo es un “banco” personal de información sobre la salud que no debe ser atacado impunemente. Y por tanto inmoral servirse del dolor ajeno para instrumentalizarlo con posible e ilegítima pretensión económica.

También resulta inmoral percibir comisiones -a condición de que no figuren en factura- por las inversiones que pudieran hacerse en el ámbito de las instituciones públicas o privadas de la salud.

La calidad de la salud y la atención al enfermo -que siempre han de ser objetivos prioritarios- de ninguna de las maneras deben depender del tráfico de influencias y de intereses inconfesables.

La eticidad en la atención sanitaria se extiende a todos los ámbitos de la salud, lo que incluye a las personas, medios y circunstancias que se dan en este proceso.

Si el personal de la salud utilizase, en beneficio propio o de terceros, los medios que le hayan sido confiados, estaría cometiendo un fraude.

Una educación para la salud, correctamente entendida, ha de ocuparse también de enseñar a corregir situaciones que resultan embarazosas y otras que no lo son tanto.

3.4. ¿QUÉ PAPEL CORRESPONDE AL MÉDICO EN RELACIÓN CON LA INFORMACIÓN DE LA SALUD QUE HA DE FACILITAR AL ENFERMO O A SUS FAMILIARES?

A veces, el profesional de la medicina considera que los familiares del enfermo no deben ser informados, facilitándoles el mayor número de detalles posibles. Una actitud de compasión o lástima hacia esas personas puede originar penosos resultados. El ejemplo más claro lo tenemos en los casos de cáncer o tumores graves. No siempre resulta fácil para el médico hablar a los familiares del enfermo de las posibilidades de curación que tiene esta enfermedad. Ocultar información a la familia conduciría a crear falsas esperanzas en lo que se refiere a la curación del enfermo. En estas situaciones, la colaboración y el apoyo familiar son de vital importancia. Aquí, la educación para comprender y valorar la información referida a este tipo de enfermedades, adquiere una muy especial relevancia.

El médico que trata a un paciente con determinadas clases de enfermedad, está en la obligación de proporcionar información a los familiares o personas allegadas al enfermo. Y en ocasiones, ocurre que, el propio individuo, que ha contraído la enfermedad está incapacitado para seguir el tratamiento impuesto por el profesional de la medicina. En estos casos el médico comunica el diagnóstico de la enfermedad y la manera de tratarla directamente con los familiares. No hacerlo así resultaría ilógico y absurdo puesto que las personas que convivan habitualmente con el enfermo van a ser las encargadas de vigilar con todo detalle la evolución de la enfermedad y los resultados de su tratamiento.

La familia ha sido el tercer elemento en las relaciones médicas junto con el enfermo y el profesional de la medicina. El terapeuta no debe desempeñar nunca el papel de juez. Bien al contrario, intentará que el paciente, previamente informado, comprenda las relaciones concretas que hay entre la sintomatología y las causas de las que depende. La confrontación con la familia está extrapolada de la terapia de grupo. En esta confrontación, que no debe convertirse en psicograma, es frecuente que un miembro de la familia, un niño, resulte ser el personaje clave. La familia debería cambiar su psicología y no sólo abrirle los ojos al enfermo. A veces el personaje clave puede comprender mejor las relaciones y convertirse en un auxiliar útil para el neo-desarrollo de la familia. De esta forma, se garantiza a la vez el deseo del enfermo, que podrá ser mejor aceptado en adelante por su familia, al ser mejor comprendido. En comparación con la de los miembros de la familia, la responsabilidad del terapeuta está más claramente delimitada. En la sesión decisiva se producirán entre los participantes interacciones de grupo, que hay que interpretar con prudencia, pero no necesariamente desvelar. Según el giro que tomen los acontecimientos, se decidirá si “basta” una sola conversación o si es preciso continuar, eventualmente tratando también a un familiar.

Únicamente, por deseo expreso del paciente, se debe hablar con los familiares solos. En caso de tratamiento hospitalario, los familiares han de hablar más frecuentemente con los médicos y demás profesionales de la salud.

3.5. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR HUMANIZACIÓN DEL ACTO MÉDICO?

La comprensión psicológica del enfermo representa una tarea ineludible para todo médico. Para captar comprensivamente al enfermo, el médico debe reunir varias condiciones, especialmente, esta dos:

1. La de asumir una actitud psicológica ante el enfermo.
2. La de conocer teórica y prácticamente las reacciones psicológicas a la patología que son más comunes entre los enfermos.

Mediante esta actitud psicológica, el médico debe colocarse mentalmente en la posición del enfermo, pero sin llegar a fundirse en él. Esta actitud resulta muy favorable para que el enfermo se sienta más fácilmente dispuesto a la comunicación, a la relación amistosa y a la cooperación con el médico. La actitud psicológica es sobre todo necesaria ante los enfermos más o menos críticos y ante los enfermos en trance de rehabilitación y de readaptación a la vida que anteriormente llevaban.

En las situaciones de urgencia y ante enfermos agudos. El médico debe asumir una actitud intrínsecamente directiva, pensando más en la supervivencia del enfermo que en su composición psicológica.

El doctor Mathias Whering, médico generalista alemán del siglo XIX, afirmaba que *“El médico debe acercarse a su paciente sin ruido ni indiscreción.”* La actitud del médico es una participación incondicional, comprensiva, intuitiva. Su imparcialidad inspira confianza al paciente. Por muy humano que sea, el médico no debe guardar las distancias, cosa que es indispensable para su cometido. *“Nunca se es bastante humano para ser médico. Pero no se debe de serlo en exceso.”*⁴⁹

La entrevista paciente-médico no es un mero diálogo racional, ni un interrogatorio diagnóstico, ni el establecimiento de una anamnesis personal limitada a la pura función anémica. Más bien se trata de un “viaje” conjunto en busca de lo desconocido.

El enfermo debe tomar la iniciativa. El examen del médico por el paciente se produce durante las pausas de la conversación, que Moser llama *“suturs efectivas”*. ¿Es capaz el médico de escuchar y guardar un secreto? Por su parte el médico puede pensar: *“qué historia más aburrida, oída ya mil veces”* o *“vaya un asunto más difícil.”* El paciente lo observa, atento a la severidad o al calor que emana de su interlocutor. Es un análisis situacional recíproco, antes incluso de que haya empezado la conversación. El médico se pregunta: *“¿Qué es lo que puede tener este enfermo que viene a verme?”* En la consulta es de capital importancia lo que el enfermo dice, su expresión verbal, así como la descripción de las molestias, en el momento en que éstas hacen su aparición y en el que salen del marco de los esquemas diagnósticos corrientes. Pero no hay que acceder inmediatamente a todos los deseos.

Es el médico el que debe tomar la responsabilidad y decidir sobre sí mismo cuál ha de ser la marcha que han de seguir en común. Debe ser capaz de presentir las dificultades, de tener siempre un paso dado *más que el paciente.*

⁴⁹ Marañón, G. (1980): Op. Cit, p. 17.

Debe pensar “audazmente”, tener ideas “extravagantes, pero actuar con prudencia, no preguntar constantemente sino también reflexionar. Debe tener presente que el enfermo es el portavoz de un grupo social.

Una entrevista personal en la sala de consultas no puede limitarse sólo a escuchar, a tener paciencia, a mantener una charla rutinaria o jovial: es mucho más que todo eso. El médico queda automáticamente comprometido frente a su prójimo. En el proceso de comunicación interactiva, saber escuchar tiene muchísima importancia. Pero con frecuencia se producen malentendidos a este respecto. El punto básico de una escucha atenta no es callarse y dejar hablar al paciente, ya que el enfermo se siente aliviado al poder desahogarse a gusto porque ha llegado a confiar en el médico. Para el médico saber escuchar requiere atención, capacidad para aceptar al paciente tal y como es y tomarlo en serio. Hay que estar libre de cualquier idea preconcebida, de todo prejuicio, porque recuperar la salud es contribuir a hacer posible un derecho fundamental: proteger y preservar la vida humana.

Según el Dr. E. Gálvez *“escuchar exige de alguna forma una tercera oreja con la que el médico se esfuerza por obtener la respuesta a la pregunta importante mientras el paciente sigue hablando.”* El mismo Dr. Gálvez añade: *“Hay que quitarse la bata interiormente, hay que dejar la pluma sobre la mesa, apartar la ficha de la anamnesis, poner una pierna sobre la otra y cruzarse de brazos.”*⁵⁰

El resultado de esta experiencia es que los casos se convierten en amistades. De entes se convierten en personas, de hómimes sapietes en mis semejantes. La consulta acaba por convertirse en un encuentro.

⁵⁰ GALVEZ, E. (Doctor en Medicina y Farmacia), Conferencia en la Casa de Granada en Madrid, 1990.

Al observar más de cerca las estructuras y características de esta conversación no podemos considerarla como un diálogo en sentido estricto. Se desarrolla de forma que el paciente describe sus trastornos, que inmediatamente suscitan en el médico una imagen determinada, o sea, a qué enfermedad debe atribuir la dolencia del paciente. Esta situación incita entonces al médico a hacer otras preguntas con el fin de centrar el diagnóstico. Las respuestas obtenidas abonarán su primera impresión o le demostrará, por el contrario, que ésta era falsa y debe tomar otro camino. El paciente se esfuerza por describir sus dolencias, sus vivencias subjetivas. Pero el médico piensa en un sentido determinado y es él quien dirige. El paciente se pone confiadamente en sus manos.

Como se ve esto no es un diálogo. Es un interrogatorio del médico al paciente. El enfermo no comprende ni el sentido de la conversación. Su interlocutor, el médico, tiene ante sí unos cuantos modelos en los que intenta incluir la historia de la persona que tiene delante. Se tarda bastante en descubrir algo fundamental: Si, en vez de hacerle preguntas, se deja decir al paciente todo lo que se le pasa por la cabeza sin interrumpirlo, escuchándole simplemente, se descubre mucho más sobre las cosas que, en definitiva, motivan al individuo y actúan como resortes de su comportamiento. Lo interesante para el médico en estas conversaciones no es tanto la enumeración de los síntomas como los hechos que afectan a la existencia de un ser humano. Casi siempre los pacientes están esperando que alguien les dé pie para poder hablar de sus auténticos problemas, experimentando así ese poder liberador que tiene la exteriorización verbal. Toleran mejor su estado, traducido en los síntomas de la enfermedad, después de haber hecho esto. Pocos enfermos se abren de forma inmediata. Pero cuando no pueden hacerlo en consulta, llaman al médico para que les visite en su casa, sobre todo por la noche. Hay que escuchar o seguir corriendo como de costumbre.

El médico debe saber que la angustia preside inicialmente el enfrentamiento del médico con su paciente, y esto ocurre para ambos. El enfermo tiene motivos de preocupación; en realidad sólo acude al médico cuando está asustado; jamás va al médico por capricho (los enfermos que parecen hacerlo así son intensamente neuróticos); teme las consecuencias médicas (revelación de su posible gravedad, necesidad de una intervención quirúrgica o de una época de inactividad, etc.) o económicas (costo del tratamiento o de la invalidez, etc.); teme ser rechazado o tratado con desprecio, incomprendido, mal diagnosticado. Siente frecuentemente vergüenza o humillación por tener que describir sus miserias y las de su familia a un extraño. Para el médico, se dé cuenta o no, la presencia de cada nuevo enfermo es también angustiante, pues tiene la incertidumbre de si sabrá diagnosticar y actuar correctamente (lo que lleva inconscientemente a muchos médicos a intentar un diagnóstico lo antes posible, encajando al paciente en un esquema preestablecido en el que el médico sólo percibe, de entre los síntomas que le relata el paciente, aquellos que coinciden con el presunto diagnóstico que ya ha hecho antes de tiempo, equivocándose). Siendo la consulta un pacto profesional remunerado, el médico tiene también sus preocupaciones económicas respecto a él, que varían según las circunstancias y la ética del médico.

Así pues, la primera preocupación del médico debe ser liberar de su angustia al enfermo y que se le respete como persona. Los tres objetivos son difíciles de lograr en la situación de las consultas públicas numerosas, en algunas circunstancias llega a ser imposible. El médico y el enfermo son interlocutores y es así como debe ser, pues en el diálogo, que es una especie de “transacción” entre ambos, el médico tiene la ocasión de ir conociendo a su compañero como persona y como semejante.

El médico debe acercarse a su paciente sin ruido ni indiscreción. La actitud del médico es una participación incondicional, comprensiva, intuitiva. Su imparcialidad debe dar confianza al paciente.

Hay que tratar al enfermo como un “sujeto” humano signado por la dignidad de un ser trascendente y no como “objeto”. Pero el profesional debe ser consciente de sus propios sentimientos y dominarlos mediante un mayor control.

La relación médico-enfermo, en primer plano del concepto terapéutico, tiene en sí misma un alto valor curativo. En ella actúan, además, poderes de sugestión. Facilita una consulta más fructífera. Crea condiciones favorables para el relajamiento, la exteriorización verbal y la maduración de la personalidad de ambos.

3.6. EL MÉDICO COMO LIBERADOR DE UN ESTADO DE ANGUSTIA DEL PACIENTE EN LA PRIMERA CONSULTA.

Siendo la consulta un pacto profesional remunerado, el médico tiene también sus preocupaciones económicas respecto a él, que varían según las circunstancias y la ética del médico.

Así pues, la primera preocupación del médico debe ser liberar de su angustia al enfermo y que se le respete como persona. Los dos objetivos son difíciles de lograr en la situación de las consultas públicas numerosas; en algunas circunstancias llega a ser imposible.

El médico y el enfermo son interlocutores y es así como debe ser, pues en el diálogo, que es una especie de “transacción” entre ambos, el médico tiene la ocasión de ir conociendo a su compañero, como persona y como semejante.

El médico debe acercarse a su paciente sin ruido ni indiscreción. La actitud del médico es una participación incondicional, comprensiva, intuitiva. Su imparcialidad debe dar confianza al paciente.

Hay que tratar al enfermo como un “sujeto” y no como “objeto”. Pero el profesional debe ser consciente de sus propios sentimientos y dominarlos mediante un mayor control.

La relación médico-enfermo, en primer plano del concepto terapéutico, tiene en sí misma un alto valor curativo. En ella actúan, además, poderes de sugestión. Facilita una consulta más fructífera. Crea condiciones favorables para el relajamiento, la exteriorización verbal y la maduración de la personalidad de ambos.

3.7. CARTA SOBRE COMUNICACIÓN Y SALUD EN LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO.

La formulación de una Carta sobre comunicación y Salud se hace de todo punto necesaria. Formulo a continuación aquellos indicativos que considero más importantes para articular el contenido de esta Carta:

1. El médico, al tratar a un paciente, ha de preocuparse por conocer todas aquellas características del enfermo que resulten imprescindibles para documentar el posterior diagnóstico.
2. El médico debe esforzarse por explicar a sus pacientes las causas, síntomas, pronóstico y tratamiento de la enfermedad.
3. El médico debe interesarse por averiguar si el paciente ha entendido verdaderamente la explicación dada sobre la enfermedad.

4. El médico debe facilitar al enfermo, oralmente o por escrito, información suficiente sobre el diagnóstico y la forma más correcta de seguir el tratamiento. La expresión debe resultar siempre inteligible, de fácil comprensión y valoración positiva por parte del enfermo.
5. Se ha de procurar facilitar una información fácilmente comprensible, tanto al enfermo como a los familiares, sin emplear una terminología técnica o científica que pueda resultar de difícil interpretación.
6. Al paciente hay que decirle siempre la verdad sobre la gravedad de su dolencia, pero con el respeto y la consideración que merece su dignidad como persona.
7. La confianza del enfermo en el médico es factor decisivo para ayudar a conseguir la recuperación de la salud.
8. El médico ha de saber someter a un proceso de análisis, selección, contraste y valoración la información que le facilite el enfermo.
9. El enfermo nunca ha de pretender saber más que el médico, diagnosticándose por su cuenta.
10. La relación médico-familia resulta un componente principalísimo para ayudar a la recuperación de la salud, especialmente en lo que se refiere a procesos de larga enfermedad y en casos singulares de niños y de personas mayores.
11. Debe establecerse una relación positiva y una conjunción de medios tendentes a recuperar la salud, entre la clase de enfermo, la clase de enfermedad, la clase de información-comunicación y la calidad propia de la salud.

12. El acto médico siempre ha de ser humanizado al máximo , especialmente con aquellos pacientes que, por sus carencias de diversa índole, pudieran necesitar de una relación más afable.

13. Lo confidencial y lo discrecional ha de quedar siempre perfectamente asegurado en la relación médico-enfermo.

14. La soledad, la incomunicación y el miedo son elementos que resultan negativos y por tanto contraproducentes para la recuperación de la salud.

15. El enfermo ha de entender el diagnóstico de su enfermedad, asumirla y cooperar en la recuperación de la salud, según se lo permitan sus actitudes y aptitudes.

16. La transmisión negativa, por parte del enfermo, de su experiencia clínica, le descalifica y puede perjudicar seriamente a otros enfermos.

17. La conciencia, la voluntad y la afectividad son valores que juegan un importante papel en el proceso de la interacción comunicativa médico-enfermo y en la recuperación de la salud.

18. El enfermo se autoengaña cuando pretende camuflar o esconder su verdadera sintomatología.

19. La enfermedad (máxime durante la estancia en un centro (hospitalario) resulta, factor y circunstancias, particularmente interesantes, para ejercitarse en la comunicación humana e intergrupala a todos los niveles.

20. La recuperación de la salud y su calidad está indefectiblemente unida a la calidad del acto médico y a una fluida y sincera interacción comunicativa médico-enfermo.

CAPÍTULO IV: DERECHOS DEL ENFERMO Y DEL MÉDICO

4.1. DERECHOS DEL ENFERMO Y DEL MÉDICO.

Los derechos y obligaciones del enfermo y del médico están bien definidos en la legislación española. No obstante, hemos de descender en este aspecto a la reglamentación existente en los distintos centros sanitarios, tanto administrados por el Estado -Servicio Nacional de Salud- como por entidades privadas.

Los reglamentos internos -basados todos en la Ley- conducen a imponer una disciplina en el desenvolvimiento diario de la vida hospitalaria, en los ambulatorios de especialidades y en los centros de salud con el fin de que la atención al enfermo sea más eficaz bajo el signo del orden tanto por parte de los enfermos como por todo el personal sanitario y administrativo. En estos reglamentos internos se ha tenido en cuenta el impacto que sufre el enfermo tanto en consulta como en hospitalización, sin dejar a un lado el proceso administrativo que el enfermo o familiares tiene que cumplimentar. La Administración Sanitaria está llevando a cabo una serie de cursos dirigidos especialmente al personal administrativo y pretende que los trámites administrativos sean lo más rápidos e imprescindibles para que no afecten al enfermo ni a los familiares que se suponen concentrados más en el padecimiento del enfermo que en el llamado “papeleo”.

4.2. RESPONSABILIDADES.

Hoy día se está produciendo un intercambio legislativo entre las autoridades judiciales y los profesionales de la Medicina para tener un conocimiento más profundo de los derechos que corresponden al enfermo y a los profesionales de la Medicina en consecuencia a las denuncias que se están produciendo en los juzgados por parte de los enfermos o representantes legales de ellos por entender que ha habido mal trato en el ejercicio de la Medicina. En la mayoría de las sentencias, es la Seguridad Social la demandada con la repercusión importante en la economía al reconocer a los centros de salud autonómicos (al que corresponda en función de la CCAA, por cuanto hoy la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas ha venido a crear 17 Insaluds diferentes), como último responsable de errores de los médicos en intervenciones quirúrgicas, anestесias, medicación, etc.

El ya extinto Instituto Nacional de la Salud -INSALUD⁵¹- , publicó en su día⁵², una serie de sentencias pronunciadas por el Tribunal Constitucional, Audiencias y Juzgados relativas a reclamaciones de los pacientes por distintas causas y que han supuesto para la Tesorería de la Seguridad Social importantes cantidades de dinero.

Esta cuestión plantea grandes dificultades a la hora de actuar lo diferentes gabinetes jurídicos de las administración sanitaria por la acumulación de expedientes y falta material de tiempo y personal cualificado para las resoluciones.

⁵¹ Después del traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas, en el período 1981-2002, fue reorganizado como el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) en el año 2002, para gestionar la Seguridad Social (Pensiones del Estado, etc.).

⁵² Jornadas sobre los Derechos de los Pacientes (1990), pp.260 y ss.

Ante esta situación, la Administración del Estado publica la Ley 4/1990 de 29 de junio, de Presupuestos del Estado y en la Disposición Adicional Tercera, bajo el epígrafe “Seguros de Responsabilidad 1” estableció una serie de normas para todo el personal de la Administración del Estado de sus Organismo Autónomos, de sus Entidades Gestoras y, en general, a todas aquellas personas que, al servicio del la Sanidad Pública pudieran recaer en responsabilidad ante la demanda de actos médicos por parte de los pacientes.

El objeto del contrato de Seguro viene determinado en el artículo 3º de Pliego de Condiciones del concurso convocado por la Administración Hospitalaria que dispone:

“El presente concurso tiene por objeto el aseguramiento de la responsabilidad que durante la vigencia del mismo pudiera corresponder directa, solidaria o subsidiariamente al personal a que se refiere la Cláusula del presente Pliego del Instituto Nacional de la Salud por daños o perjuicios corporales y/o materiales, y/o consecuenciales consecutivos, causados por acción y omisión a terceros en el ejercicio de sus funciones, así como la responsabilidad patrimonial solidaria subsidiaria u objetiva que pudiera corresponder al propio Instituto por tales daños o perjuicios.

El asegurado se obliga bajo esta póliza, sujeta a los requisitos que se establecen más adelante, a abonar las sumas que el personal del INSALUD o el propio Instituto vengan obligados a indemnizar en razón de la responsabilidad en el funcionamiento de los servicios”.

4.3. ESTATUTO JURÍDICO DEL ENFERMO. ORÍGENES Y NECESIDAD

En el año 1947, con la promulgación del llamado “Código de Nürenberg”, y como resultado y experiencia de una guerra mundial recientemente finalizada, se inicia tímidamente una trayectoria jurídica en reconocimiento de los derechos humanos, en relación con la experimentación en seres humanos y que significan el germen para el establecimiento de un derecho de la persona en relación con la salud y la enfermedad y concretamente del estado del enfermo en situación de ingresado en un centro hospitalario o la relación con el profesional de la Medicina en la consulta ambulatoria.

Es en el año 1972 cuando encontramos un texto con vertiente y orientación ética en la “DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE” que publica la Asociación Americana de Hospitales y que recomienda a sus 7.000 asociados, tratando de implantar una normativa obligatoria, donde se asegure unas prestaciones dignas al paciente, en unas instalaciones y locales igualmente adecuados a la prestación sanitaria correspondiente, con reconocimiento jurídico del derecho a la intimidad y a la libre decisión del paciente en situaciones específicas creadas por motivo de su enfermedad.⁵³

Sánchez Agesta⁵⁴ y Garrido Ferrer, en tratados sobre la Constitución Española analizan la interpretación de la Constitución en el artículo 43, Derechos de los usuarios.

En las JORNADAS SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES celebradas en Madrid en diciembre de 1.990 y organizadas por el INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD,

⁵³ Textos de legislación de Sanidad, Publicaciones del Instituto Nacional de la Salud- Dirección General. Insalud. Madrid, 1988.

⁵⁴ Sánchez Agesta, L., Catedrático de Derecho Constitucional (UCM), “La Constitución Hoy”. Conferencia pronunciada en la Casa de Granada en Madrid. Febrero, 1985.

se trataron de desarrollar los aspectos más importantes sobre este importante derecho del paciente como ser humano en libertad a poder aceptar y exigir el trato correspondiente a su condición de enfermo ingresado en un centro sanitario, bien administrado por los poderes públicos o por la empresa privada.

4.4. FACTORES DETERMINANTES.

La condición de enfermo no implica en sí un estatuto jurídico especial que limite la pérdida de derechos civiles, salvo en casos de enfermedad grave o pérdida de conciencia que dificulten la toma de decisión del enfermo ante un determinado proceso y ante tal situación, la legislación específica que el familiar más allegado decida en el momento.

Los textos constitucionales reconocen y albergan los derechos del ciudadano y que plasman en el ordenamiento jurídico general. Pero la nueva situación del individuo ingresado en una centro hospitalario donde su integridad física va a someterse a unos procesos en los que su limitación en preparación específica es evidente, pues la pérdida en algunas ocasiones del autogobierno y la dependencia de terceras personas (anestesista, cirujano, enfermeras etc.), que en el ejercicio de su función profesional van a “romper” la intimidad, creando un proceso de indefensión del paciente, que a su vez, debe estar amparado por un ordenamiento jurídico legal.

4.5. LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ESPAÑA.

El consentimiento informado es un proceso de comunicación entre el médico o el equipo médico y el paciente o en caso de imposibilidad mental o física de éste, lo acepta el familiar más cercano, mediante el que este último acepta someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de conocer y reflexionar sobre su naturaleza. A lo largo de este informe, se analizan los fundamentos legales y éticos sobre los que asienta la doctrina del consentimiento informado, y que fueron expuestos durante la celebración de unas Jornadas de Gestión Sanitaria.⁵⁵

4.5.1. CONCLUSIONES DE LA CONFERENCIA DE CONSENSO.

Las conclusiones generales aceptadas por todos los asistentes y que tratan, en definitiva, de definir responsabilidades a la hora de ejercer un acto médico que pueda suponer un posible peligro para la salud del enfermo imprevisibles y por circunstancias ajenas al médico o al equipo profesional que realice el acto clínico:

“Todo paciente tiene derecho a que se le informe de su enfermedad y de las circunstancias relevantes que ésta implica desde que se establece la relación con su médico”.

La información en la relación asistencial es un deber ineludible del profesional, y, por lo tanto, debe constituir un acto clínico más, tan importante como cualquier otro en las tareas que le competen.

⁵⁵ Jornadas sobre “Gestión Sanitaria”. Córdoba, marzo de 1995.

“El consentimiento informado debe entenderse como un proceso gradual que se realiza en el seno de la relación médico-enfermo, y en virtud del cual el paciente recibe del médico la información suficiente para participar activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad”.

En el ámbito de la relación sanitaria este proceso de información y participación del paciente no se realiza todavía de manera satisfactoria. Mejorar este proceso de información supone un cambio cultural. Por ello, se acuerda en la conferencia, que: “resulta imprudente tratar de cambiarla bruscamente”. Modificar las mentalidades requiere tiempo y paciencia.

Un aspecto particular del consentimiento informado es el de la forma en que éste debe quedar registrado. Tradicionalmente, son los soportes escritos, los llamados formularios escritos de consentimiento, los más utilizados. Es evidente que en estos formularios no se puede recoger todo el proceso de información y consentimiento, porque éste es un proceso básicamente hablado, verbal. Sin embargo, algunos aspectos de este proceso si pueden fijarse por escrito.

Aunque en algunos estados de la Unión Europea no se cree conveniente el registro escrito del consentimiento informado, en España es obligatorio en virtud del artículo 10º de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad.

Una de las funciones del formulario es la de servir como medio de apoyo al proceso de consentimiento, al facilitar la transmisión de información completa, veraz y comprensible, por el paciente. Otras de las función es que tiene el formulario escrito es la de proteger legalmente a los profesionales sanitarios de posibles denuncias por falta de información al paciente, o por información deficiente.

Los procedimientos médicos son muy parecidos en todo el mundo desarrollado, pero las culturas tienen diferencias importantes, por lo que es mucho más fácil importar técnicas y tecnologías que modos de información y soportes escritos de consentimiento informado.

Es imposible informar por escrito a un paciente de todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le pueden realizar en el curso de su asistencia. Supondría una burocracia inviable desde todos los puntos de vista. Por otra parte, solicitar la firma de un formulario escrito de consentimiento general tiene poco valor legal. Por ello, es mejor centrarse en formularios específicos, que son formularios que se refieren exclusivamente a un determinado procedimiento diagnóstico o terapéutico, que conllevan por lo menos un cierto riesgo.

Las recomendaciones que a continuación se enumeran son simplemente un guión de los contenidos que debe contemplar el soporte escrito del consentimiento informado según se aprueba en la Conferencia de Córdoba. No pretende dar un formulario definitivo sino que haya una cierta homogeneidad en los contenidos de estos documentos, que serán elaborados por los profesionales, teniendo en cuenta las peculiaridades de cada centro y servicio.

En todo formulario escrito específico figurarán los siguientes aspectos:

- * Datos personales del paciente.
- * Nombre del médico que informa, que no tiene por qué ser el mismo que realiza el procedimiento.
- * Explicación breve y sencilla (comprensible) del objetivo del procedimiento, así como de la forma en que se llevará a cabo.
- * Información de los riesgos típicos.
- * Existencia o no de alternativas diferentes, de forma que el paciente participe, si así lo de-

sea, en la elección de la más adecuada, teniendo en cuenta naturalmente sus preferencias.

* Declaración del paciente en la que exprese su consentimiento y su satisfacción con la información recibida.

* Firmas del médico y del paciente.

* Apartado para el consentimiento a través de representante legal en caso de incompetencia del paciente.

Este documento no se refiere a los proyectos de investigación en Medicina, ni a los procedimientos de extracción de órganos, ni en situaciones de urgencia, ni a aquellos que no se refieran a procesos claramente patológicos (cirugía estética), ni en general a todos los procedimientos y actuaciones que tengan exigencias específicas.⁵⁶

4.5.2. PROTOCOLO DEL “CONSENTIMIENTO INFORMADO”.

HOSPITAL: X X X X X

SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN

“Cualquier anestesia bien sea general, regional o local, no está exenta de ciertos riesgos de complicaciones, por muy corta o banal que parezca la intervención. En algún caso muy excepcional pueden ocurrir accidentes graves con secuelas irreversibles, siendo la mortalidad muy baja (por debajo de 1/40.000). Las complicaciones pueden aumentar en caso de enfermedades asociadas, procesos agudos intercurrentes o situaciones de urgencia. De la misma forma los pacientes ancianos pueden sufrir algún cuadro de desorientación, normalmente transitoria.

⁵⁶ Quintana, O., El Médico, 25 de marzo de 1994, pp. 66 y ss.

Sin embargo, hoy día afortunadamente estos riesgos son mínimos estadísticamente utilizando los medios adecuados y se pueden reducir todavía más con un estudio preanestésico adecuados. Es muy importante que en la consulta responda a las preguntas que le realice el anesthesiólogo, no omitiendo ninguna enfermedad previa, medicación, alergia o hábitos tóxicos. En el caso de que se presentase algún proceso agudo (catarro, diarrea, etc.), antes del día de la intervención deberá comunicárselo a su cirujano y anesthesiólogo. De la misma forma deberá seguir al pie de la letra las recomendaciones efectuadas por el cirujano y anesthesiólogo previamente y el día de la intervención. (Tiempo de ayuno, medicación. ingreso, etc.), así como la hoja de instrucciones para los pacientes ambulatorios.

Don.....Considera que ha sido evaluado/a correctamente en la Consulta de Anestesiología previamente a la intervención, prueba diagnóstica y/o terapéutica a la que va a ser sometido/a.

Reconoce que ha sido informado/a previamente en forma comprensible, de la naturaleza de las pruebas diagnósticas y terapéuticas, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas (Bien sean bajo anestesia, local, regional o general), que se le van a practicar, así como los posibles riesgos derivados de los mismos.

Específicamente ha sido informado/a de forma verbal y mediante hoja escrita en su caso por el médico anesthesiólogo de las posibles técnicas anestésicas a las que va a ser sometido/a, a sus indicaciones, ventajas y posibles inconvenientes o complicaciones.

Se encuentra satisfecho/a de la información recibida

En consecuencia autoriza le sean realizados y acepta así mismo los posibles riesgos derivados de la correcta aplicación, pudiendo revocar esta autorización en cualquier

momento. Si surgiera alguna situación imprevista “urgente”, que requiere algún procedimiento distinto del que ha sido informado/a, autoriza al equipo médico a realizarlo sin previo consentimiento.

Intervención prevista:

Grado de riesgo anestésico A.S.A.:

Juicio clínico:

Firma del paciente

D.N.I.

Fecha:

Fuente: Clínica Nuestra Señora de América -Madrid

4.6. CÓDIGO PARA LA INFORMACIÓN DE LA SALUD.

a) Resultando la información de la salud positivamente necesaria para preservar y defender la dignidad de la vida humana; la consecución del bien y la aspiración a una calidad de vida justa y socialmente aceptable.

b) Considerando que la información de la salud comprende las campañas de la educación preventiva; la comunicación científica, el diagnóstico médico; la relación y la dialéctica interactiva enfermo médico y viceversa; la información del personal especializado y la acción difusora a través o no de los Medios y sistemas de comunicación.

c) Tomando en cuenta el interés y la demanda manifestada por la sociedad hacia la información de la salud.

d) Pensando que la expresión pública de la información de la salud es competencia de los profesionales que están debidamente capacitados y especializados en tal cometido.

e) Creyendo que los deberes, derechos y responsabilidades de todos los llamados a intervenir en el proceso de la información de la salud, han de estar claramente proclamados y reconocidos.

Doy a conocer este “Código Deontológico para la Información de la Salud”, como propuesta personal y aportación de esta Tesis Doctoral, que comprende los siguientes apartados y artículos:

A. Deberes y responsabilidades de los enfermos y de los ciudadanos en general.

1. El enfermo tiene el deber de facilitar a los profesionales de la medicina, toda aquella información que resulte básicamente necesaria para la formulación de un posterior diagnóstico.

2. La libertad de opinión y de expresión del enfermo debe ser correspondida con el respeto a su intimidad y a su dignidad por parte de los profesionales de la medicina.

3. El enfermo tiene derecho a ser informado puntual y suficiente sobre su sintomatología y sobre el diagnóstico que le corresponda. Esa información no debe ser divulgada a personas que no formen parte del equipo sanitario que efectúa el tratamiento sin permiso del enfermo o de los familiares.

4. El enfermo tiene la responsabilidad, cuando el interés por el bien común lo demande, de permitir que la información emanada de su historial clínico puede ser utilizada con el fin de ayudar a otras personas para que recuperen la salud.
5. Debe existir una relación y diálogo interactivos, confiados, verídicos y responsables entre el enfermo y los profesionales de la medicina, para que la información que sea generada y liberada por esta comunicación interactiva, resulte de utilidad imprescindible, tanto para la recuperación de la salud, como para un mejor servicio a la sociedad.
6. Contra el “amarillismo”, el sensacionalismo o la utilización maliciosa de la información de la salud, el enfermo y el médico, en la parte que les incumban, debe solicitar el amparo de los Tribunales de Justicia.
7. Todos los ciudadanos tienen derecho a una educación sanitaria para la prevención de la salud y a una información puntual y suficiente sobre cualquier clase de diagnóstico.
8. La responsabilidad del enfermo de confiar en la información referida al diagnóstico, pudiendo contrastar esa información con la proveniente de otros especialistas.
9. Los familiares del enfermo facilitarán, cuando ello se haga necesario, la fluidez de comunicación y el trato inteligible del enfermo con el médico, colaborando con este último a la documentación informativa para la realización de la historia clínica.
10. El enfermo no se autodiagnosticará ni se automedicará, siendo consciente del grave riesgo que corre al hacerlo. El diagnóstico y el tratamiento son responsabilidades del médico.

B. Deberes, derechos y responsabilidades de los profesionales de la Medicina.

1. El profesional de la medicina debe facilitar al enfermo una información verídica y objetiva. Pero dependiendo del grado de la patología y de la clase de enfermo, la información precisará o no de medidas cautelares.
2. El caso de la enfermedad de quien se trate, debe ser expresado con sencillez, claridad y manifiesta voluntad de ayuda al enfermo para superar su dolencia y recuperar su salud.
3. Los profesionales de las distintas áreas de la medicina pueden acceder a programas de formación sobre comunicación-información de la salud, con el fin de poder dotar a sus respectivas ocupaciones y quehaceres, de una significación, funciones y efectos que favorezcan la calidad de vida, a partir de la propia calidad del trabajo que realizan.
4. Las Facultades de Medicina y las de Ciencias de la Información, en una acción interdisciplinar conjunta, planificarán y promoverán cursos de postgrado para la especialización en comunicación-información de la salud.
5. Una divulgación de la información de la salud, por parte del profesional de la medicina, debe hacerse siempre con el máximo respeto para la vida humana, sin caer en protagonismos personales a costa de terceras personas.
6. El secreto profesional debe ser mantenido siempre que con la difusión de la información confiada se pueda correr el riesgo de perjudicar al propio enfermo e incluso a otros individuos.

7. Los profesionales de la medicina favorecerán la participación de todos cuantos tengan algo positivo que aportar, con respecto a la comunicación de la información de la salud.
8. La prevención, curación o rehabilitación de la enfermedad requiere de una información suficiente y contrastada. Los aspectos científicos y médicos de esta información son competencia casi exclusiva de los profesionales especializados de los diferentes Medios y sistemas de la comunicación.
9. El intrusismo en la profesión médica es una competencia desleal y un delito que debe ser juzgado por los Tribunales de Justicia.
10. La información confidencial o reservada que custodie cualquier profesional de la medicina, no debe ser objeto de transacción, venta o indiscrecionalidad.

C. Deberes derechos y responsabilidades de la administración competente en cuestiones de comunicación-información de la salud.

1. La Administración pública, en el ámbito nacional, autonómico, provincial y local, aun respetando al marco de sus respectivas competencias, debe colaborar y cooperar en la elaboración de aquellas políticas e iniciativas que permitan facilitar a las personas una información sanitaria puntual, verídica y suficiente, que sirva para mejorar la salud de todos los ciudadanos.
2. La propaganda y la publicidad relacionada con la salud pública debe ser regulada por la Administración. Los ciudadanos deben ser protegidos de los efectos negativos que sobre su salud, a veces, pudiera producir la comunicación pública de informaciones

desconectadas, tremendistas o sensacionalistas sobre la salud, así como una publicidad engañosa sobre medicamentos o tratamientos mágicos.

3. Los gobiernos deben defender siempre la inviolabilidad de la vida humana. Cualquier campaña tutelada por las administraciones y contra la vida (aborto, eutanasia, etc.) incide negativamente sobre la salud moral física de las personas, de la sociedad que sea tolerante con aquellos crímenes.

4. Las administraciones desarrollarán campañas de comunicación pública que tengan por finalidad un mejor acceso de los ciudadanos a los servicios esenciales de la salud y campañas de educación preventiva.

5. Los gobiernos, con las políticas informativas referidas a prevención, curación o rehabilitación de la salud, ayudan a mejorar la calidad de vida y a convertir la calidad de la salud en un signo progresivo y permanente de desarrollo.

6. La enfermedad, en cualquiera de sus manifestaciones, las condiciones insalubres de vida, el alcoholismo y la droga, el terrorismo y toda forma de violencia, etc., debe merecer la puesta en marcha, por parte de las administraciones, de iniciativas tendentes a la comunicación de la información para erradicar el mal y promover la salud humana y social.

7. La Administración tomará las medidas oportunas para que los medios de comunicación social, de titularidad pública o de titularidad privada, no presenten la información de la salud de forma tal que indujese al autodiagnóstico y a la automedicación de los públicos de tales medios.

8. La opinión pública debe ser alertada con el fin de que no confíe en los Medios de comunicación la solución de sus problemas de salud. Son los profesionales de la medicina -y ningún otro posible intermediario- quienes tienen el principal derecho, deber y responsabilidad de la comunicación interactiva, con los enfermos y con sus familiares.

9. Las campañas de concienciación cívica sobre la información de la salud, planificadas por la Administración, respetarán, en cualquier caso, la dignidad e integridad de la vida humana.

10. La comunicación interactiva (enfermos y familiares-profesionales de la medicina) en el ámbito de la Administración pública de la salud, necesita una continua verificación para que sus funciones y fines constituyan, verdaderamente, una positiva aportación a la calidad de vida desde esas responsabilidades compartidas.

D. Deberes, derechos y responsabilidades de carácter general en el ámbito de la salud.

1. La comunicación y la información de la salud ha de ser el fruto de una medicina de calidad y de una educación sanitaria de los ciudadanos.

2. El quehacer de los profesionales de la medicina se ennoblece y prestigia con el trato afable y cordial de los enfermos y viceversa.

3. La comunicación y la información de la salud ha de dedicar una atención preferente a aquellas personas y sectores de la sociedad que por su incapacidad temporal o crónica, también por periodos de larga enfermedad o de enfermedad grave, precisen de una comprensión y ayuda más intensas.

4. Los usuarios de la medicina -pública o privada- deben ser sujetos activos y participativos en la consecución de una salud de calidad.
5. La información de la salud desempeña un papel cada vez más importante. La necesidad de especializar a profesionales de la medicina y de la comunicación mediante una colaboración y cooperación interfacultativa e interdisciplinar está plenamente justificada por la gran demanda que sobre el particular existe en el sector de la salud.
6. El proceso de la comunicación interactiva médico-enfermo y viceversa y la expresión-difusión de la información de la salud han de servir para ayudar a los enfermos y a la sociedad en general a: descubrir el valor del trabajo de los profesionales de la medicina; el valor de la cooperación; actualizar el conocimiento popular de los últimos logros científicos aplicados a la salud; encontrar mejores medios y condiciones de trabajo; ayudar a los ciudadanos a cuidar más de sus propias vidas.
7. No son los profesionales de la medicina quienes han de trabajar para sus enfermos, sino con sus enfermos. La comunicación interactiva juega un importantísimo papel en el logro más eficiente de esos deberes, derechos y responsabilidades compartidos.
8. La salud tiene muchos y diversos valores positivos, que deben trascender del ámbito propio del ejercicio de la medicina. La sociedad en general puede enriquecerse con la vivencia de esos valores, siempre y cuando haya comunicadores que sepan darlos a conocer.
9. Los comunicadores de la información de la salud (profesionales especializados, de la medicina y los Medios) se han de esforzar por realzar aquellos valores y neutralizar así

la imagen peyorativa del ejercicio de la medicina que, en ocasiones, pudiera extenderse entre la opinión pública.

10. Las oficinas de farmacia constituyen un marco significativo e inestimable en el proceso de la comunicación de la información de la salud. La relación interpersonal que se establece entre los profesionales de la farmacia y los enfermos, ayuda muy necesaria y eficazmente a explicar las características de la medicación y el uso responsable de la misma.

11. En la relación habitual con las oficinas de farmacia hay que reconocer el valor añadido de la comunicación social que desde ellas se ejercita. Esa comunicación se fundamenta, principalmente, en una muy positiva función de intermediación.

12. Hay que centrar la atención en propiciar una relación dialógica más efectiva entre todos los sujetos que intervienen en el ejercicio de la salud. Ninguno de esos sujetos debe delegar en los demás deberes, derechos y responsabilidades que les son inherentes.

13. La comunicación, en el ámbito de la salud, y desde él hacia la sociedad en general, ha de servir para proteger, potenciar y fortalecer la vida humana, en cualquiera de sus etapas y circunstancias.

14. La sociedad debe afinar en su interés y sensibilidad por los temas de la educación de la salud, mostrando interés por todos los factores y circunstancias que la son inherentes y que hoy forman parte insoslayable de la cultura de la calidad de vida.

15. Tanto el enfermo como sus familiares han de tener capacidad y posibilidad de integrarse perfectamente, llegado el momento, en el proceso de la salud. Esa participación

no se comprende si no es mediante una relación y comunicación interactiva con los profesionales de la medicina.

La interacción comunicativa en estas circunstancias resulta maravillosamente elocuente y hasta ejemplarizadora.

Los sentidos también juegan un papel no desestimable en la transmisión de mensajes, dentro del centro hospitalario. El olor de algunos medicamentos, el sabor de la sangre, el pitido del monitor del marcapasos, la mascarilla de oxígeno, etc., producen en el enfermo sensaciones e impresiones totalmente nuevas y desconocidas hasta entonces, que le conectan, que le comunican a los mil diversos componentes que integran una realidad distinta. El enfermo vive como en otro plano, en otra galaxia psíquica y anímica distinta y distante de su relación cotidiana y puede llegar a sentirse, incluso, cómodamente instalado.

4.7. ENCUESTA DE OPINIÓN A MÉDICOS

Esta consulta-encuesta de carácter abierto, tiene por finalidad realizar una investigación de campo -entrevistando a médicos- para recoger testimonios personales, lo más objetivos posibles para sentar las bases de una Teoría de Información y Comunicación médicas -objeto de esta Tesis- y con el fin de humanizar tanto el acto médico como contribuir a mejorar las relaciones del enfermo en el hospital, el enfermo terminal y las situaciones familiares que se producen cuando un miembro de la familia tiene una patología grave o es intervenido quirúrgicamente.

Los profesionales entrevistados pertenecen a:

- Clínica “ “PUERTA DE HIERRO”, Imsalud. Madrid.
- Ambulatorio de especialidades “AVENIDA DE PORTUGAL”, Imsalud. Madrid
- Hospital de “MADRID”, HM-Hospitales, Privado. Madrid.
- Sanatorio “NUESTRA SEÑORA DE LORETO” (Hoy este centro está cerrado)
- Hospital “Nuestra Señora de América”, Privado. Madrid
- Hospital “DOCE DE OCTUBRE”, Imsalud. Madrid.
- Ambulatorio de Especialidades de “HERMANOS MIRALLES “, Imsalud. Madrid.

Esta encuesta entre los médicos y profesionales de la medicina, fue supervisada y dirigida por el ya tristemente desaparecido profesor Titular, Dr. Andrés Romero Rubio, cuando era docente de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid

PREGUNTAS Y RESUMEN DE LAS REPUESTAS A MÉDICOS ESPECIALISTAS

1.-Cuando se trata de un paciente, ¿se preocupa Vd. de conocer las siguientes características del mismo?:

- a) Si es hipocondríaco,**
- b) Si tiene problemas emocionales,**
- c) ¿Qué nivel cultural tiene?**

Respuesta (R): El cuarenta por ciento de los médicos especialistas entrevistados opinan que en la primera visita no se preocupan del estado emocional o si es hipocondríaco. El resto es del parecer, generalmente, de que se preocupan desde un principio “pero si la en-

fermedad y los resultados de las pruebas requieren cierta inquietud” (Hospital “Nuestra Señora de América”).

2. ¿Se esfuerza por explicar a sus pacientes las causas, síntomas de su enfermedad?

R: No hay que esforzarse para explicar a los enfermos las causas y síntomas de su enfermedad porque los médicos entrevistados estiman que es muy difícil explicar las causas, que pueden ser muchas y muy variadas, cuando se trate de enfermedad común, no así, cuando es por otra causa conocida; cuando se trata de accidente de trabajo, accidente doméstico o de tráfico, donde la sintomatología está más clara salvo complicaciones.

Por ello, los médicos especialistas no son en su mayoría partidarios de dar al paciente demasiadas explicaciones sobre su enfermedad.

3. En caso afirmativo, ¿Se interesa por averiguar ha entendido verdaderamente su explicación?

R: Cómo interés profesional y con intención de corregir posibles errores en un futuro, sí les interesa a los médicos si la explicación dada en consulta es entendida, o, al menos, aceptada por el paciente. No se puede olvidar, que el verdadero problema de los médicos -privados o no- es el tiempo en la consulta, y esto hace que la interacción comunicativa enfermo-médico o viceversa, sea en definitiva, menos efectiva y más rutinaria.

4. ¿Tiene Vd. por costumbre decir a sus pacientes al final de la consulta si desea alguna cosa, alguna aclaración?

R: Es normativa de todos los médicos -según la mayoría de los entrevistados- que al fina-

lizar el acto médico, se pregunte al paciente si tiene algún otro problema, que por parecer no interesante o por olvido, en la entrevista, no se haya reflejado anteriormente. El médico puede sacar en muchos casos, que por una omisión, se han descubierto problemas inherentes a su enfermedad: hereditarios, antiguas lesiones, etc. Por ello, suelen ser muy pocos los profesionales que al finalizar la consulta no preguntan al paciente si desea algo más.

5. ¿Da Vd. a sus pacientes, por escrito, informes sobre su diagnóstico y la forma de seguir el tratamiento?

R: Los médicos especialistas, que hoy en la Seguridad Social trabajan dentro de un equipo, aún estando fuera del hospital, -en el ambulatorio de especialidades- remiten al enfermo un informe escueto de su dolencia, que más que informe, es la pauta a seguir en un tratamiento determinado y una vez realizadas las pruebas que han determinados un diagnóstico.

Ese mismo médico especialista de ambulatorio, en consulta abierta de hospital, y cuando la gravedad o importancia del padecimiento lo requiera, suele extender un informe hospitalario independientemente de la historia clínica, donde refleja el estado en que entró el enfermo en consulta u hospital, las pruebas con resultados genéricos y tratamiento a seguir, que es un resumen para orientación del médico de familia que debe continuar el tratamiento o al menos, archivarlo en la historia clínica de Atención Primaria, si así lo requiere el estado del paciente. Ya existen en las consultas impresos que determinan detalladamente el tratamiento y la utilización de cada uno de los medicamentos recetados.

6. ¿A quién da más información: familia, enfermo, etc. ?

R: La información la da el médico especialista más al paciente que a los familiares salvo aquellas circunstancias en que el enfermo esté inhabilitado o por su estado anímico no la de-

see o a instancias de los familiares, el médico interprete que ha de informar a los familiares.

Las contestaciones de los médicos a esta pregunta, son:

- a) Al paciente en primer término y con claridad absoluta de la situación.
- b) Al familiar más allegado
- c) Nunca a los dos por igual

7. ¿Cree Vd. que el médico puede dar una información correcta sin emplear una terminología técnica?

R: Los médicos especialistas consultados, en un porcentaje elevado, redactan la información por escrito o en la conversación en consulta, suelen emplear terminología comprensible y en muchos casos hacen uso de ejemplos gráficos para hacer comprender al enfermo la información deseada.

La terminología científica, es empleada para la redacción de la historia clínica que de hecho, no ve nunca el enfermo al ser custodiada en el centro correspondiente.

8. A la hora de hacer un diagnóstico, además de los resultados de las pruebas efectuadas, ¿tiene Vd. en cuenta la historia personal del paciente y sus situación global?

R: A Esta pregunta, la totalidad de los médicos entrevistados contestan afirmativamente., y unos entienden por historia personal, la formación cultural, el entorno familiar, etc. y otros contestan a la pregunta entendiendo por historia personal, la historia clínica. En ambos casos consideran importante tener en cuenta todo lo positivo que rodea al enfermo que servirá para la recuperación de la salud y evitar un aislamiento.

9. Cuando tiene dudas sobre la enfermedad del paciente, ¿se lo comunica a éste?

R: No es normal en consulta especializada, la duda suele presentarse con mayor frecuencia en la consulta de atención primaria. Los médicos no reflejan nunca un estado de duda ante el enfermo. Esto supondría la desconfianza.

Los médicos dan a entender, que las dudas siempre existen pero, se suelen despejar con nuevas u otras pruebas o el envío del enfermo a otras técnicas de mayor exactitud diagnóstica.

10. ¿Suele hablarle al paciente sobre la gravedad de su dolencia?

R: Por norma, los médicos dicen que no hablan de su gravedad al enfermo, si no hay una inmediatez en el proceso y con el consentimiento del enfermo que ha sido antes “explorado” con tal fin.

Ni en enfermedades y estados terminales, hay la certeza a veces de gravedad inmediata, por las posibles evoluciones que pueden ir incluso contra la Ciencia, como se ha demostrado en infinidad de casos. Por ello el médico no suele hablar de gravedad salvo en ocasiones para “intimidar” al enfermo rebelde en el cumplimiento terapéutico.

11. En caso afirmativo y en el supuesto de que exista dicha gravedad, ¿cómo reacciona el paciente?

a) Sigue igualmente el tratamiento.

b) Cambia de médico.

c) Abandona el tratamiento.

d) Tiene reacciones psicopatológicas (depresiones, reacciones histéricas, suicidio, etc.)

e) Otras.

R:A). Suele seguir el tratamiento, el ochenta por ciento

B). Cambia de médico, el quince por ciento

C). Abandona el tratamiento, el dos por ciento

D). Tienen reacciones psicopatológicas, el dos por ciento

E). Otras actitudes, el uno por ciento

12.-En caso negativo y en el supuesto de que exista dicha gravedad, ¿como reaccionaría el paciente?

a) Echa a Vd. la culpa de su NO mejoría.

b) Cambia de médico

c) Sigue el tratamiento

d) Abandona el tratamiento.

e) Otras.

R: a) No suelen echar la culpa al médico o a los médicos que le han tratado o le tratan de su enfermedad.

b) Cambian de médicos

c) Siguen el tratamiento si no cambian de médico

d) Abandona el tratamiento a la par que de médico

e) Son imprevisibles, en opinión de los médicos consultados

13. ¿Cree que la confianza del paciente en el médico ayuda a conseguir mejores resultados?

R: Siempre es importante que el enfermo colabore con el médico en su proceso curativo y cuando el enfermo tiene confianza en su médico, existe un porcentaje muy elevado en

favor del proceso curativo. Esto, unido a la amistad que nace entre médico-enfermo, se valora positivamente entre los médicos entrevistados.

14 ¿Considera que es diferente la comunicación médico-enfermo en un medio hospitalario que el de régimen de consultorio o ambulatorio?

R: Los médicos especialistas reconocen que es muy diferente la comunicación médico-enfermo en un centro hospitalario. La diferencia está en que no se debe hablar en un centro hospitalario de médico-enfermo, sino de médicos y personal sanitario-enfermo, que es el conjunto que rodea al enfermo en su estado actual y el que conoce todas las reacciones del enfermo ante su padecimiento, ante la medicación, y ante sus propios familiares. La comunicación que exista en estos momentos, resultará importante en la curación del enfermo. Un enfermo solo en la habitación puede tener muchas reacciones e imprevisibles que pueden conllevar problemas psicológicos. Los factores que también pueden intervenir en la comunicación del enfermo en un centro, pueden ser:

- a) Tiempo de estancia en el centro
- b) Tipo de enfermedad
- c) Edad del enfermo

15. Desde el punto de vista profesional, cómo son de importantes para Vd. los datos que le proporciona el enfermo?

- a) **Fundamentales,**
- b) **Muy importantes,**
- c) **Importantes,**
- d) **Poco importantes,**
- e) **Intrascendentes.**

R: Los datos que proporciona el enfermo, coinciden la mayoría, son muy importantes, antes de emitir el diagnóstico, después y durante el proceso de curación. No se debe desperdiciar ningún dato que facilite el enfermo, porque en él puede estar la clave de la enfermedad o de su curación.

16. ¿Que es para el médico el enfermo?

R: Aunque se diga que la técnica ha desplazado el rasgo humano del médico ante el paciente, esto no es cierto, ya que la vocación y la profesionalidad, nos hace sentirnos más cerca del enfermo cuando más problemas tiene y cuando más lo necesita. Rechazar al enfermo cuando no hay posibilidad de tener éxito con él en su curación, no creemos que lo practiquen los profesionales de la Medicina.

Precisamente lo que dignifica a la profesión médica, es la atención y dedicación, acciones que en muchos casos, aunque aparenten tener los médicos actitudes “frías”, con el enfermo, esto corresponde únicamente a la rutina que como humanos, lo médicos también suelen tener inconscientemente.

17. ¿Qué clase de información necesita el médico del enfermo?

R: Los médicos de Medicina especializada, creen que la información que los enfermos deben aportar debe ser:

- a) Información muy clara, detallada y real sobre su dolencia.
- b) Información sobre su historia clínica actualizada, si no la posee ya el médico.
- c) Información sobre su situación sociolaboral y antecedentes familiares.

18. ¿Cómo entiende el médico que el enfermo le debiera comunicar esa información?

R: De palabra y con detalle en conversación “de amigos”. Por escrito si tiene antecedentes.

19. ¿Cuál ha de ser la actitud a adoptar por el médico ante la información dada por el enfermo?

R: Estudiar detenidamente todos los puntos expuestos por el enfermo y juntamente con el resultado de las pruebas radiológicas, analíticas, etc. procurar dar un diagnóstico lo más correcto posible dentro de su especialidad.

20. ¿Cuál ha de ser la actitud del médico cuando él cree que el enfermo no facilita la información suficiente?

R: No limitarse a las pruebas diagnósticas, sino comprobar datos a través de los familiares

21. ¿Qué papel corresponde al médico en la relación con la familia de enfermo?

R: Depende siempre de la situación anímica del enfermo y es muy necesaria cuando puede existir una enfermedad de tipo cerebral, motora, y otras fases que impida la movilidad o incapacidad mental.

El médico ante la familia ser informador del proceso y participar a la familia de la responsabilidad que les concierne cuando el enfermo entra en esas fases que anteriormente exponemos. La relación con la familia es más importante cuando el enfermo es infantil.

22. ¿Cree Vd. que hay relación entre la clase del enfermo, la clase de enfermedad, la clase información y la clase de médico?.

R: Teniendo en cuenta que cada enfermo tiene una personalidad y la enfermedad suele imprimir carácter en él.

No es lo mismo la relación médico-enfermo cuando éste padece una patología leve, que cuando es grave. Tampoco es lo mismo la relación con un enfermo adulto que con un enfermo joven o infantil.

En el médico hay varios factores, cuando la relación con el enfermo, es como atención primaria, cirujano, internista, anestesista, intensivista, etc. Estas especialidades o situaciones del médico requieren cada una relación con el enfermo.

23. ¿Por qué (en caso afirmativo o negativo)? ¿Cómo se explica esto?

R: Porque tiene que adaptarse el médico a cada una de la situaciones.

24. ¿Cuáles son los dos factores afines a los factores en la relación- comunicación entre el médico y el enfermo, dentro y fuera del hospital?

R: Dentro, es el médico, los médicos ayudantes del servicio correspondiente y en general, todo el personal de la Unidad correspondiente. La comunicación es directa con el paciente.

La relación-comunicación fuera del hospital, es directamente del médico de familia con la programación dictada del médico de hospital.

25. ¿Existe diferencia de matices en relación con la información y la comunicación con respecto al enfermo leve, crónico, al intervenido quirúrgicamente, etc.? Explicarlo en cada caso.

R: Cuando es enfermo de patología y diagnóstico leve se suele informar que observe su estado, que cumpla el tratamiento y en el caso de no recuperar la salud, volver al médico de familia de nuevo, no hay prácticamente más diálogo. En el caso de enfermo crónico, la comunicación es más personalizada y de confianza por la familiaridad que se adquiere al tener un contacto continuo y relativamente poco espaciado. La comunicación es para informarle del estado en que se encuentra y en ocasiones para modificar la medicación, para evitar que los efectos secundarios puedan perjudicarlo en razón a un tratamiento prolongado.

Si se trata de enfermo intervenido quirúrgicamente, tras su paso por el hospital y una vez que el enfermo ha recibido la programación de su pos-operatorio, la comunicación pasa a depender del médico de familia que seguirá el proceso.

26. ¿Cómo ha de ser la información y la comunicación con el enfermo en la Unidad de Cuidados intensivos?

R: En la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o en la Unidad de Vigilancia Intensiva (UVI) -ambas unidades tiene el mismo fin y los mismos medios-, el enfermo es asistido de acuerdo con la gravedad del proceso y su estado psíquico, anímico y general, normalmente no le permite mucha comunicación con el médico o personal sanitario de la Unidad.

Hay patologías (puede que en la unidad coronaria o traumatología) en que el enfermo en observación está plenamente consciente de su estado y requiera información del mismo.

En estos casos, el personal intensivista, tiene medios para que el enfermo no se “contagie” del entorno que en esos días u horas le ha correspondido permanecer. La comunicación,

enfermo-medico y viceversa en estas unidades hospitalarias, es muy escasa.

27. ¿Qué entiende el médico por “humanizar” el acto médico?

R: Si se considera la consulta médica como el “acto médico”, la humanización corresponde al médico que “humanizará” en consideración a los siguientes factores:

- a) Según el tiempo de que disponga.
- b) Tipo de enfermo-crónico, pediatría, geriátrico, de diagnóstico grave o leve, etc.
- c) Carácter del facultativo.

28. ¿Cuáles deben ser los factores principales de una pedagogía y de una metodología de la relación - comunicación con el enfermo?

R: De ninguna forma, la que se nos enseña en las facultades de Medicina y sí la que vamos adquiriendo nosotros mismos en la práctica diaria.

La consulta diaria, pero en especial la de atención primaria, representa un caudal de enseñanzas que no se aprenden durante la Carrera.

29. ¿Cómo valora usted lo que debe ser confidencial y lo que debe ser discrecional en la relación-comunicación con el enfermo?

R: Lo que debe ser confidencial o discrecional, lo decide siempre el médico en común acuerdo con el mismo enfermo o familiares allegados.

Por ley, es confidencial todo lo concerniente a la enfermedad y tratamiento de un enfermo, exigiéndole al médico guardar secreto salvo en circunstancias muy determinadas como puede ser el requerimiento del juez.

La misma Administración, en la situación de baja laboral de un trabajador, el correspondiente documento que se extiende con destino a la empresa, el “ALTA” o la “BAJA”, se omite liberadamente la enfermedad y diagnóstico del trabajador enfermo.

Discrecionalmente, el médico informa y se comunica con el enfermo o familiares en términos que sólo a ellos puedan interesar para el seguimiento del proceso y en beneficio de la recuperación de la salud del enfermo.

30. ¿Son valores negativos para la curación del enfermo la soledad, la incomunicación y el miedo?

R: Evidentemente que son valores negativos, pero en un centro hospitalario, la soledad, prácticamente no se da porque el personal al servicio de la habitación, planta o sector, tiene marcadas las horas de observación clínica - toma de temperatura, medicación, comidas, curas, etc.- que impiden que el enfermo se encuentre mucho tiempo solo.

Por las mismas causas que la soledad, el enfermo tampoco se ve incomunicado, más aún cuando en los centros hospitalarios de la Seguridad social, suele haber dos camas por habitación.

31. Bases y estructura de la información y de la comunicación, no exclusivamente médica, en un centro hospitalario.

R: En un centro hospitalario, hoy día existe una estructura informativa consistente, en: un gabinete de relaciones públicas, un servicio de atención e información al enfermo, una sala de televisión por planta o servicio, un sistema de venta de periódicos y revistas que facilitan al enfermo y a sus familiares un lazo de unión entre lo que “pasa” en el centro y en el exterior, así como un moderno sistema de telefonía que utiliza el enfermo o familiares desde la misma habitación.

32. ¿Existe relación entre el factor tiempo y la comunicación con el enfermo en un centro hospitalario?

R: En un centro hospitalario siempre hay prisa pero con pausas. La visita al enfermo en la habitación representa un momento de desahogo para el enfermo y también para nosotros un momento de diálogo que en la mayoría de las ocasiones, significa un halago para el médico en señal de agradecimiento. Aquí, sí existe la comunicación entre enfermo y médico y familiares.

33. ¿Existe relación entre el factor espacio y la comunicación con el enfermo en un centro hospitalario?

R: El enfermo suele perder durante los primeros días de hospitalización, el concepto de espacio y de tiempo. Estas dos dimensiones juegan un importante papel durante la estancia del enfermo en el centro, y el médico, como los demás componentes de la unidad, deben conocer esta circunstancia que casi siempre dura de uno a cinco días.

34. ¿Cómo son y cómo debieran ser las relaciones y la comunicación entre enfermos hospitalizados?

R: Si la hospitalización representa para el enfermo un cambio en sus costumbres, un aislamiento físico de los demás (familia, amigo, trabajo, etc.) y esto le puede llevar a depresiones que le pueden aislar más. Para evitarlo, somos los médicos los que tenemos que informar a la familia para que tomen precauciones, al mismo tiempo que los médicos debemos ser mas comunicativos con el enfermo que tiende a tener estos problemas.

35. ¿Cómo son y cómo debieran ser las relaciones y la comunicación entre enfermo, personal sanitario, personal auxiliar y viceversa?

R: Intentado crear un equipo armónico, organizado y eficaz que sea comprensivo con el enfermo a la hora de la medicación, de la depresión, de la soledad y tratarlo con respeto, evitando las confianzas que en algunos centros causan verdaderos problemas. El enfermo debe respetar y comprender la labor de todo el personal que está a su servicio y de los demás enfermos. Hay que evitar que el enfermo se crea “único” en los derechos a la atención.

36. ¿Qué importancia concede a la educación y cultura del enfermo en su relación y comunicación con el médico?

R: Es muy importante que el médico, e el primer contacto con el enfermo, durante el transcurso del diálogo, analice la situación cultural y la educación, así como la familiar que le presenta el enfermo porque de esta situación dependerá mucho en el proceso que requiera la enfermedad.

Si el grado de cultura del enfermo lo permite, el diálogo entre ambos será mucho más claro y el médico podrá obtener mejor información para completar un diagnóstico. Esto no quiere decir, que haya personas con un nivel elevado de cultura incluso médica, y resultan ser hipocondríacos o terriblemente cautelosos a la hora de exponer al médico las circunstancias de su enfermedad, lo que impide y dificulta mucho al médico su labor de captación de datos para la emisión de un diagnóstico.

37. ¿Cuáles son las formas de reacción negativas del enfermo a la información facilitada por el médico?

R: Las más usuales son la negación a seguir el tratamiento, al cambio de médico en el caso de atención primaria y en el hospital, el enfermo no colabora con el personal sanitario, entorpece la labor de los mismos y se muestran negativos para todo incluso para las comidas. Estos enfermos suelen cambiar de actitud en cuanto les asiste un médico psiquiatra o un psicólogo sin que ellos se den cuenta que están siguiendo un tratamiento de este tipo.

38. ¿Cuáles debieran ser las formas de reacción positivas del enfermo a la información facilitada por el médico?

R: Si la información es positiva, emprender una postura de optimismo y comunicarla a sus familiares. Si la información es negativa en base a un diagnóstico, la formación y cultura del enfermo influye en adoptar un grado de paciencia y también interviene la formación religiosa que le de esperanza en la recuperación de la salud.

39. ¿Se ha entendido usted bien con los enfermos que hasta ahora ha tratado?... ¿Por qué cree que ello ha sido posible?

R: No con todos los enfermos un médico se entiende bien ni tampoco son mayoría los que discrepan de la postura del médico. La contestación a esta pregunta, es difícil por lo generalizada que se expone, puesto que en el entendimiento con el enfermo existe muchos factores y muy diferentes, tantos como enfermos. Desde luego. El médico trata siempre de ser entendido.

40. ¿Se ha entendido usted mal con los enfermos que hasta ahora ha tratado, en alguna ocasión ?... ¿Por qué cree que ello fue posible?

R: Creemos que la respuesta a esta pregunta puede estar contestada en la cuestión anterior. Hay que contemplar que durante una carrera profesional se presentan muchos casos, a no ser verdaderamente significativos, con el tiempo se olvidan, sobre todo los que han supuesto una nota negativa de la que en su día se sacaron las consecuencias correspondientes para corregir en lo sucesivo.

CAPÍTULO V: EL HOSPITAL PARA EL ENFERMO.

ESTRUCTURA DEL CENTRO HOSPITALARIO

5.1. CONOCIMIENTO DE UN HOSPITAL COMO MEDIO DISTINTO AL HABITUAL.

5.1.1. INTRODUCCIÓN.

Aunque en esta tesis hable en distintas ocasiones de la relación médico-paciente en cuanto a lenguaje, interpretaciones y relación en consulta, dentro de un hospital la relación es completamente distinta a la consulta en medicina general o de familia. La relación entre ambos y para consideración de los distintos Medios de Comunicación Social a la hora de informar a la sociedad cualquier acontecimiento dentro de un hospital o relacionado con este tipo de centros, el informador debe conocer todos estos conceptos, más aún, cuando la información sobre salud requiere cada día más una especialización.

La comunicación en un centro hospitalario es compleja por la misma complejidad que representa un centro de estas características.

5.1.2. LA CIENCIA MÉDICA.

La ciencia médica está basada en una concepción reparadora-curativa que se tiene acerca de la enfermedad. En el médico se crea la necesidad de curar, de descubrir el síntoma que le lleve al diagnóstico correcto para posteriormente establecer un tratamiento adecuado.

El progreso de la medicina científica ha originado un enorme desarrollo de los conocimientos sobre el cuerpo humano, apareciendo superespecialidades médicas que facilitan un más seguro y rápido acceso a un diagnóstico correcto, pero que por el contrario provoca una más distante relación médico/paciente. El médico pierde al paciente como persona y aparece como caso.

Este avance tecnológico mencionado provoca un poder de seducción en el campo social, y, la confianza que antes se depositaba en el médico, se deposita parcialmente en la fiabilidad de los instrumentos técnicos. En la búsqueda de la seguridad puede resultar más fiable la máquina que el médico.

Ante este declive de una medicina humanística en la que es pieza clave la relación Médico/Paciente se responde con la confianza en las instituciones tecnológicas; es decir, en los HOSPITALES que dan una respuesta más eficaz al problema del enfermo. En este caso la medicina se convierte en un bien de consumo. Se consumen análisis, recetas, medios exploratorios, etc. El propio médico ante la pérdida de su anterior “rol” vuelve su mirada hacia la tecnología como forma de recuperar el crédito ante su paciente y se incrementa el consumo de este tipo de medio exploratorio.

5.1.3. EL HOSPITAL COMO ESTRUCTURA.

El Hospital de hoy se considera una Institución Social de carácter público, cuyo objetivo se orienta a conseguir la Promoción de Salud de la Comunidad donde se asienta, convirtiéndose en un Centro de Salud Comunitario.

Desarrolla Unidades de Enfermería de diversos tipos, adaptadas a las necesidades asistenciales del enfermo, aceptando la tesis de los cuidados graduados o progresivos. (Unidades de Cuidados Intensivos, Máximos, Unidades de Cuidados Intermedios o Normales y Unidades de Cuidados Mínimos).

El Hospital pretende reintegrar al enfermo a un medio social en el menor tiempo posible para no desarraigarle del mismo, promoviendo la Hospitalización de Día y de Corta Estancia, evitando hospitalizaciones innecesarias, desarrollando medios de autocontrol en aras de conseguir la mejor calidad asistencial... y promocionando la Consulta Externa y los Servicios de Urgencia, así como las Asociaciones de Voluntarios.

El Hospital se proyecta hacia la Comunidad desarrollando Servicios Sociales o promoviendo la Hospitalización a domicilio (Geriatría, Diálisis Domiciliaria...).

El Hospital alcanza altas cotas de confianza en la población, en razón de su elevado nivel de eficacia y provoca un aumento de la demanda sanitaria. Potencia extraordinariamente las Unidades de Diagnóstico y Tratamiento, convirtiéndose en unos Centros dinámicos de Diagnóstico y Tratamiento. Para ello reduce el espacio dedicado a camas, aproximadamente el 50% de su superficie, que llegaba a alcanzar el 90% en el Hospital Tradicional, y aumenta el número de Servicios Generales y de su superficie.

El Hospital especializa sus Unidades Asistenciales desarrollando una atención especializada, tecnicada y en equipo, que requiere un alto índice de personal sanitario y para sanitario de elevada cualificación profesional.

El Hospital deja de ser una Institución independiente y autosuficiente, se integra orgánica y funcionalmente en la cadena de Centros Sanitarios, para atender al enfermo de acuerdo con sus necesidades, de forma apropiada, continua y dinámica.

El Hospital como máximo exponente de la relación persona a persona (enfermo-personal sanitario), debe proporcionar la humanización asistencial, contrapunto de la asistencia tecnológica. Los derechos de los enfermos deben respetarse al máximo.

El Hospital representa una gran empresa socio-sanitaria cuyo alto costo, en progresivo ritmo de aumento, necesita racionalizar el gasto y obtener un elevado índice de rendimiento, aspectos que sólo pueden conseguirse empleando técnicas de gestión económico-administrativa que complementen su esencial misión asistencial.

El Hospital es una Institución dinámica en constante proceso evolutivo, cuyos períodos de cambio tienen unos ciclos de tiempo cada vez más breves, lo cual condiciona cambios arquitectónicos, técnicos y organizativos profundos y costosos, para adaptarse a la realidad de cada período.

La red Hospitalaria de un país se considera, actualmente, como un fiel exponente del desarrollo económico-social de una Nación. En el hospital se concentran la gran cantidad de recursos técnicos y humanos que requiere la práctica médica actual.

Permite la disponibilidad simultánea de un gran número de especialistas, de sofisticados medios técnicos diagnósticos y de la mayor parte de las posibilidades terapéuticas. Es hoy en día una META DE PLANIFICACIÓN ASISTENCIAL, pero la planificación supone eficiencia.

El Hospital es uno de los elementos más costosos y complejos de un servicio de sanidad. Estamos asistiendo a un continuo incremento de la demanda de cuidados sanitarios y es cada vez mayor la tendencia a convertir el hospital como centro de asistencia médica.

La estructura hospitalaria de ser un instrumento para resolver problemas, se convierte en un gran problema a resolver, por ello se considera al hospital cada vez más como empresa (Empresa de Salud) y como tal gestionarla, siendo campo de acción de expertos de la economía y de la gestión empresarial.

La complejidad de tal estructura desborda al médico y al paciente, sumergiéndolos en un sistema que condiciona de otra manera la relación médico/paciente, originando por ello interferencias en un hecho que ya de por sí es problemático la relación médico/paciente.

El ingreso hospitalario origina:

- Extrañamiento por el ingreso en medio desconocido.
- Ignorancia ante lo que ocurre en el hospital.
- Exigencia de adaptación al medio.
- Pérdida de intimidad.
- Pérdida de actividades cotidianas.
- Devaluación de la persona.
- Pérdida de la independencia-dependencia.

- Interrupción del desempeño de sus “roles” normales.
- Separación brusca de medio social habitual.
- Pérdida de apoyo social.

La percepción hostil del hospital es en parte compensada por la proximidad del personal sanitario.

5.2. EL HOSPITAL: CONCEPTO, EVOLUCIÓN Y SUS FUNCIONES EN LA COMUNIDAD.

5.2.1. CONCEPTO.

La Ley 37/62, del 21 de Julio, sobre normas reguladoras de los Hospitales, define en su artículo 1º estas instituciones de la siguiente forma:

“Son hospitales, cualesquiera que sea la denominación que ostenten, los establecimientos destinados a proporcionar una asistencia médico-clínica, sin perjuicio de que puede realizarse en ellos además, en la medida que se estime conveniente, medicina preventiva y recuperación y tratamiento ambulatorio. Los Hospitales son también centros de formación de personal técnico y sanitario y de investigación científica”.

La Organización Mundial de la Salud a su vez alude a los mismos como:

“(…) una parte integrante de una organización médico-social, cuya misión consiste en proporcionar una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventi-

*va, y cuyos servicios externos radian hasta el ambiente familiar; el hospital es también un Centro de formación de personal sanitario de investigación médico-social.”*⁵⁷

Como síntesis conceptual podríamos hacer el siguiente enunciado:

Instituciones Sociales de carácter público, integradas en el Sistema General de Asistencia Sanitaria, con misiones de asistencia sanitaria total, fundamentalmente en régimen de internamiento, complementado con Consultas Externas y Hospitalización a Domicilio, que además contribuye a la formación de personal sanitario y para sanitario y a la investigación socio-sanitaria.

5.2.2. SU EVOLUCIÓN HISTÓRICA.

La Historia sitúa en Egipto el origen del Hospital. Desde su legendaria iniciación hasta nuestros días, su evolución ha sido tan profunda, que no sólo ha afectado al aspecto arquitectónico y funcional, sino a su esencia, a su finalidad. El Hospital con un fin religioso y de Atención Asilar se transforma además en un Centro de Diagnóstico y Tratamiento donde se realiza la más compleja asistencia sanitaria de la Medicina Social, como derecho del hombre a la salud.

La palabra Hospital se vincula en su origen con la idea de Hospitalidad, con el deber de atender y recoger al enfermo, al inválido, aunque como tal no se aplica al término hasta el siglo X pues en Occidente a estos establecimientos se les denominaba “Domus Dei u Hotel Dieu”.

⁵⁷ Barroso, P (Profesor de Ética, FCI-UCM), Estudio sobre Hospitales. Trabajo inédito.

En rápida visión panorámica podemos distinguir varias etapas:

1ª Etapa. Religión Pagana. El fin es de tipo religioso, el Hospital nace en torno al templo, sacerdotes y sacerdotisas son el personal principal (Templos de Asclepio en Grecia, Monasterios Budistas en la India, Mezquitas en el Islam).

2ª Etapa. El Cristianismo. Significa una concepción revolucionaria, en el modo de sentir la vida, la muerte y las relaciones con el prójimo. El amor al prójimo, el sentido cristiano de la caridad, se traduce en atención al desvalido, al enfermo, al niño, al viejo. El Hospital forma parte de la Iglesia, la enfermería nace alrededor de la Capilla, la función es casi exclusivamente asilar, la terapéutica es secundaria como símbolo del primario desarrollo de la Medicina, el personal es de tipo religioso (Desarrollo de Ordenes Religiosas y Militares).

Hito de esta época es la fundación en Capadocia en el año 370 de un hospital por San Basilio, iniciativa que lentamente se extiende por los países europeos de Occidente (Hotel Dieu de Lyon en 542, Hospital de Mérida en 580 fundado por el Obispo Mazona).

3ª Etapa. Edad Media. La consolidación del poder real permite iniciar la intromisión del Estado en el Hospital, aunque sigue las directrices de la etapa anterior. En 1.500 hay un hecho trascendente, se nombra un médico al Servicio del Hospital de Estrasburgo. Se inician las grandes construcciones Hospitalarias (hospital Maggiora en Italia) y se inicia tímidamente la organización y división del Hospital. El Médico realiza su función a domicilio.

4ª Etapa. Edad Moderna. Nacen las bases de la Medicina Científica, el Hospital desarrolla la misión asistencial de diagnóstico y terapéutica. Surgen grandes construcciones hospitalarias de 1.000 y 2.000 camas y se inicia el Hospital de Pabellones. Es trascendente en el

orden de atención personal:

- a) La creación de la Orden de las Hermanas de la Caridad en 1.634 por San Vicente de Paúl.

- b) La creación de la Escuela de Enfermeras en el Hospital Santo Tomás de Londres por Florencia Nijhtingale en 1.859, piedra angular de los cuidados de enfermería modernos.

5ª Etapa. Edad Contemporánea. Si la evolución ha sido continua pero lenta, en el presente siglo ha sufrido un cambio radical, una revolución acelerada, sobre todo en las cuatro últimas décadas, que ha transmutado sustancialmente su función y modificado su estructura y su planteamiento económico. Este proceso evolutivo se augura aún más vertiginoso en los próximos años, a caballo de los constantes descubrimientos científicos.

El progreso y evolución se centra fundamentalmente en los siguientes puntos:

- a) Progreso científico. De las Ciencias Medias y de otras Ciencias aplicada a la Medicina (Química, Física, Biología, Matemáticas...).

- b) Delimitación del concepto de Salud. Para alcanzar el cenit de la Promoción de Salud, última etapa de la Medicina constructiva.

- c) Cambios sociales. Revolución industrial y nuevos métodos de trabajo y de vida. Aparición de los Seguros Sociales y Seguridad Social. Mayor demanda de Servicios y mayor exigencia de calidad.

- d) Cambios Demográficos. Que varían la estructura de la población, de la natalidad, aumento de la expectativa de vida de la población y crecimiento de la población selecta.

e) Económicos. La Organización sanitaria se organiza y desarrolla en función de la economía general. El Hospital es la Institución más costosa del sistema de cuidados sanitarios y en algunos países el costo hospitalario alcanza hasta el 60% de todos los gastos sanitarios.

El Hospital moderno ha ampliado las funciones tradicionales y ha ensanchado su campo de acción dentro del contexto de la Atención Integrada y comprensiva, en la cual no existen fronteras rígidas entre la Atención Hospitalaria y Extrahospitalaria. Hasta tal punto que el Hospital rebasa la asistencia intramuros y se proyecta hasta el domicilio del enfermo, en forma de Hospitalización a domicilio.

Esquemáticamente podemos dividir las funciones en tres apartados: De asistencia Sanitaria Completa y total que comprende la Medicina Preventiva, Curativa, Rehabilitadora y la Promoción de la Salud. Pues cada una de ellas forma parte de un todo indivisible, aunque cada Institución Sanitaria proyecta su función fundamentalmente sobre alguna o algunas de ellas.

El Hospital prioritariamente tiene una función curativa y rehabilitadora, realizada por una asistencia profesional permanente, tanto en Régimen de Internamiento como de consulta Externa, y Hospitalización a domicilio, por la concentración de medios humanos y materiales idóneos en instalaciones adecuadamente construidas y gestionadas.

Al hablar del Hospital de hoy, se han expuesto estas funciones.

- **Docencia o Enseñanza.** El Hospital desempeña un inestimable e imprescindible concurso en la formación del Personal Sanitario y no Sanitario que actúa en los Servicios Sanitarios Profesionales, que necesitan una permanente actualización de conocimientos.

El Hospital a través de sus múltiples Unidades de Enfermería y Servicios de Diagnóstico y Tratamiento, es un marco de eficaz enseñanza para los diversos profesionales sanitarios (Médicos, Fisioterapeutas, Matronas, Diplomados en Enfermería, Auxiliares de Clínica, etc.), o en los diferentes grados de formación: pregraduados, postgraduados (formación de especialistas, educación continuada, etc.).

Todo Hospital en mayor o menor grado realiza o debe realizar este tipo de función, cuyo grado de mayor desarrollo se encuentra en los Hospitales Clínicos o Universitarios en los cuales la función de Enseñanza es primordial y específica.

Es ya una realidad, que en los centros hospitalarios dentro de la preparación científica del personal, existe una formación humanitaria que se refleja en un mejor trato y una mayor y mejor relación médico-médico y en general, todo el personal profesional con el enfermo.

5.2.3. INVESTIGACIÓN.

El progreso científico de cualquier Ciencia se logra a través de un proceso de Investigación tanto de carácter Básico como Aplicado a situaciones concretas. En Medicina tiene aplicación el principio enunciado y el Hospital es una institución imprescindible en el desarrollo científico, puesto que contiene medios humanos de alto nivel profesional, que a su vez disponen de grandes medios materiales y sobre todo de una ingente información clínica generada por su dinámica asistencial.

En estos últimos años, el avance en la tecnología quirúrgica en prácticamente, todas la especialidades, han sido fruto de una investigación en el mismo centro con los apoyos

normales de otras técnicas desarrolladas en centros hospitalarios de países como EE.UU, Canadá e Inglaterra.

5.3. ¿QUE DESEA EL PACIENTE CUANDO ENTRA EN EL HOSPITAL?

El paciente quiere:⁵⁸

- Ser curado.

- Saber lo que le pasa.

- Espera que el médico sea comprensivo, interesado en su problema, que le escuche, le informe con palabras que entienda, le dé tranquilidad, etc.

- No entiende lo que le dice el médico (sólo entiende parte o malinterpreta lo que le dice).

- Quiere confiar en el médico. Espera que éste sepa lo que le pasa y lo llega a colocar como “omnipotente”.

- Se suele colocar en actitud pasiva (dependencia del médico).- Cuando pierde la confianza en el médico se coloca en situación contraria, apareciendo sentimiento de inseguridad.

⁵⁸ Chamorro. J. L. Director Médico del Hospital “Puerta de Hierro” de la Seguridad Social. Ponencia en Jornadas sobre Salud en la FCI. Madrid, 1993.

- Necesita ser informado de lo que le sucede pero con temor a conocer toda la verdad. Se establece por ello un debate entre el “querer y no querer conocer lo que le sucede por temor a la verdad”. Este temor es más grande cuando la sospecha de la enfermedad es de proceso grave.

- La enfermedad representa lo desconocido y no siempre quiere conocerse.

- Las palabras del médico pueden por tanto tranquilizar o por el contrario aumentar la ansiedad del paciente.

5.4. LO QUE DESEA EL MÉDICO.

Quiere:

- Curar al paciente.

- Se queja de que el paciente no le entiende.

- Se le exige demasiado.

- Pleno conocimiento de la materia.

- Sepa comunicar lo que el paciente quiere.

- Sepa tranquilizar y dominar la situación.

- Entablar relación médico/paciente (aunque en algunos casos por falta de tiempo ésta sea dificultosa).

5.5. ¿QUE QUIERE EL ENFERMO?

Hay que tener en cuenta que la enfermedad puede ser “beneficiosa” ya que lo que el enfermo busca no es la curación de su patología somática sino:

- Ser amado.
- Ser cuidado.
- Ser compadecido.
- No trabajar.
- Evitar o huir de obligaciones familiares.

Por ello la enfermedad puede ser un acontecimiento importante en la vida de un individuo, teniendo en cuenta que este “significado” puede ser.

Ya he comentado como la relación médico/enfermo se ha convertido en un importante instrumento terapéutico dentro del hospital.

Saber escuchar implica:

- Tratar de entender el sentido de las preguntas del paciente. Comprender que el paciente puede no entender lo que dice el médico bien sea por el propio lenguaje, por la inquietud o ansiedad que impide escuchar o transforma lo escuchado.

5.6. EL FACTOR FAMILIAR EN EL HOSPITAL.

En muchas ocasiones el paciente se ha hecho cargo de las tensiones familiares. En otras la enfermedad tiene repercusiones familiares, sobre todo si ésta es grave o invalidante.

El médico debe valorar la inclusión o exclusión de la familia dentro de la entrevista y si ésta ejerce un factor positiva incluirla en el encuentro.

En una entrevista conviene recoger los siguientes datos que son adicionales a los necesarios para llegar a un diagnóstico somático pero que son de gran valía a la hora de manejar al paciente. Estos datos incrementan su valor si el paciente es de tipo psiquiátrico.

- ¿Viene el paciente voluntariamente? Ello indica la percepción o no de la enfermedad.
- ¿Viene solo o acompañado? Aporta datos de carácter, personalidad del paciente y del medio en el que se desenvuelve.
- ¿Quién hace la demanda? ¿El médico, la familia o el propio paciente?
- ¿Pone en relación lo que le pasa con algún acontecimiento de su vida?
- ¿Qué espera el paciente?

5.7. IMPACTO DE UNA HOSPITALIZACIÓN.

El ingreso en un Hospital tiene una serie de consecuencias, determinadas por la estructura social del mismo lo que origina situación de stress en el paciente hospitalizado.

El paciente ante esta situación o acción que se ejerce sobre él puede adoptar preferentemente dos posturas:

- Pasiva, de buen paciente.
- Activa, de mal paciente.

En general no se ha profundizado en los efectos que se originan con motivo de la hospitalización.

Un paciente cuando ingresa en un Hospital se sumerge en una cultura ajena. Suele estar asustado porque está enfermo y porque no sabe lo que le espera. Su situación está determinada por la incertidumbre. Se siente amenazado, pero desconoce el tipo de amenaza. No sabe lo que le espera. Se le suele mantener desinformado. Se emplean lenguajes esotéricos.

CONCLUSIÓN: Los niveles de stress producidos por la enfermedad se ven aumentados por no saber lo que le pasa. Esta situación de amenaza favorece la acción del médico ya que el poder y la autonomía del paciente se encuentran limitados

El paciente debe afrontar una total falta de intimidad. Funciones habitualmente privadas se transforman en públicas. Partes del cuerpo que habitualmente caen dentro del círculo de la intimidad se transforman así mismo en públicas, al menos para toda persona que lleva uniforme hospitalario así como para los compañeros de habitación.

El personal hospitalario habla lengua especial lo que incrementa la sensación de autodevaluación de la persona. Las posibles preguntas, críticas o deseos de información son reprimidos por temor del paciente a ofender al personal sanitario.

Se crea una gran sensación de dependencia del personal sanitario, reforzada por la obligación de obedecer las instrucciones del médico y personal sanitario, así como la normativa del propio hospital.

Una de las intenciones de la hospitalización, es hacer al paciente accesible a la analítica, exploraciones instrumentales, exploraciones médicas, visitas de facultativos, etc.

La realización de nuevas exploraciones son nuevas experiencias que provocan a su vez ansiedad ante lo desconocido y ante sus resultados. Ninguna prueba diagnóstica es rutinaria para el paciente. La aceptación de la rutina hospitalaria aumenta la subordinación y la dependencia.

La hospitalización cambia los hábitos del paciente:

- Pautas de comida.
- Metodica de higiene.
- Ocio.
- Sistemática del sueño (se le despierta en los controles rutinarios).
- Viven en compañía de un desconocido más o menos molesto o por el contrario, puede ser su apoyo.
- Se separa del ambiente familiar.
- Abandono de rutinas laborales.
- Sentimiento de incapacidad.

Algunas de las consecuencias mencionadas potenciadas por el Hospital conforman al paciente estándar que se considera más adecuado para la consecución de los fines organizativos.

El paciente considerado:

- Menor de edad
- Devaluado
- Pasivo
- Sometido, etc.

Favorece el sometimiento:

- Ropa hospitalaria
- Enfermo de la cama “XX” del tumor “Y”
- Manda el personal hospitalario
- El paciente es un mandado
- Deseo de comunicación del paciente, limitado por falta de canonización.
- Disminución de los movimientos del paciente.
- Deseos de información. Los deseos de información del paciente son difícil de satisfacer. Con frecuencia sus preguntas quedan sin repuestas principalmente por falta de comunicación.

Las principales causas que originan la falta de información en un centro hospitalario son las siguientes:

- Temor a que se alarme el paciente.
- Trabajo adicional, para el que, con frecuencia, no se está preparado.

- Trabajo poco agradable.
- El paciente puede desear la información, interferirla, o mal interpretarla.
- Supone inversión de tiempo.

El paciente obtiene información:

- Del médico y personal sanitario
- De otros pacientes.
- De familiares.
- De gestos, reacciones, etc. del médico y del personal sanitario.

Hay que tener mucho cuidado con el derecho a la intimidad en la información automatizada (claves de utilización).⁵⁹

⁵⁹ BARROSO, P. Profesor Titular de Ética, UCM/FCI. Textos inéditos de un profundo trabajo como conocedor de la vida hospitalaria y de la enfermedad.

CAPÍTULO VI: PERIODISMO, MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SALUD. SABER SER Y SABER HACER EN LA INFORMACIÓN SANITARIA

6.1. EL PERIODISMO: CIENCIA, CONOCIMIENTO, COMPETENCIA, ARTE. MOTIVACIÓN, SABER SER Y SABER HACER.

Pretender entrar en un debate sobre si el Periodismo es, o no es, única, a la par y exclusivamente “oficio” y “profesión”, equivale a definir un perfil, alicorto y excluyente, de un quehacer (cultural, humanista, intelectual especializado y tecnológico) que ha alcanzado en este tiempo su plena dimensión teórica, científica, ética, deontológica, social y hasta supranacional más completa.

El periodismo de hoy y de mañana, que ya hemos empezado a vivir en presente, es: ciencia, conocimiento y saber interdisciplinar, competencia, arte, motivación, oficio y, sobre todo, saber ser autoresponsable y muy especialmente en el ámbito de la información sobre la salud.

6.1.1. CIENCIA.

Ciencia, de la información y de la comunicación, que tiene una estructura, una metodología y una fundamentación intelectual propias; que en España, a los 40 años del acceso de los estudios de Periodismo y demás Medios de comunicación a la Universidad, ofrece el balance de una experiencia altamente positiva y esperanzadora; que tan solo algunos aislados y minoritarios pareceres -muy respetables pero también muy discutibles- pretenden a

estas alturas, retrotraer, su quehacer profesional y su respaldo social, a la vía estrecha de la no exigencia exclusiva de la Licenciatura (hoy Grado) en Periodismo para trabajar como periodista profesional.

6.1.2. CONOCIMIENTO.

El conocimiento de saberes humanistas que sirven para equipar al periodista de la principal e insoslayable capacidad crítica de análisis síntesis y prospección, herramientas intelectuales que sustentan el tercio principal de su vocación clara (actitudes y aptitudes) y de su competencia y autorresponsabilidad; conocimiento de quehaceres propios de una información cada vez más diversificada y especializada y, también, de una comunicación aplicada al ámbito de todas las realidades temporales (educación, medicina, medio ambiente, educación específica de la salud, etc.); conocimiento y respeto de las técnicas, los métodos y los recursos imprescindibles para dotar de forma y de sentido a aquello que es objeto de la información y de la opinión, que el periodista expresa y pone en inteligible saber: conocimiento y dominio de los valores, derechos y responsabilidades del público, con respecto a la información y a la comunicación; conciencia irreprochable de su propia eticidad y deontología profesional.

6.1.3. SABER SER Y SABER HACER.

Saber cómo ejercer la profesión con capacidad, especialización, autorresponsabilidad y noble-desinteresado espíritu de servicio a la sociedad, respetando, desde su propia libertad individual, el derecho de todos y cada uno de los ciudadanos a una información y a una

opinión limpias de adherencias, de condicionamientos, de falsedades o de maldades de uno u otro signo, que en la información sobre la salud tiene una mayor trascendencia.

Saber ser en Periodismo importa todo o más que el saber hacer, por las siguientes razones:

- a) La autorresponsabilidad inherente al uso de la propia libertad del periodista.
- b) El papel importantísimo que el periodista y el Periodismo, la información, la opinión y la comunicación en general, están llamados a jugar en la construcción y desarrollo de toda la sociedad abierta, plural y participada.
- c) Las diversas funciones que la información y la opinión han de cumplir para favorecer el diálogo y la interactividad socio-cultural de las personas.
- d) La acción pedagógica y didáctica indirecta que se produce desde los Medios, sistemas e instrumentos de comunicación y que está encaminada a estimular y propiciar el desarrollo interdisciplinar de la personalidad de los sujetos -individualmente considerados- y la reeducación cívica, social y política del público.

El saber ser en el periodista está formado por todo un código que engloba consideraciones referidas a: la conciencia y las conciencias; las aptitudes y los comportamientos de actitudes y los quehaceres especificados o aplicados; las exigencias éticas y deontológicas; las propias condiciones naturales que le son inherentes y que constituyen el armazón de la propia personalidad profesional, etc.

6.1.4. COMPETENCIA.

Competencia en cuanto se refiere a dominar el quehacer periodístico que se tiene entre manos, idoneidad probada y con motivación-creatividad constantemente, activadas para enriquecimiento cultural y para hermosarlo en el valor indiscutible de la calidad de los mensajes que de ese quehacer tan concreto del informador de la salud y la Medicina trasciendan a la sociedad.

Competencia demostrada con el “sello” personal de la calidad y finura de estilo que se sabe poner en las informaciones que se recibe a diario de agencias, consultas médicas, o de los propios médicos.

6.1.5. ARTE.

Arte, por cuanto el profesional titulado en Periodismo, enfoca, interpreta y recrea -hasta cierto punto- aquello que, subjetivamente, entiende que es lo más llamativo, actual e interesante de cuanto ocurre en el mundo en que vive.

La expresión, textual o gráfica de la actualidad informativa, avalada por medio de los códigos de una determinada clase de lenguaje, y el saber motivar al público de los Medios de comunicación para que se interese y le resulte gratificante -en la medida de lo posible- el conocimiento nuevo de lo que así aprendido, resulta, indudablemente, todo un arte propio del bien hacer periodístico.

6.1.6. MOTIVACIÓN.

Motivación, por cuanto la acción de opinar y de informar distan mucho de ser, única y exclusivamente, un acto mecánico. En la forma de decir y en el sentido de cuanto se dice, hay componentes subyacentes -en mayor o menor medida- de intencionalidad, credibilidad, fiabilidad y hasta de persuasión subliminal.

6.1.7. OFICIO.

Oficio, sí, pero no sólo eso, como primacía básica fundamentada en un dominio de técnicas y de recursos materiales que conllevan unas funciones personales y sociales limitadas por esas mismas técnicas y recursos materiales.

El “oficio” no es tanto el específico y especializado quehacer profesional del periodista profesional, como el entramado de una compleja estructura interdisciplinar de saberes, de cualidades personales puestas en juego, de recursos psicológicos -referentes y recurrentes- que sabe concitar el periodista para que su oficio-quehacer sea posible.

La memoria del Periodismo, entendido única y exclusivamente como oficio, se nos perdió en el primer cuarto del Siglo XX, precisamente cuando el amateurismo, la improvisación, la indocumentación y la no comprobación de las informaciones, el factor tiempo y el factor espacio, en definitiva, no inquietaban demasiado; cuando la imaginación y el barroquismo saturaban el lenguaje; cuando los públicos de los Medios de comunicación (prensa y radio exclusivamente) eran muy minoritarios; cuando las fronteras sociales y culturales estaban muy marcadas entre las gentes y entre las naciones; cuando los movimientos emigratorios y turísticos empezaban

a despertar hacia lo que años más tarde sería el conocimiento -cultura de masas- y la participación en las nuevas realidades socio-políticas; cuando la Literatura, como única escuela, fue el camino de no pocos para llegar al Periodismo; cuando todo lo concerniente a información y educación sobre salud, enfermedad, medicamentos y descubrimientos científicos-farmacológicos estaban dirigidos y censurados por los propios poderes públicos (el caso de información sobre trasplantes de corazón donde se exponía por parte del periodista, más que una visión real, un triunfalismo desmesurado y lejano de la realidad); cuando las apetencias por el control del “poder” de informar eran aún incipientes; cuando la humanidad empezaba a despertar -tímidamente y sin apenas prisas- a la cultura de la información, la opinión y la comunicación, etc. Era, evidentemente, otra concepción y otra manera muy diferente de hacer periodismo.

6.1.8. EL ESTUDIANTE DE PERIODISMO.

El estudiante de Periodismo descubre la necesidad de su formación -desde las actitudes y aptitudes personales-, la enriquece a través de la vida académica y la complementa y actualiza llegado el momento de su ocupación profesional. A ello hay que añadir el compromiso y la responsabilidad que adquiere mediante el ejercicio de sus derechos, deberes y libertades públicas, como un profesional cualificado y libre.

El estudiante de Periodismo adquiere la disciplina intelectual, de una parte, con capacidad de razonamiento ordenado, de ejercicio de la crítica y de la prospección propias de la metodología necesaria para investigar los fenómenos y los problemas de la información, la opinión y la comunicación; de otra parte, mediante la progresiva madurez en el peculiar “estilo” de que es capaz de dotar a su trabajo, que siempre ha de estar realizado de manera ejemplar para que resulte positivamente elocuente.

6.1.9. LAS ACTITUDES Y LAS APTITUDES.

Las actitudes y las aptitudes “periodísticas” personales del profesional de los Medios, sistemas e instrumentos de comunicación -en el caso que nos ocupa, del profesional licenciado en Periodismo y comunicador de noticias sobre la salud, la medicina, etc.-, han de engarzarse, oportunamente, con y desde el proceso inicial de la orientación vocacional, siguiendo por la formación teórico-práctica en la especialidad y alcanzando su plenitud cuando es llegado el momento de adquirir ante la sociedad, ante el enfermo, ante el médico y ante la empresa de comunicación que va a constituir el marco laboral de su trabajo, el compromiso formal y público que comporta un saber hacer competente, idóneo con el tipo de mensaje, especializado, cualitativamente perfecto, con libertad responsable.

La profesión del Periodismo especializado en estos temas cada día más abiertos a la opinión pública y a los resultados de la investigación que marcha aceleradamente en pro de descubrimientos para resolver procesos preocupantes como el cáncer, las enfermedades coronarias o el SIDA, es muy atractiva, resulta grandemente absorbente; tiene en sus raíces y ser componentes culturales e intelectuales que son marcadamente interdisciplinadas, es motivadora y sugeridora de actitudes y de quehaceres socio-culturales; es altamente culturalizadora, intelectualmente humanista y personalmente gratificante.⁶⁰

6.1.10. EL PERIODISMO ACTUAL.

El Periodismo actual no se puede entender y definir, para mayor abundamiento, si no es desde una afirmación y conjugación de valores, derechos, deberes y responsabilidades de sus profesionales de los públicos, de las empresas y de las instituciones de comunicación pública.

⁶⁰ Romero Rubio, A. (1993), “El Periodismo como profesión universitaria”. Ponencia en los Curso de Verano de la UCM en San Lorenzo del El Escorial.

Además, el Periodismo en su valoración más completa y exigente abarca: un cultivo y uso - positiva y responsablemente coherente - de las actitudes y de las aptitudes personales de aquellos que vocacionalmente han sido llamados a este quehacer informativo y opinativo; una singular disponibilidad personal para el dominio de los recursos, medios y técnicas que se concitan, necesariamente, para hacer viable, habitualmente, el proceso de la comunicación social.

El Periodismo como oficio lo es, indudablemente entre otras razones, por la practicidad de la experiencia derivada de una especialidad profesional; la especialidad de las competencias y responsabilidades -como en el caso de la información para la salud, la medicina, los nuevos fármacos, etc.- inherentes y que se desprenden de lo anterior; la propia estructuración técnica del discurso informativo; de la difusión, diversidad y multiplicidad de los mensajes a través de los distintos géneros periodísticos y formas de comunicar.

El Periodismo, como profesión alentada e instruida en centros académicos de nivel superior, se justifica por el convencimiento (mayoritariamente coincidente y casi mínimamente discutible en la actualidad y en los países, que son más, donde existen centros de formación de periodistas) de que cada día le resulta más imprescindible a sus profesionales un equipamiento intelectual y cultural, con una formación especializada y un entrenamiento, teórico-práctico, de lo cual dependerá fundamentalmente, la calidad de lo que constituye la sustancia de su trabajo, la trascendencia social de ese apasionante quehacer, intelectual y culturalmente interactivo.

Siempre que este trabajo (principalmente intelectual y sociocultural), sea académica, personal e institucionalmente valorado, dignificado, reconocido y respaldado como merece, su proyección pública, en todos los sentidos, resultará positiva y, al mismo tiempo, formará parte de las fuerzas impulsoras de un desarrollo justo solidario y esperanzador para la humanidad.

El Periodismo con el aval procedente de una formación universitaria, como profesión que sólo puede ejercerse en la sociedad con el aval procedente de una formación universitaria completa, equilibrada, lógicamente razonada, antitópica, científicamente fundamentada, metodológicamente estructurada, endogámicamente inaceptable, vacunada contra los personalismos y los fulanismos interesados de uno y de otro carácter, con dedicación completa e incompatible de un profesorado que desarrolle su labor docente con competencia probada y curriculum demostrable; con una pedagogía motivadora, interactiva, participada, con una evaluación continuada (pareja a una tutoría) que sean efectivas a lo largo de los tres ciclos de los estudios de Ciencias de la Información.

*“El Periodismo, como profesión que en la sociedad (por sensibilidad a su necesidad de existir y por su clara conciencia de servicio público que presta) ha de ejercerse con el respaldo absoluto de la libertad necesaria para que sea posible el desarrollo del código de valores, derechos y deberes de sus profesionales de sus públicos y de sus empresas, primera y principalmente.”*⁶¹

6.2. LA VERDAD EN LA INFORMACIÓN PERIODÍSTICA SANITARIA.

En la información especialmente dirigida a la población en general sobre temas muy concretos y referentes a una situación, a unos días, a un mes, como puede ser una determinada patología producida por un producto, debe ser siempre tomada en cuenta la autenticidad de la fuente y que el mensaje no deje opción a interpretaciones que puedan representar duda o confusión por parte del receptor, que al ser éste muy diversificado existe el peligro de falsa interpretación. El periodista modela la información para mayor comprensión pero nunca para “inflarla” para lucimiento propio.

⁶¹ Romero Rubio, A., Curso de Doctorado 1993-1994 (FCI-UCM).

La verdad puede expresarse de muy diversas formas de acuerdo con el estilo del periodista, pero prevaleciendo la claridad de ideas que evite el confusionismo. Se dio el caso, hace algunos años, de que determinado laboratorio, en pro de la venta de un producto, había lanzado la noticia entrevelada de una posible endemia o epidemia y se recomendaba la adquisición del producto. Esta situación hoy es casi imposible de darse por el evidente y comprobado prestigio de los actuales laboratorios que producen los fármacos en España. Dado el caso, el periodista debe ir a fuentes oficiales donde compruebe la veracidad de la noticia.

Francisco Vázquez⁶², hace hincapié en aclarar que en muchos tratados se confunden los términos, al hacerlos equivalentes “verdad, objetividad y veracidad informativa”. Según Vázquez, es falsa dicha correlación puesto que constituye un sin sentido hablar de “verdad informativa” y que supone una “pura utopía de expresión”, por cuanto no entra dentro de la capacitación humana el no equivocarse nunca. Lo que se puede pedir al ser humano, y por ende al periodista, es decir siempre y en todo momento la verdad que ha conocido y transmitirla en su integridad. Los errores de conocimiento son inevitables, incluso aunque nos hayamos forzado al máximo en saber todo lo concerniente a un caso. La falsedad o el error no son siempre advertidos. Nos encontramos pues con una cuestión de actitud, y no tanto de aptitud de la persona. Sólo se nos puede exigir ser veraces, es decir, decir la verdad de lo que sabemos y hemos conocido. Por lo que podemos estar difundiendo una noticia errónea sin percatarnos de ello. Esto es, podemos faltar a la verdad inconsciente e involuntariamente, y sin por ello incurrir en una mentira. Todo se reduce a nuestra intencionalidad, al propósito con el que hacemos y decimos las cosas. La mentira informativa es siempre voluntaria, el error no. Para Vázquez lo contrario de veracidad es mentira o mendacidad, así como el contrario de verdad es error y el de objetividad es subjetividad.

⁶² Vázquez, Fernández, F. (1991), op. cit., p. 229.

En los estudios de Periodismo la verdad en la información es tratada desde varios puntos: como principio ético y como obligación contundente a la hora de enviar el mensaje. En la información sobre temas que afectan a la salud de la población, la noticia no puede dejar duda y derivar en rumor. “Plasmar la verdad sobre un hecho noticioso mediante la narración periodística, supone aceptar el riesgo de la subjetividad y el margen de la desfiguración a que arrastra la interpretación hablada o escrita.”⁶³

Andrés Romero dice respecto a la verdad : *“el hecho de que en torno a la verdad -referida o no a la información- existan diversos intereses, no nos otorgan ningún derecho para ser escépticos o pesimistas ante la necesidad y la exigencia de que aquella sea -la verdad- manifestada en plenitud, sin restricción mental, cobardía o miedo. Cualquier información que se populariza a través del texto, la palabra o la imagen, pretende transmitir aquello que es la sustancialidad del hecho noticioso: el mensaje”*.⁶⁴

Hay malas y buenas narraciones periodísticas escritas o habladas. En las primeras el mensaje se degrada -maliciosa o perversamente- por vías del sensacionalismo o de otros recursos con tal de llamar la atención del público-audiencia del Medio de Comunicación. En las buenas-correctas- veraces y objetivas narraciones periodísticas, el mensaje surge con toda natural y posibilidad motivadora y hasta creativa.

⁶³ San Martín Pascal, M. A. (1996): Análisis ético y deontológico del fotoperiodismo y de la imagen informativa periodística. Tesis Doctoral inédita (FCI-UCM).

⁶⁴ Romero Rubio, A., Curso de Doctorado, op. cit.

6.3. LA INFORMACIÓN Y LA OPINIÓN ESPECIALIZADA EN EL SIGLO XXI.

La información y la especialización en el siglo XXI va alcanzar el interés y desarrollo que merece. Son consecuencia natural de todos estos fenómenos y circunstancias:

- La personalización de los mensajes en públicos cada vez más objetivos. La reconversión del periodista profesional, generalista y polivalente, en comunicador culto e inteligente.
- La creciente capacidad selectiva, la disponibilidad instrumental y la posibilidad de acceder a una educación inteligente -por parte de la persona- para acceder a una información, opinión y documentación “a la carta”, según el interés y necesidad específicos.
- Tienen -la información y la opinión especializados -un carácter, un interés, una identidad y una utilidad eminentemente monográficas. Cumplen unas funciones y persiguen unos fines en concordancia con su carácter e identidad, apartándose a partir de su especialidad de la denominación generalista información periodística de actualidad.
- La información y opinión especializadas consiste, básicamente en centrar la discusión, el análisis, el tratamiento retórico, dialéctico y documental todos y cada uno de aquellos temas -salud- que son vitalmente significativos y trascendentes para la persona en el ecosistema cultural y social en que vive y se desarrolla.
- La información y la opinión especializada forman la doble vía - selectiva. Valorativa, crítica, inteligente -con la información y la opinión destinada a públicos heterogéneos, populares y masificados.

- La información y la opinión especializadas no es tanto el resultado de un Periodismo novísimo realizado por expertos, como poner una muy cuidada atención, interés, competencia y grado de responsabilidad en el tratamiento inteligente, que para una comunicación inteligible requiere dar a conocer todas las pequeñas y grandes cosas inimaginables que sólo así - tratados con inteligencia y con respeto a la dignidad de su sentido- hermocean la vida humana.
- La información o la opinión especializadas es el resultado de la sincronización -conjugación-coherencia de la capacidad y voluntad de perfección profesional inteligente, elección selectiva temática de un público objetivo y localización de interés y del conocimiento en un tema o asunto que resulte singularmente particularizado.

6.4. LA COMUNICACIÓN APLICADA.

La comunicación aplicada consiste, básicamente, en tener puentes de relación humana que faciliten el entendimiento. La comprensión, la colaboración, la solidaridad. La puesta en común de capacidades y de posibilidades destinado todo ello al bien común y a la calidad de vida que resulte gratificante para todos, sin excepción.

La comunicación aplicada es poner orden, reflexión, razones, valores, deberes, competencias capacidades y libertad autoresponsable, satisfacción por la obra bien hecha (profesores de la Facultad de Medicina, médicos, alumnos de Medicina, y personal sanitario dentro de un centro hospitalario, etc.).

La comunicación aplicada es la función, la estrategia, el fin y los efectos consiguientes que son desarrollados para que nadie viva autoincomunicado en su particular circunstancia, educación para la salud-grupal o comunitaria.

La comunicación aplicada trasciende al marketing institucional, corporativo o empresarial y no tiene por finalidad exclusiva el diseño de una “imagen” a conveniencia de terceros, sino flexibilidad, la fluidez, la orientación acertada -no equívoca- en el intrigado laberinto de las relaciones sociales, de tráfico de personas, de datos, de ideas y de calidad de logros.

La comunicación aplicada rompe definitivamente con, la verticalidad y unidireccionalidad de ciertas fórmulas de dirigismo y burocratización al uso de las actitudes y de los comportamientos humanos, logrando por el contrario una interacción comunicacional en plenitud de derechos y de deberes para todos los sujetos implicados.

La comunicación aplicada es relación y es intercambio, es inculturación y aculturación, es oferta y demanda de conocimientos y de aprendizajes, es una relación-cooperación hiperactiva supranacional y cuyo logro más llamativo son ahora las redes sociales e Internet.

La comunicación aplicada es derrumbar muros, allanar obstáculos, marcar ritmo y rumbo, señalar el camino adecuado para transitar inteligentemente hacia lo que se pretende hacer y como hacerlo con criterio y eficacia⁶⁵. Si queremos aportar a la gran masa que está pendiente de temas de salud, creyendo siempre en lo que le comunica el periodista.

⁶⁵ Romero Rubio, A., “Comunicación Informativa y Opinativa”. Ponencia. Universidad de La Laguna- Tenerife, 1996.

6.5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL.

6.5.1. CONCEPTO DE SALUD: DEFINICIONES.

Cuando hablamos de salud y nos referimos a una persona, hablamos de su estado físico, psíquico, etc., y la colocamos en un estadio que nos dirá que es buena o mala según las manifestaciones de la misma.

La salud es un concepto genérico, bastante impreciso, que se suele contraponer a la enfermedad, aunque entre una y otra no existan límites bien definidos; es un concepto relativo. Pues no todo es sano en la mejor salud, ni todo lo malsano en la enfermedad, entre ambas hay una zona gris, constituida por la ampliación del concepto de enfermedad, consecuencia del descenso del límite de tolerancia del hombre frente al malestar, por las mayores facilidades para recurrir al médico y a las medicinas.⁶⁶

“La salud es algo como un enigma, que desafía para ser definida en cualquier sentido preciso, medible.”⁶⁷

Definiciones:

“Educación para la salud es el procedimiento metodológico dirigido a la población, por el que se difunden conocimientos fundamentales de la enfermedad, para su prevención o curación.”⁶⁸

⁶⁶ Alonso Ligeró, M. S., “El derecho a la protección de la salud”. Ponencia. I Congreso Nacional de Derecho del Trabajo y Seguridad Social. Málaga, 1985.

⁶⁷ Green, W.H., Simons Morton, B.G (1988): Educación para la Salud. México, Ed. Interamericana-Mc.Graw Hill, p. 3.

⁶⁸ Entiendo que esta definición es consecuencia de mi experiencia a través de mi contacto con enfermos y médicos.

*“Los estados de salud o de enfermedad son la expresión del éxito o del fracaso sufrido por el organismo en su esfuerzo por responder, adaptándose, a los cambios del medio ambiente.”*⁶⁹

*“La salud es un bienestar físico, mental y social total y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades.”*⁷⁰

Esta definición ha servido de base para que muchos autores y especialistas en temas de salud, la hayan aceptado tal y como se definió por la OMS, o para que otros la adaptasen “para lucir en piezas oratorias, artículos, libros de texto.”⁷¹

6.5.2. LAS FUNCIONES Y FINES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD DESDE LA CONSIDERACIÓN DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL.

1. Las funciones y fines de la salud (como servicio público) trascienden desde la práctica o ejercicio profesional a la consideración de comunicación social (o científica) especializada.

2. La salud, al ocupar un lugar principal en la política de desarrollo comunitario y de promoción de calidad de vida, se ha convertido en un “objeto” y en una necesidad de y para la comunicación social.

⁶⁹ DUBOS, R. (1965): *Man Adapting*. New Haven, Con, Yale University Press. Y, del mismo autor (1959): *Mirage of Health*. New York: Harper & Row, p. XVIII.

⁷⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS), 1947.

⁷¹ CALLAHAN, D. (1977): *Health and Society. Some Ethical Imperative*. New York: Norton and Company, p.26.

3. La dinámica de comunicación que se genera desde y por la salud, es tan motivadora, sugerente, persuasiva y hasta necesariamente convincente, a efectos personales, grupales y hasta sociales, que precisan de un proceso:

a) Metodología para su tratamiento

b) Técnica para su puesta a punto

c) Pedagogía-didáctica-deontológica para que sus funciones y sus fines resulten positivos, tanto para el enfermo y el médico, como para el círculo del resto de personas y situaciones que rodean el sujeto codificador (enfermo) y al sujeto descodificador (médico) de este proceso de relación comunicativa. Hay autores que dicen que los medios de comunicación de masas son buenos informadores de la salud pero malos educadores porque “es preciso que los mensajes sean informativos y motivadores, es decir, persuasivos y que se reiteren con frecuencia.”⁷²

Los medios de comunicación de masas al mismo tiempo que son difusores de mensajes para la salud, están educando a la sociedad, aunque estos mensajes sean específicos y no continuados. El ejemplo lo tenemos en la información que desde distintos medios se tiene para evitar las enfermedades coronarias, hace años, muy pocas personas conocían y hablaban del colesterol. Hoy no sólo se habla del colesterol sino que se especifica “el bueno o el malo”. Si bien esta información no ha tenido una continuidad, el mensaje ha ido calando en el receptor y lo ha ido “educando” progresivamente.

⁷² SELLERAS SANMARTÍN, L. (1990): Educación Sanitaria. Madrid, Ed. Díaz de Santos, p.247.

6.5.3. LA SALUD COMO ELEMENTO NÚCLEO QUE NUTRE UNA INFORMACIÓN ESPECIALIZADA DEL PERIODISTA.

Una información especializada que tiene dos claras proyecciones:

- a. Proyección médico-científica
- b. Proyección comunicativa social

Tenemos, de una parte la comunicación científica y médica desde esa información especializada, en el ámbito de interés y preocupación de los expertos.

Desde otra perspectiva, hay que reconocer y aceptar que sólo comunicadores sociales y especializados (periodismo especializado) son competentes y están calificados para “divulgar” a la sociedad esa información especializada. Una información especializada (en este caso la referida a la salud) que cada vez demanda:

- a. Un mayor interés particular, social y por parte de la Administración.
- b. Un campo de deberes, derechos y responsabilidades más objetivado y diversificado:
 - Deberes, derechos y responsabilidades de los médicos y demás personal de la salud.
 - Deberes, derechos y responsabilidades de los enfermos.
 - Deberes, derechos y responsabilidades de las instituciones de la salud, nacionales e internacionales.
 - Deberes, derechos y responsabilidades de la Administración.
 - Deberes, derechos y responsabilidades de las industrias de la salud.
 - Deberes, derechos y responsabilidades de los científicos e investigadores. Esta información es la que nunca debe estar en manos del periodista especializado en temas de salud. Con frecuencia, se produce el hecho de que algunas empresas o laboratorios lanzan con gran profusión sistemas y productos que “suelen hacer milagros...”

6.5.4. LA INFORMACIÓN PÚBLICA SOBRE LA SALUD.

1. ¿De quién es la competencia de divulgar este tipo de información?
2. ¿Hasta qué punto resulta hoy suficiente y adecuada la información pública sobre la salud?
3. ¿Está la sociedad puntual y debidamente informada?
4. ¿Es la sociedad sensible a esta clase de información especializada?
5. ¿La valora correctamente? ¿Sabe interpretarla y utilizarla?
6. ¿Contamos con suficientes profesionales (de la medicina y de la comunicación) especializados en esta particular clase de información y de comunicación referida a la salud?

A las preguntas formuladas podemos contestar de la siguiente forma:

1. De los profesionales de la medicina que, con vocación de comunicadores y con conocimientos de técnicas y métodos. De los profesionales de la información -periodistas- que en el campo de la salud hayan desarrollado unas experiencias y una pedagogía adecuada a la difusión de la noticia sanitaria.
2. La información sobre la salud a la población, resulta siempre adecuada cuando el contenido de la noticia tenga valor e incidencia positiva en el desarrollo de la vida social.
3. La sociedad está mal informada en los temas de salud por cuanto hasta ahora ha habido una laguna en el campo de la información especializada en esta delicada materia, de forma que cualquier informador resultaba adecuado para difundir la noticia sobre la salud y en cualquier medio.
4. La sociedad es muy sensible a los problemas de salud y muy receptiva a cuantas noticias recibe sobre el tema. Valora la noticia según le afecte a su salud, a la de sus hijos, o dentro del entorno, según la forma de difusión. No contamos con los suficiente profesionales de la medicina en la comunicación de la salud porque tenemos que dis-

tinguir entre lo que es comunicación científica que se difunde entre las publicaciones especializadas y la comunicación de noticias sobre comportamientos, utilización de medicamentos, difusión de técnicas con interpretación asequible al nivel medio cultural de una determinada población, sin que la noticia utilice terminología científica.

6.5.5. ¿QUÉ JUSTIFICA EL INTERÉS POR LA INFORMACIÓN ESPECIALIZADA Y SU CRECIENTE DEMANDA?

El público busca encontrar respuesta en los Medios de Comunicación a puntuales y satisfactorios temas y problemas que le interesa en muy directa relación con su circunstancia de vida personal y social, a todas aquellas que diseñan y nutren la calidad de vida y el bien común.

Los portadores oficiales de una información sobre la salud deben ser:

- a) Generalistas hoy, Médicos de familia en su difusión
- b) Poseer credibilidad ante los Medios

Generalistas -Médicos de Familia- en su difusión por cuanto en este tipo de informaciones, no debe valer la exclusividad ni la primicia, y su difusión ha de ser dirigida a los ciudadanos por el medio más rápido y efectivo. La credibilidad es imprescindible a la vista de la opinión de los ciudadanos que no creen en los políticos y la información sobre la salud tiene que estar totalmente desvinculada de la política partidaria.

Cuando el periodista tiene conocimiento de una posible noticia sobre la aparición de determinada enfermedad producida por virus, u otros agentes, tiene la obligación de comprobar

la veracidad de la noticia o rumor antes de su difusión, ya que la noticia puede tener su raíz en intereses ajenos a la salud pública y obedecer a determinados sectores para el lanzamiento de un producto.

6.6. DEBER Y DERECHO A LA INFORMACIÓN SANITARIA.

El Deber y el Derecho a la información, está consagrado en nuestra Constitución en su artículo 20. Cuando se trata de información sobre la Salud y conceptos relacionados con la calidad de vida de la población, adquieren una importancia relevante, de forma, que, cuantos estudios y trabajos de investigación se realicen proyectados hacia los distintos campos en pro de informar y educar al ciudadano en materia de salud, vendrán a enriquecer la calidad de vida a la que todos tenemos derecho.

Las generaciones de las décadas del ochenta y del noventa están mucho más al día, saben más, y están mejor informados por los avances de la ciencia que los medios de comunicación trasladan al ciudadano, creando en él, una preocupación por la prevención, que puede ir desde un sencillo catarro a la planificación familiar o a las drogas.

La población actual conoce mejor y al menos no le suena a tecnicismos incomprensibles, cuando se habla de antibióticos, inmunodepresores y va tomando conciencia de lo que significa un alto grado en colesterol o la hipertensión arterial.

La población actual está integrada en la política sanitaria y sabe lo que significa la Medicina Preventiva:

- Cáncer de pulmón-Lucha antitabaco
- Cáncer de mama- Programa de prevención

- Epidemia de gripe-Vacunación a la población de riesgo
- S.I.D.A.- Información a la población de riesgos Anorexia y Bulimia- Programas para la población de riesgo (preferentemente adolescentes⁷³) . Personas mayores: Centros geriátricos de día (en estos centros se realizan revisiones periódicas las personas mayores de 65 años y aquellas otras que cercanas a la edad puedan padecer alguna patología de carácter geriátrico).

En la proporción en que crece el interés social por los problemas de salud, urge de inmediato la demanda de información y como consecuencia, la obligación de los profesionales de la información y de la Medicina de crear una interrelación entre ambos que hará que la garantía que exige el conocimiento verídico de los temas de salud, llegue a la población con un lenguaje claro e inequívoco.

6.7. RELACIÓN MÉDICO-PERIODISTA.

Las generaciones de este siglo XXI están mejor informadas, sabe más, se interesan por los avances de la ciencia, de la medicina, se preocupan mucho más de la prevención, que puede ir desde un sencillo catarro a la planificación familiar, a estar alerta ante la anorexia y la bulimia, así como con las drogas. A la sociedad actual no le suena indiferente cuando se menciona un antibiótico, una sulfamida o un inmunodepresor, los efectos que tienen una clase de colesterol, los triglicéridos o la hipertensión. La sociedad actual está -en definitiva- más informada que las generaciones anteriores. Esta situación actual supone que aumente también la demanda de información y, por tanto, surge la obligación de los profesionales-médicos, de una parte y de los profesionales-periodistas, de otra, de satisfacer las demandas sociales de información.

⁷³ El IMSALUD, en la actualidad, ante los casos cada día más frecuentes de menores que llegan a los hospitales con estos problemas, tiene en estudio un amplio programa para prevención y tratamiento de estas desoladoras enfermedades que afectan ya a miles de familias en España y millones en el marco mundial.

Una sociedad actúa con responsabilidad en la medida que tiene a su alcance más elementos de juicio, más conocimientos para decidir y fijar sus propios criterios, y esto es perfectamente extrapolable a la salud. Estamos, por tanto, en un momento en que el ciudadano desea participar de la política sanitaria, responsable de los programas preventivos, de integrarse como sujeto activo en un mundo que, como el sanitario, tiene que ver directamente con su bienestar de la familia. Hay que decir que en ningún momento sería prudente ni aconsejable traspasar una barrera que lleve al usuario a la autosuficiencia o a la automedicación. Hay que distinguir de lo que es preocuparse por la salud, como prevenir, de ignorar el papel de los profesionales médicos y especialistas en el diagnóstico y tratamiento de determinadas patologías, por banales o comunes que puedan parecer.

Ante este panorama de solicitud de información, parece claro que profesionales de la medicina y periodistas -como catalizadores informativos- debemos afrontar y responder a esta creciente demanda. Si es mejor prevenir que curar, *“Médicos y periodistas debemos romper el desencuentro histórico entre ambos profesionales y acercar posturas en una labor que pesa tanto”*⁷⁴, por la obligación de los especialistas de abrirse más a la sociedad como por el esfuerzo de los periodistas en simplificar los mensajes y hacerlos más asequibles a las capas medias de la sociedad. El interés periodístico constituye una de las características más destacadas de cualquier información y es lo “interesante” lo que atrae la atención del público en general. Entre los factores de interés informativo, está, desde luego, el progreso y dentro de progreso destacan aquellas noticias que supongan un avance en la sociedad, como el científico y, más concretamente, el sanitario, el médico.

La información es básica para propiciar cambios en los comportamientos y estilos de vida de la sociedad. La higiene, los hábitos saludables-deportes y alimentación adecuada a cada edad, son ideas en las que el profesional de la medicina tiene que informar a la sociedad por medio del periodista.

⁷⁴ Hernandez Hernandez, J. J., y Martín Correa, J. L. Ponencia en la Red de Actividades de Promoción de la Salud y Medios de Comunicación Social. Granada, marzo, 1994.

“De ahora en adelante, el carácter de nuestra vida cotidiana dependerá de la ciencia y del uso que hagamos de ella”.⁷⁵

La Prensa ha sido testigo y ha trasladado a la sociedad hechos tan relevantes como el descubrimiento de la penicilina, la endoscopia, o la biotecnología. Informó cuando se descifró el código genético e informa a diario de nuevos avances que vencen progresivamente enfermedades y plagas que hace pocos años eran mortales. Es importante poner al alcance de la mayoría los conocimientos de la minoría y, si se trata de educación sanitaria, el conocimiento es una necesidad vital y una cuestión de supervivencia.

A modo de conclusión, entiendo que los profesionales sanitarios deberían romper con los prejuicios, cuando los haya, para acercarse más a los medios de comunicación no especializados y fomentar más y mejor la promoción de la salud, aislando, siempre que sea posible, las interferencias políticas o burocráticas.

Los medios de comunicación, con la ayuda directa de los profesionales sanitarios, son piezas claves para inculcar mejores hábitos de vida y favorecer el bienestar social, estrechamente ligado a la salud, y que para ello es preciso acabar con los obstáculos que puedan entorpecer esta labor.

Si el ciudadano tiene derecho a estar informado, periodistas y, en este caso, los médicos, están obligados a satisfacer la creciente demanda social de información vinculada a la ciencia médica. En la actualidad numerosos medios nacionales como El Mundo, La Vanguardia, El País o El Periódico ofrecen suplementos semanales dedicados a la salud y ello en respuesta a la demanda y al interés de los lectores.

⁷⁵ Romero Rubio, A. (1994), El enfermo y el médico. Publicación inédita -apuntes-.

Hay dos datos recientes que nos ayudan a comprender la importancia de la información sanitaria y el propio interés de la sociedad por este tipo de información.

El diario EL MUNDO realizó una amplia encuesta en febrero de 1994 entre sus lectores para conocer sus gustos informativos, saber qué tipo de información preferían y qué temas echaban de menos en los suplementos que insertaba semanalmente. La mayoría de los lectores se inclinó por un tipo de información social, humana y científica que relegaba a un segundo plano la información política. Entre los suplementos que la audiencia reclamaba estaba uno dedicado a la salud.

La respuesta del periódico fue inmediata y cada semana EL MUNDO ofrece un cuadernillo de 8 a 16 páginas dedicado a la salud, un cuadernillo interesante que acerca al lector los riesgos a los que se enfrenta a diario que pueden afectar a su salud o calidad de vida, y ofrece información asequible de patologías y de conocimientos de las modernas técnicas de la medicina para tratarlas.

Los datos de esta encuesta venían a suscribir los resultados de otro informe anterior realizado en noviembre de 1993, por el Centro de Investigaciones Sociológicas, según el cual el 70% de la población se decanta por la información científica y sanitaria y se muestra mucho menos interesado por la información política y general.

En la actualidad, los grandes periódicos nacionales dedican páginas especiales a la información sanitaria y médica con periodicidad casi diaria y son cada día más los que dedican suplementos esporádicos o fijos a este tipo de conocimientos. Entre ellos uno de los pioneros fue EL PAIS y después se han sumado muchos más de ámbito regional o local.

En el caso de IDEAL, este periódico, que tiene una difusión media diaria de 220.000 lectores y un ámbito regional (Andalucía Oriental, Granada, Almería y Jaén), nos planteamos hace unos ocho años la conveniencia de dedicar un lugar destacado a la información sanitaria. Desde entonces el periódico cuenta con redactor que se ocupa en exclusiva de la información médico-sanitaria, entendiendo esta labor desde la promoción de la salud mediante campañas preventivas y la difusión de iniciativas que redunden en la mejora de hábitos sociales, hasta la denuncia de situaciones anómalas que puedan enturbiar la correcta asistencia que los profesionales deben prestar en cada uno de los niveles profesionales.

Seguimiento y difusión de congresos, campañas de investigación y el contacto permanente con las fuentes informativas, sean políticas o profesionales, dan cuerpo a los contenidos diarios de la información sanitaria en las páginas de IDEAL.

Durante los cuatro años en los que trabajé como redactor de información sanitaria mi experiencia fue agridulce. La satisfacción profesional de abordar asuntos de indudable interés para la sociedad granadina, acerca a los lectores noticias tan habituales como una campaña de vacunación contra la gripe, los riesgos del tabaco, el estrés o el colesterol, o la satisfacción de trasladar a la comunidad mejoras, avances e innovaciones científicas en la práctica de la medicina en nuestros hospitales, chocaba a menudo con la escasa colaboración profesional de los agentes implicados -los especialistas y personal sanitario-, pero chocaba, sobre todo, con la Administración, con sus responsables políticos.

Los responsables políticos suelen ser los primeros, casi siempre, en comparecer para vender un tipo de información amable y benévola que traslade a la población la idea de un paraíso sanitario idílico, de una gestión perfecta que dé confianza a los ciudadanos en su servicio de salud. Y esto, que no es del todo negativo, no es lo deseable y desde luego está lejos de la responsabilidad social de los profesionales de los medios de comunicación.

Las trabas administrativas, que se convierten en sanciones o expedientes contra especialistas que no respetan la jerarquía política al informar sobre cuestiones no “recomendables” para el conocimiento público, deriva con frecuencia hacia el secretismo y el silencio.

En la provincia de Granada, en el verano de 1993, una epidemia de neumonía atípica que costó la vida a dos personas y afectó a cerca de mil, fue silenciada por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y negada a este periódico hasta que la evidencia de la realidad obligó a admitir el problema. Entonces llegaron todo tipo de explicaciones y excusas. Pero ya era tarde. ¿Acaso los miles de personas que veraneaban en la Costa en ese momento no tenían derecho a conocer la existencia de una infección de este tipo y adoptar las medidas preventivas oportunas?

Este es sólo un caso, pero hay más y casi a diario. A veces se cae en la tentación de intentar ganar tiempo, de mantener ocultas determinadas situaciones de riesgo para que no cunda la alarma social o, lo que es más habitual, para no deteriorar la imagen del sistema público ante un caso de negligencia o mala gestión.

Sea cual sea la respuesta, se vulnera el derecho constitucional de los ciudadanos a estar informados y se ralentizan posibles medidas preventivas que el propio usuario puede adoptar. También es verdad que en estos casos confluyen más elementos y, en el mismo caso de Almuñecar -Granada- que el pasado verano fue noticia por otra situación parecida tras la intoxicación de decenas de personas por beber agua en malas condiciones- juegan también los intereses económicos.

A las trabas informativas de la Administración y el secretismo que alimentan algunos profesionales médicos -motivado, imagino por el miedo- se unen, como este último caso, los intereses económicos. Si se informa de una intoxicación alimentaria, o de la neumonía, o

de lo que sea, surgen inmediatamente las presiones de los empresarios, las amenazas de grupos económicos porque este tipo de noticias perjudican al turismo. Se ignora, lógicamente, que ocultando este tipo de hechos se atenta contra algo mucho más importante: la salud. Lo cierto es que estas situaciones plantean dudas y tratan de condicionar la información en temas trascendentes para la salud de los ciudadanos pero, en mi opinión, los medios de comunicación y los profesionales médicos están obligados moral y socialmente a facilitar información puntual, rigurosa y objetiva de los acontecimientos, aunque estos no sean positivos ni para el sistema ni para la gestión política de turno. Por encima de los intereses ciudadanos y, por encima de todo, el derecho a la información, que, repito, es un derecho consagrado en el artículo 20 de la Constitución Española.

Por contra, los profesionales de los medios de comunicación debemos huir del sensacionalismo, del amarillismo al que pueden inducir determinadas situaciones. No es admisible que, como ocurre con frecuencia, las actitudes poco profesionales de algunos, sirvan de justificación permanente para políticos o directivos médicos para negar información y silenciar acontecimientos que los medios de comunicación social españoles abordan con absoluto rigor.

Los profesionales saben que los límites los marcan los derechos de los demás, derechos al honor y la intimidad que no deben ser violados. Si un donante de órganos o si un enfermo de SIDA, desean el anonimato debe respetarse y nada ni nadie debe romperlo.

En El IDEAL, como ocurre en los demás medios de comunicación escritos, éstas son las claves para entender la información sanitaria. La información nunca se ha entendido por nosotros, nunca lo entendí yo, como el relato negro de lo negativo, como el deseo de airear trapos sucios como única meta.

Los principios son más simples: informar de todo cuanto pueda interesar a los lectores y ciudadanos, e informar de todo supone mantener un flujo frecuente de hechos y acontecimientos que van desde la denuncia de lo reprobable -para que sea mejorable o se subsane-, a la labor preventiva y de asesoramiento para que el lector, el usuario, tenga más elementos de juicio, disponga de criterios propios para decidir por sí mismo, para que, en definitiva, pueda ser corresponsable de decisiones que le competen directamente a él.

Una persona tiene derecho a decidir si deja o no de fumar, a practicar ejercicio para combatir problemas de circulación o alimentarse con una determinada dieta para regular su colesterol, pero tanto derecho tiene a decidir por sí mismo como nosotros, profesionales médicos y medios de comunicación, de facilitarle información sobre los riesgos y ventajas que entrañan hábitos y prácticas nocivas.

Quiero subrayar algo que considero importante: nunca antes el ciudadano ha tenido más información a su alcance tanto desde la administración sanitaria como de médicos y periodistas y nunca antes ha estado tan cerca de la medicina, de sus problemas y virtudes, como ahora. Programas de televisión, como el que realizaba el doctor Beltrán en Antena 3, suplementos periódicos, como el de EL MUNDO, o información puntual y diaria como la que ofrecen diarios como EL PAIS, ABC-que dirige el Dr. Sanz Ortega E.⁷⁶ y Mundo, marcan la línea a seguir.

La información no cura ni esa es su obligación, pero la información sí puede ayudar a mejorar la salud favoreciendo conductas más ordenadas y saludables de éstas y próximas generaciones. Y todo teniendo en cuenta que la salud hoy no es ya un concepto encasillado en hospitales o consultas ambulatorias.

⁷⁶ Sanz Ortega, Eduardo. Es profesor de Anatomía Patológica y Jefe de Sección de dicha especialidad en la clínica de la Seguridad Social "Puerta de Hierro" de Madrid.

En la sociedad del momento, la salud está relacionada con el medio ambiente, la alimentación, la educación y la cultura. Sólo una fórmula magistral que dosifique correctamente cada uno de estos compuestos permitirá disponer de un producto adecuado.⁷⁷ La información especializada nace justamente para hacer frente a la especialización del conocimiento. Para el profesor Javier Fernández del Moral⁷⁸, Los Medios de Comunicación Social pueden ejercer un notable papel pedagógico tanto en la comunicación de masas como en las diversas comunicaciones individuales⁷⁹. Los expertos de UNESCO aseguran que la comunicación engendra un medio educativo y pasa a ser ella misma un tema de educación. El periodismo especializado, con un innegable objetivo de vulgarización científica, puede ser en nuestros días un poderoso medio auxiliar para la difusión de los valores sociales, científicos y técnicos.

6.8. EL DISCURSO EN TEMAS DE SALUD.

Por la complementariedad que ello tiene para el discurso que el lector tiene ahora ante sí y para una más compleja documentación de los lectores, voy a extractar y referir a continuación aquella normativa que me creo válida para su aplicación a la redacción de una información para la salud y la diferencia con un escrito:

1. La noticia comentario, como aparece en la prensa “objetiva”, se ve cercada en su presentación lingüística por tres necesidades invasoras quizá amenazantes; la del lenguaje literario, la del lenguaje administrativo y la del lenguaje de base oral, que muchas veces tiende claramente a la vulgaridad y que en el lenguaje dirigido a un enfermo o para información sobre la salud debe tener otra preparación lingüística.

⁷⁷ Textos e informes del Servicio de Publicaciones de la Dirección General del IMSALUD.

⁷⁸ Javier Fernández del Moral, es Catedrático de la Formación Periodística Especializada de la Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense y ha sido Decano de dicha Facultad.

⁷⁹ Fernández del Moral, J. (1983): Modelos de Comunicación Científica para una Información Especializada. Madrid, Dossat, pp. 45 y ss.

2. Las responsabilidades del periodismo están en las antípodas de la literatura, puesto que son la información, su utilidad y su verificabilidad.
3. El periodista escribe para receptores bastante concretos cuando informa sobre la salud con temas como la campaña antitabaco, la gripe del año, etc., cuyo núcleo suele ser fiel.
4. Un mensaje literario actúa sin límites de espacio y tiempo: el periodístico pierde eficacia fuera de las precisas coordenadas espacio-temporales que definen a la actualidad, aunque sea en temas tan específicos como los de la salud.
5. Las obras literarias actúan en situación de lectura sumamente diversa para cada lector -resultado de la falta de un contexto necesariamente compartido por emisor y receptor-; el periodista y sus lectores viven por fuerza en unas mismas circunstancias de espacio y de tiempo. El redactor de un diario está sometido a servidumbres que no constriñen a un “escritor de periódicos”.
6. Debido a la tendencia del periodismo actual a presentar cada vez más abiertamente las noticias con una orientación interpretativa, el periodista, sin darse cuenta, puede llegar a olvidarse de que no es un escritor y echar mano de recursos típicamente literarios, que en temas de salud deben llegar al receptor -a la población- con nitidez absoluta.
7. La segunda de las fronteras del lenguaje periodístico es el estilo burocrático y oficialesco de carácter técnico y especializado, cuyo rasgo más constante es el rechazo de las palabras directamente inteligibles, buscando en su lugar el extranjerismo, el tecnicismo, las voces solemnes y los estereotipos.

8. En el idioma escrito no debe prescindirse de elementos de la lengua hablada; contra lo que debe prevenirse es contra su predominio.
9. Tres son las funciones básicas que caracterizan a la escritura como medio de comunicación: la discursiva, la documental y la icónica.
10. La escritura es la codificación de la palabra en un código de trazos, y su primera función es, por tanto, en periodismo hablado-radio- escrito-periódico -revista-imagen- televisión-, reproducir un discurso, es decir, una secuencia significativa de sonidos, o mejor dicho, de fonemas, signos e imágenes que den a la noticia sobre la salud o sobre un determinado programa educativo de salud, .un valor informativo que evite confusionismo o duda.
11. Un periodista es ante todo un locutor diferido que se dirige a una audiencia ausente.
12. Existe una retórica periodística y, como consecuencia, un poder de manipulación, que es cada vez mayor por cuanto se trata de un monólogo.
13. Otra función de la escritura periodística es la documental, por la cual el periódico o revista no es más que una memoria informática.
14. El lenguaje periodístico posee otra exigencia, además de la retórica señalada: la eficacia informativa.
15. Mientras que la función discursiva se refiere ante todo a la comunicación misma como medio de influencia, la función documental se proyecta principalmente en el tratamiento de la información.

16. El lenguaje periodístico, aparte de la posibilidad de manipulación retórica que comparte con cualquier otro lenguaje, posee una responsabilidad específica y en el más alto grado: abastecer al público de la materia prima de la información.

17. La llamada objetividad informativa es un engaño, porque lo esencial es cómo se dan los hechos.

18. La función icónica del texto periodístico es la más determinante. La forma física, la organización gráfica, el aspecto visual del texto desempeña, a veces, un papel más decisivo que la misma redacción.

20. El lenguaje periodístico no es un lenguaje individual, sino colectivo, lo cual tiene importantes consecuencias en lo que respecta a la responsabilidad, ya que lo que está en juego no es sólo la libertad del periodista al escribir, sino también la del lector que recibe la información. Por otro lado, la libertad de palabra del periodista es siempre una libertad condicional, influida por el funcionamiento y control del aparato de comunicación. Es ese aparato de producción el que habla, en definitiva, a través del periódico.

El pensamiento es el medio del trabajo intelectual, y a la vez es el fruto que abre nuevas puertas par nuevos pensamientos y nuevas aportaciones para un periodismo moderno. El primer paso para estudiar una materia o escribir un trabajo debe ser una recogida y selección de datos: sistematizarlos, clasificarlos y analizar sus interferencias y conexiones.

La documentación en temas de salud ha de ser seria, exacta, completa y fácilmente aplicable o accesible. Una lectura no es integral si no cumple las cuatro operaciones básicas, a saber: reconocer, organizar, elaborar y evaluar. La normalización y las reglas

internacionales de normalización deben de ser conocidas por cualquier estudioso que se precie de serlo. ⁸⁰

CAPITULO VII: PROGRAMAS DE SALUD Y LOS CENTROS DE SALUD COMO EDUCADORES Y FUENTES DE INFORMACIÓN DE SALUD

7.1. LOS CENTROS DE SALUD COMO EDUCADORES Y FUENTES DE INFORMACIÓN DE LA SALUD

En muchas ocasiones, el periodista encuentra la noticia de primera mano en los centros de salud. Al ser un centro de Atención Primaria, los mismos médicos o las enfermeras están interesados en la publicación de determinado caso que el periodista tiene el deber de comprobar, ya que se trata en ocasiones de información manipulada para intereses de las personas que desean su difusión.

En una ocasión, determinado centro, quiso dar a conocer un caso sobre un enfermo que al ser inyectado con determinado fármaco recetado por el médico, sufrió una reacción imprevista y grave, al parecer por causa de intolerancia que el enfermo ignoró y el médico también. El centro quiso dar una versión del hecho antes de que los familiares del enfermo presentaran una denuncia sobre el caso.

⁸⁰ Romero Rubio, A. (1997): Trabajo Intelectual. Texto inédito, pp. 105-110.

El periodista tuvo la precaución de conocer la versión de los familiares y conociendo ambas versiones obró en consecuencia, facilitando al lector una noticia en la que, por una parte no se decía toda la verdad y por la otra se carecía de datos concretos.

Los centros de salud deben ser también educadores de la salud y buenos comunicadores de cuanto acontece en ellos y de interés para el resto de la población.

El sistema de asistencia primaria en consultorio va quedando en desuso ante la implantación de los centros de salud que recomienda la Organización Mundial de la Salud para los países con cierto desarrollo como España.

En los centros de salud se implanta por primera vez en España la Medicina Preventiva como resultado de los estudios legalizados en pro de que la prevención de la enfermedad nos lleva a la reducción de las enfermedades crónicas, a la detención de enfermedades como son el cáncer y cardiovasculares, verdadera preocupación de la sociedad actual. La prevención de estas enfermedades conduce a una mejor calidad de vida, a ahorros económicos muy considerables y a la disminución del absentismo laboral.

En el Centro de Salud se implanta el Médico de Familia que tiene un continuo seguimiento, no solo del enfermo sino de todos los componentes de la familia de los que posee una historia clínica que le permite ver con una panorámica mayor los diagnósticos y evaluar en consecuencia muchas veces a orígenes hereditarios una determinada enfermedad de su paciente. Pero además, el Centro está constituido como una unidad de evaluación corporativa donde existen las reuniones clínicas dirigidas por el coordinador del centro y en las que se estudian los diferentes casos que puedan constituir duda de diagnóstico por el médico correspondiente.

En “Salud para todos”, el médico de familia es imprescindible en la realización para la estrategia en los servicios sanitarios, no solo de España, sino de cualquier país y podemos comprobar que esta idea es ampliamente aceptada y recomendada por la Organización Mundial de la Salud, siendo la base de esta aceptación el entendimiento de la función primera del médico de familia.

La verificación de las influencias que el medio social ejerce sobre la salud de la población y la elaboración de medidas efectivas para evitar o paliar las influencias negativas que ejerce ese medio, constituyen el objeto primordial de la salud pública.

Ello plantea la necesidad de conocer y medir la importancia relativa de los problemas de salud en su alcance real, esto es, considerando las interrelaciones entre lo individual y lo concreto con lo colectivo y lo general. Ya que el proceso de salud-enfermedad no es únicamente un proceso biológico individual, sino que también forma parte de los procesos sociales. La contaminación ambiental, la circulación de vehículos, los riesgos laborales, la alimentación, el nivel de ingresos, etc., son otros tantos factores que intervienen en la determinación del proceso.

Este intento de abordar los problemas de salud, desde una perspectiva más amplia que supere el ámbito clínico de lo individual, supone un salto cualitativo importante en la práctica de los servicios de salud en nuestro país. Ya que incorpora tendencias y métodos científicos de amplio reconocimiento y uso internacionales que orientan la organización y actividad de los servicios hacia soluciones de mayor eficacia.

Es por lo que el diagnóstico de la situación de salud constituye parte imprescindible de cualquier proceso de planificación y programación sanitarias, cuyo desarrollo ha de per-

mitir el mejoramiento del nivel de salud de la población mediante acciones programadas dirigidas a la solución de problemas y a la satisfacción de las necesidades reales de salud. Se trata, por tanto, de obtener la información necesaria para la identificación de los problemas de salud, entendiendo por tales: Cualquier situación que se produce en la comunidad con consecuencias, tanto para la salud de las personas como sociales y económicas.

El conocimiento que se precisa debe permitir:

- Definir la magnitud o intensidad del problema, tal como se presenta y su repercusión social.
- Identificar los factores causales o condicionantes que tienen una función específica en la presentación e intensidad del problema.
- Analizar las relaciones entre el nivel de salud y los factores condicionantes, de manera que oriente la aplicación de medidas para reducir o controlar el problema.

Se estructura mediante el estudio del:

Estado de salud de la población. Sistema de indicadores, información básica e interpretaciones cualitativas, que ofrecen una expresión sintética de los variados estados de equilibrio y desequilibrio, en el plano físico, mental y social, entre los miembros de una colectividad y su medio de vida y trabajo.

Que integra dos componentes fundamentales íntimamente vinculados:

- La medición del nivel de salud de la población.
- El estudio de los factores condicionantes de ese nivel de salud.

Estas condiciones que podíamos considerar privilegiadas para los informadores no gustan a la Administración, que siempre trata de canalizar las noticias desde sus gabinetes de prensa y con evidente interés propio.

La Administración pública, en el ámbito de la información de la salud educativa, etc. no es aún del todo sensible al interés y demanda de los ciudadanos por la información que de ella depende directamente. Salvo excepciones meritorias de iniciativas informativas por parte de la Administración pública, los actuales “gabinetes de prensa o de comunicación” no han dado del todo ese paso decisivo que los convertiría en verdaderos servicios de comunicación social.

7.2. OBJETIVOS Y PLANIFICACIÓN DE LOS PROGRAMAS.

- Fundamentar científicamente las decisiones en materia de planificación de servicios.
- Ofrecer un cuadro objetivo de la situación a corregir mediante la programación de la atención sanitaria dirigida a la población.
- Constituir una base para establecer prioridades en la programación de la atención sanitaria dirigida al personal sanitario no médico.
- Facilitar la estructuración del sistema informativo de salud (sistema de vigilancia epidemiológica en las revistas científicas y con lenguaje comprensivo a los demás medios).
- Servir de base para el sistema de evaluación y toma de decisiones en el proceso de gestión de los servicios.
- Informar a la población por medios de la prensa escrita, radio, televisión, etc., y sobre la situación de salud colectiva.

El estudio debe realizarse con la información disponible correspondiente a un período de tiempo determinado, que habitualmente se refiere al de un año natural completo (generalmente el año anterior al que se desarrolla el estudio). Sin embargo, esta práctica, especialmente útil para homogeneizar los datos y permitir comparaciones, no excluye aquellos

casos en los que el estudio de una tendencia o la existencia de un acontecimiento o estudio puntual (“corte”) en otro período diferente, resulte de singular importancia para el análisis y la interpretación de los hechos objeto de estudio.

Obviamente deberá referirse a la comunidad que vive en la zona correspondiente al estudio y que se delimita por determinadas características geográficas y sociales, de manera que se obtenga la máxima correspondencia posible entre los diferentes aspectos que se estudian. Aunque, con cierta frecuencia y ante la imposibilidad de obtener algún tipo de datos, suele hacerse uso de la extrapolación de datos procedentes de otra zona de características “homogéneas” o bien de datos de ámbito general que en ocasiones se corresponden. En cualquier caso ha de quedar reflejado el carácter hipotético de dicha información y ser objeto de una investigación posterior más específica.

A pesar de que el diagnóstico de salud a realizar por el EAP (Equipo de Atención Primaria) se limita en muchos casos a poblaciones de pequeño o mediano tamaño, núcleos rurales que quedan cubiertos en su conjunto por el equipo, en otros casos el diagnóstico deberá hacerse sobre el conjunto de poblaciones mayores, de las que sólo una porción corresponde al ámbito de atención del Equipo de Atención Primaria. O bien, realizar el estudio sobre el conjunto de una ciudad. En estos últimos supuestos es importante y de enorme utilidad el identificar grupos de población expuestos a determinados riesgos y estudiar las características específicas tal como se distribuye el fenómeno salud-enfermedad en los mismos. De esta manera se alcanza un grado más profundo en el conocimiento de la situación de salud que si se tratase a toda la población como un conjunto homogéneo, permitiendo así orientar las actuaciones del Equipo hacia soluciones más eficaces, ya que pueden corresponderse con ciertos criterios de prioridad.

7.3. ETAPAS DEL PROCESO PARA UNA EFICAZ PROGRAMACIÓN.

Descripción de la situación de salud.

Recogida de la información.

Implica una selección previa de los datos, ya que éstos han de tener una finalidad y un empleo determinados, tratando en lo posible de que su acopio sea poco costoso.

En esta operación deben utilizarse los datos disponibles en las diversas fuentes de información existentes y emitir un juicio sobre la idoneidad de los mismos. Ya que uno de los resultados del diagnóstico podría ser el determinar la necesidad de reforzar el sistema de información socio-sanitario vigente.

Sobre este aspecto debemos señalar que la guía de datos que aquí se presenta va a contribuir sin duda a identificar insuficiencias de cualquier orden, que con toda probabilidad existen en el sistema de información actual.

Presentación de los datos.

La información obtenida debe reflejar con objetividad la situación sanitaria existente, ofreciendo una definición de conjunto breve que no debe limitarse a la reproducción de los cuadros estadísticos de base. Al respecto, sería deseable la confección de un documento de información que pueda ser leído e interpretado con facilidad por personas que no dispongan de capacidades técnicas en la materia. Esta selección debe hacerla el propio periodista al redactar la noticia con las conclusiones interesantes para la población.

Debe distinguirse la redacción de los programas que van dirigidos especialmente a personal sanitario y los que se distribuyen entre los distintos medios de comunicación y que tiene como último destino la población

7.3.1. EXPLICACIÓN DE LA SITUACIÓN.

Me refiero al análisis de la información descrita en la etapa anterior, que debe permitir establecer relaciones entre los resultados de la medición del nivel de salud y las posibles causas (factores condicionantes) y consecuencias que sobre la salud de las personas y sobre la situación social y económica ejercen.

En definitiva, esta etapa permite la identificación y difusión de los problemas de salud; no sólo de aquéllos que se perciben por la magnitud de los indicadores elegidos (tasas de mortalidad, morbilidad, etc.), sino también por la importancia objetiva de los factores condicionantes (riesgo laboral, condiciones medioambientales, naturaleza de los servicios, etc.), y por la trascendencia social y económica derivadas del problema (absentismo laboral, alteración de la dinámica familiar, costes de servicios, invalidez, etc.). Todo ello con la finalidad de organizar las estrategias de intervención sobre aquellos aspectos más críticos y preponderantes de la cadena de hechos, de manera que produzcan los efectos más eficaces posibles.

El periodista especializado debe analizar los resultados y evaluar el contenido dirigido a su difusión de forma que no se creen situaciones de pánico y confusión como en el caso de las llamadas “vacas locas”, donde la información de un ministerio y la de otro, crearon cierta confusión en la población que repercutió sensiblemente en la economía.

7.3.2. PRONÓSTICO DE LA SITUACIÓN.

La descripción y explicación de la situación de salud se elabora a partir de información correspondiente a un período ya transcurrido, pero resulta igualmente necesario el conocimientos de la proyección futura de los problemas identificados; partiendo del supuesto de que van a persistir los mismos factores condicionantes que el período analizado.

La validez y utilidad de establecer un pronóstico de la situación de salud se justifica por: Constituir un elemento importante para la evaluación de la situación observada, ya que orienta sobre la posibilidad de introducir cambios en dicha situación, es decir, que permite, de alguna manera, inferir qué cambios serían aplicables a la política sanitaria y cuáles dependerían de otros factores condicionantes (naturales, del desarrollo económico-social, etc.).

Contribuir a la formulación de los programas de actuación, ya que éstos proponen determinados cambios para mejorar la situación y dichos cambios se expresan mediante metas a alcanzar. La proposición de dichas metas será más realista en la medida en que se conozca con cierta aproximación la situación futura, facilitando así también futuras evaluaciones en el desarrollo de dichos programas.

7.4. DIFICULTADES PARA LA ELABORACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN.

Son numerosas, y en algunos casos importantes, las dificultades que existen en la actualidad para elaboración de un diagnóstico de salud comunitaria. Por citar las más sobresalientes, diremos que existe:

- Cobertura incompleta de información, ésta es en gran número de caos insuficiente o escasamente fiable.
- Ausencia importante de información y deficiencias metodológicas no resueltas aún a escala internacional: definiciones imprecisas, etc.
- Existencia de estudios parciales o incompletos, etc.
- Desconocimiento, en muchos casos, de asociaciones de diferentes factores que pudieran hacer expresión en el nivel de salud.

Se debe, por ello, ser consciente de que en este primer contacto con la realidad de salud de la comunidad no se alcanzará, probablemente, un conocimiento exhaustivo. Sin embargo, sí puede alcanzarse la aproximación suficiente a las necesidades y problemas de salud, como para poder comenzar a orientar el trabajo en base a objetivos y metas de manera programada.

Se abre con ello un proceso para el desarrollo del nuevo modelo mediante el cual, y a partir de sucesivas y periódicas evaluaciones, pueda procederse al ajuste de objetivos y metas de manera que puedan alcanzarse cada vez mayores niveles de eficacia en el trabajo sanitario.

No obstante, su función definitoria de la situación en un momento determinado, el diagnóstico de salud no debe considerarse como algo estático, sino el punto de partida de un proceso de conocimiento progresivo y de información permanente, y así se debe informar a la población.

Esta situación viene a enriquecer la idea de que la especialización del periodista es absolutamente necesaria en temas de salud.

CAPÍTULO VIII: INTERNET Y LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Internet es un conjunto de redes interconectadas que comparten una misma normativa o protocolo de comunicaciones: tcpIp (transmission control protocol/Internet protocol. Internet representará en la relación médico enfermo y viceversa, así como en la educación para la salud, en un futuro muy próximo, una verdadera revolución que dejará todos los conceptos sobre estos temas, a otro nivel. ⁸¹

La anárquica riqueza de Internet ha irrumpido en las consultas de los médicos de Estados Unidos, alterando el balance tradicional de poderes y responsabilidades en el campo sanitario. Internet, hoy en el año 2.000, son más de cincuenta países los conectados a la Red que a su vez arrastran millones de ordenadores, tanto personales como profesionales.

En el campo de la Salud, proliferan las llamadas Webs o páginas que traten la relación enfermo médico y viceversa; con la posibilidad de conectar con páginas de Medicina, donde el paciente dispone de información para explorar el padecimiento que él cree que tiene.

En EE.UU. en 1999 dos millones de personas se lanzaron al espacio cibernético para encontrar una información sobre su padecimiento. La revista “Medicina” dice que estos nuevos pacientes llegan a saber más sobre su enfermedad que el mismo clínico que les atiende. Esta revista define el perfil de un “Internauta patológico”:

- Destina todas sus horas de ocio a conectarse a Internet, abandonando a su familia y amigos.
- Es capaz de robar horas al sueño y quedarse sin comer por navegar.

⁸¹ Rodríguez, P., La Medicina, 12 de septiembre de 1999, Madrid, p. 21.

- Desea compulsivamente encender su ordenador. Revisa su correo electrónico 20 o 30 veces al día. Es incapaz de controlar el uso de la conexión.
- Realiza movimiento voluntario o involuntarios similares a los que efectúan sobre su teclado.
- Suelen mantener en secreto el tiempo que están conectados.
- Utiliza la Red para escapar de sus problemas personales.
- Cuando pasan un tiempo sin entrar en Internet, se portan irritables, malhumorados y depresivos.
- Suelen preferir los contactos interpersonales que ofrece la Red a captar nuevos programas.

Las novedades que sobre investigaciones médicas se pueden encontrar en páginas de Internet hoy representan una atracción, no sólo para especialistas en la materia sino para los mismos pacientes que recurren a estas páginas buscando un remedio para su enfermedad entre las que se destacan: depresión, dietas para adelgazamiento, alergias, artritis, esquizofrenias, etc.

Ya existen páginas en las que los “navegantes” pueden encontrar repuesta directa de médicos especialistas e incluso intercambiar opiniones y documentación sobre su enfermedad.

Tal vez sea la solución muy próxima para, en determinados casos y circunstancias, desplazar a la tradicional consulta y el médico, desde su base, recibir por medio de la Red a sus pacientes. Ante tanta posibilidad de intercomunicación, los cambios estructurales de la consulta actual tendrán que ajustarse a la nueva situación que hoy son pocos los que la practican, pero que dentro de unos pocos años se estima que serán millones los que utilicen Internet para una consulta. De hecho, las empresas aseguradoras médicas, ya están realizando estudios sobre el tema para la creación de redes y terminales que harán que la comunicación enfermo-médico sea en principio y a través de la Red de Internet y con

imágenes, dando lugar este primer contacto, a establecer un diagnóstico que en el caso de gravedad o urgencia, se podrá actuar de inmediato enviando al domicilio las ambulancias denominadas UVI-unidad de vigilancia intensiva-.

Internet representa ante el paciente: efectividad, confianza e inmediatez, pero posiblemente se pierda algo el grado de humanismo que significa el “tu a tu” de la consulta tradicional.

Para no perder ese grado de humanismo, la primera consulta y el diagnóstico deben ser por medio de la entrevista personal y física y durante el tratamiento, el médico debe programar de forma que con cierta periodicidad se mantenga ese tipo de relación, enriqueciéndolo con consejos que es una forma de terapia que el enfermo siempre agradece y le ayuda a su curación. En Estados Unidos, el país más avanzado en estas lides, el gobierno patrocina 1.400 páginas de Internet sobre salud -www.healthfinder.gov-.

En Medscape (www.medscape.com) investigan y analizan todas las novedades sobre enfermedades y diagnósticos, más de 250.000 médicos y especialistas.

Navegando por www.nlm.nih se introduce el internauta en la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, el centro de mayor información sobre Biomédica del mundo. Según la revista MEDICINA, el Centro de Bioética de la Universidad de Pensilvania predice en forma figurada que los médicos van a tener que remar con más fuerza para poder mantener la distancia con sus pacientes.

Ya estamos viendo una transición: Internet va a afectar irrevocablemente la forma en que pacientes y médicos interactúan. El proceso de interacción médico-enfermo por este medio y lo que corresponde a la Sanidad Pública, llevará entre diez y quince años según los exper-

tos, dado que las facultades de Medicina tardarán en actualizar los sistemas pedagógicos que llevarán al nuevo médico a la práctica de la nueva metodología.

Por su parte, el enfermo estará más preparado y el ordenador será entonces un instrumento más de trabajo tanto dentro del hogar como en las escuelas, donde el niño desde las primeras edades tendrá como elemento habitual el manejo de la informática. El Dr. Morri, refiriéndose al futuro inmediato de la comunicación entre médico y paciente, dice: *“ya estamos viendo una transición; Internet va a afectar irrevocablemente la forma en que pacientes y médicos interactúan.”*⁸²

Diario Médico es una publicación dirigida especialmente a médicos y personal sanitario, se encuentra en Internet donde publica noticias como esta, que nos demuestran una vez más la importancia que cada día tiene este medio en la relación enfermo-médico y viceversa:

- Miércoles, 12/7/00, Mónica Coca.

“Latinia introduce un canal de salud destinado al público hispano. El público latino tiene una posición cada vez más preferente en Internet y las empresas del sector lo saben. La compañía Latinia Corporation ha lanzado en la red la comunidad Latinia, compuesta por diez portales verticales que se centran en el mundo que tiene el español como único idioma. Dentro de estos diez portales se encuentra L Salud, centrado en el mundo de la medicina. Ofrece distintos servicios que abarcan a todo tipo de públicos y tiene como objetivo educar en la prevención de la enfermedad. En sus contenidos abarcan desde temas relacionados con la medicina y ciencia, hasta reportajes sobre nutrición o informaciones relacionadas con el cuidado del cuerpo y la mente.

⁸² Morris, M., médico investigador sobre temas oncológicos en el Cancer Center M.D. Anderson de Houston (EEUU). Referencia del Dr. Galvez en su conferencia sobre “Futuro ya muy cercano de la Medicina a distancia”. Casa de Granada, Madrid, 1994.

En los diez portales temáticos destaca un elemento diferenciador. Así lo explica Marçal Gifra, ex ejecutivo de Terra y actual directivo de Latinia, *“nuestra característica es que los canales están basados en tecnología wireless. Sabemos que en el mundo latino no hay una gran penetración de Internet, pero sí del teléfono móvil que todos tenemos”*. De esta forma se consigue que los usuarios estén al tanto de lo que ocurre en el área que les interesa en todo momento mediante su teléfono. *“Latinia nace para crear portales verticales muy segmentados, tanto como el público al que nos dirigimos”*, afirma Pablo Ouziel, responsable del área de Marketing de la empresa.

En todos los portales, incluido el de medicina y salud hay información adaptada a la realidad de cada país. Cuatro son las áreas geográficas que abarca: España, Méjico, Argentina y Estados Unidos, además de Latinia como comunidad virtual. *“Queremos universalizar la cultura latina”*, declara Gifra, *“somos conscientes de que es un proyecto muy ambicioso”*. Actualmente L Salud, ya ofrece contenidos en la red destinados al profesional hispano y al público en general.

El profesor Alejandro Jadad⁸³ analiza el próximo futuro de la relación entre el médico y el paciente en Internet y en un artículo publicado en British Medical Journal⁸⁴ indica que *“Sólo por medio de alianzas innovadoras entre todos estos grupos-consumidores, gobiernos, industrias, instituciones académicas, etc., podremos triunfar en los retos que se nos plantean, a saber: conseguir una comunicación óptima, información sanitaria relevante y de calidad en el tiempo oportuno , en el sitio adecuado y con el formato correcto.”*⁸⁵

⁸³ Jadad, A., director del Centro de Medicina Basada en la evidencia de la Universidad MacMaster de Canadá.

⁸⁴ British Medical Journal (BDM), volumen 319, 18 de septiembre de 1999, pp. 761-764.

⁸⁵ M.M.C., Referencia en Diario Médico, 20 de septiembre de 1999, p.12.

Pero para el profesor Jadad resulta vital el desarrollo de mecanismos que mantengan el derecho a la intimidad en el uso de Internet en el campo sanitario. En España, la introducción de la informática en los centros escolares, desde los estudios de Primaria, e incluso en centros para personas mayores está siendo promocionada por las Administraciones públicas, que ha puesto en marcha una serie de programas que conducen a que toda persona con indiferencia de la edad pueda manejar un ordenador, y trabaja actualmente para reducir el coste que supone acceder y navegar en Internet. No olvidemos que España tiene una de las tarifas más altas de la Unión Europea.

8.1. CONSULTAS DE SALUD EN INTERNET DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

Consultas			
Estados Unidos		España	
Directores y supervisores	63%	Directores y Gerentes	27%
Encargados de material	35%	Material y Mantenimiento	9%
Departamento de Personal	47 %	Departamento de Personal	6%
Médicos	28%	Médicos	42%
Farmacéuticos	31%	Farmacéuticos	21%
Negocios (División de compras)	31%	Compras Hospitales	23%
Historial médico	22%	Historias (se desconoce)	-
Radiología	0%	Radiología (Se desconoce)	-
Laboratorios	0%	Lab. Anatomía Patológica	34%
Enfermeras	22%	Enfermeras (Direc, Enfermería)	9%
Otros	17%	Otros (hospitales)	10%
Fuente: The Harris Poll, censo de 1.006 adultos		Fuente: Análisis y entrevista personal del autor de la tesis. “www.thestandard. com” Publicado en Mundo 13-5-00	

En España tenemos pocos “portales” aún, mientras que en los EE. UU existen, en la actualidad, más de 200.000. Algunos de los portales que tenemos especializados en temas de salud y medicina son: Diario Médico, Ministerio de Sanidad, alguna CCAA, como la de Madrid, por ejemplo, y la iniciativa de determinadas aseguradoras privadas.

En Diario Médico, dirigido especialmente para médicos y sanitarios, las consultas van dirigidas mayormente a temas de legislación actualizada, concursos de traslados, congresos y reuniones profesionales. En el aspecto científico, las páginas de Diario Médico son consultadas sobre temas muy específicos que normalmente publica grupos de profesionales sobre novedades, experiencias en distintos campos de la Medicina- tratamientos en el ciclo menopáusico de la mujer, terapia para infartados coronarios, tratamiento de las neurosis en el campo de la psiquiatría, y comportamientos de distintos fármacos en enfermedades llamadas "modernas" que investigan en hospitales y centros especializados. La relación médico- enfermo y viceversa es un tema poco tratado y salvo alguna referencia a determinados congresos, reuniones o seminarios. El éxito de las numerosas páginas consultadas⁸⁶, son principalmente de las causas anteriormente consultadas. Carece, por tanto, de un servicio completo dirigido al enfermo y a personal no especializado.

8.2. MINISTERIO DE SANIDAD.

Este portal que ofrece www.msc.es, facilita al consultor direcciones de centros oficiales y principales organismos vinculados a la salud como a la Agencia Española del Medicamento, Instituto de Salud Carlos III y el Instituto Nacional de Consumo.

Aquí si puede el usuario no sanitario consultar directamente, en el caso de una emergencia,- no es que le resuelvan el problema en el momento, pero le indican en centro adecuado para cada circunstancia- ante un medicamento consumido en mal estado o la picadura de una serpiente, el ingesto de setas no aptas para el consumo y en general cualquier consulta que habitualmente el usuario desconoce y que puede traer consecuencias

⁸⁶ 1.471.961

graves si no se conoce el antídoto, por ejemplo de la picadura de una simple avispa o de abeja. En estos últimos días y por la nueva ministra de Sanidad, se ha puesto en Internet un portal con información más directa al usuario, portal que está patrocinado por una empresa privada.

El día 10 de abril de 2000, se presentó por el entonces ministro de Sanidad, Romay Becaría, el portal sanitario del INSALUD, que pretendía convertirse en una herramienta imprescindible para los usuarios de la sanidad, cuya dirección era www.insalud.es y, al que podrían acceder cerca de 4,3 millones de ciudadanos. Además, se ponía en marcha una Intranet corporativa para cerca de 140.000 profesionales del INSALUD. El objetivo era conseguir que tanto el portal para los usuarios y profesionales, como la intranet para los trabajadores del INSALUD, fuera un referente obligado de la sanidad pública española y que tanto los profesionales como los usuarios se sintieran en la necesidad de acudir a ellos cuando tuvieran que resolver algún asunto relacionado con la salud o necesiten información sobre la misma.

Al desaparecer el INSALUD, con el cumplimiento de las transferencias sanitaria a las CCAA, el portal dejó de funcionar. Algunas comunidades como la de Madrid⁸⁷, han abierto sus propios portales, desde el que incluso los pacientes pueden citarse con su médico de Familia o enfermero/a del centro de salud al que pertenezca.

8.3. PORTAL PARA EL CIUDADANO DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Desde su puesta en marcha en 2002, al recibir las competencias sanitarias, los principales objetivos son el promover la colaboración activa del ciudadano en el mantenimiento de la salud; aumentar la cultura sanitaria en la población (guías para pacientes)

⁸⁷ http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud/Page/PTSA_home

y potenciación de la participación del paciente en el proceso diagnóstico terapéutico. La “ventanilla única” de relación y contacto con los ciudadanos (información, tramitación, cita en Primaria). Los servicios a usuarios están orientados a grupos de población: la mujer (cáncer de mama, programa de atención integral a la mujer...); los jóvenes (anorexia, SIDA...); mayores (Alzheimer, programas de atención al anciano...) y; materno infantil (salud de la mujer y del niño, plan de atención a la embarazada...) y; prevención y promoción de la salud (cáncer, tabaco, alcohol...).

Además, incluye la normativa reguladora de prestación de servicios en el Sistema Nacional de Salud; se describen algunos procedimientos administrativos para el acceso a determinadas prestaciones; contiene una guía explicativa de medicamentos genéricos en la que se explica sus características, ventajas y propiedades; búsqueda de centros para que el ciudadano encuentre su centro de salud y hospital que le corresponde. Desde la página principal, se accede incluso a los reportajes de salud elaborados para CanalCAMTV.

8.4. INTERNET PARA LOS PROFESIONALES EN EL PORTAL DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

El portal posee, entre otros enlaces, uno especial para los profesionales, donde les facilita el acceso a los recursos de contenido sanitario y/o profesional existentes en Internet, especialmente el uso de bases de datos bibliográficas y de las revistas científicas que se pueden encontrar en la red disponiendo de un canal de comunicación, información y formación continuada para todos los profesionales. La Intranet corporativa pone a disposición de los profesionales, contenidos seleccionados en materia de información, guías de prácticas clínicas, bases de datos de conocimiento biomédico, facilitando además el contacto e intercambio de conocimientos.

También, incluye datos sobre organización, infraestructura, recursos y actividad del INSALUD; incluye el acceso a bibliotecas y recursos de interés para los investigadores, y se pretende que este canal pueda ser un foro de expresión de los trabajos de investigación que se realizan en nuestra organización e; incluirá datos de reuniones y congresos, para informar de las actividades de este tipo que se realizan en el marco del INSALUD e incluye además un mecanismo de búsqueda para poder encontrar información sobre otro tipo de reuniones o congresos.

8.5. PLAN DE TELEMEDICINA.

El portal sanitario del actual INSALUD y la “Intranet” corporativa para sus profesionales, se enmarcaron dentro del Plan de Telemedicina del INSALUD, elaborado en 2000. Las prioridades del entonces INSALUD en Telemedicina se centraban en facilitar la atención sanitaria en zonas aisladas; potenciar la continuidad de la atención sanitaria entre otros niveles asistenciales; mejorar la comunicación entre los centros sanitarios; disponer de herramientas para optimizar la gestión sanitaria; proporcionar un soporte a la asistencia domiciliaria; y desarrollar sistemas que sirvieran de apoyo a la toma de decisiones.

Pero, la Comunidad de Madrid quiere ir más allá y, en su sentido más amplio, ha entendido la telemedicina en cuatro grandes áreas de actuación: en procesos asistenciales que abarca desde la teleconsulta y telediagnóstico, hasta la monitorización y vigilancia a distancia de personas en su domicilio; como apoyo a la continuidad asistencial con el objetivo de que se mueva la información y no el ciudadano; portal sanitario al ciudadano para difundir al conjunto de la sociedad información referente a la prevención y tratamiento de enfermedades y promoción de hábitos de vida saludables; y portal corporativo para los profesionales

para favorecer el intercambio de información entre los facultativos y demás profesionales del INSALUD.

8.6. PRESUPUESTO.

El INSALUD ha apostado por las nuevas tecnologías con el fin de acercar el sistema sanitario al ciudadano y pretende ofrecer una gestión sanitaria más ágil, flexible y orientada al paciente. Para ello, el INSALUD dice haber realizado un importante esfuerzo presupuestario en los últimos cuatro años para llevar la cultura de los nuevos sistemas de información a los centros sanitarios. Si comparamos las dotaciones presupuestarias en informática en relación con los años anteriores, vemos que efectivamente se ha producido un incremento importante de cerca del 500% en este concepto. Sin embargo, la crisis actual puede paralizar esta progresión. Hay que esperar que estos beneficios lleguen al ciudadano en un periodo no superior a un año.

8.7. LOS MEDICAMENTOS EN INTERNET.

En este nuevo mundo informático, las compras por Internet ya son habituales. Las compras de medicamentos, que dadas la característica del producto, han sido hasta ahora anárquicas e incontroladas. Una persona podía adquirir un medicamento o un producto prohibido -no droga- con la mayor libertad y que originaron multitud de quejas y denuncias ante el Congreso Mundial de Farmacias. A partir de hace una década, la venta de fármacos por Internet, se realiza con toda garantía. La National Association Board Pharmacy de los Estados Unidos, ha sentado las bases⁸⁸

⁸⁸ V.C., Diario El Mundo, Suplemento de Salud, 6 de Septiembre de 1999, p. 3

para acreditar webs en los que se puede solicitar medicamentos con garantía total. Las firmas Planetrx, com. Drugstore.com y los Merck -MedcoRx Service son los tres primeros sitios que pueden disfrutar de permiso para la expedición de fármacos con certificación oficial. Para poder obtener esta acreditación oficial, la asociación de farmacéuticos de los Estados Unidos requiere una lista de requisitos entre los que destacan la identificación del paciente y la del médico que la receta, la confidencialidad del paciente y la enseñanza de los efectos secundarios.

8.8. PRECAUCIONES.

Si ante las grandes posibilidades de una cibermedicina, las leyes de los distintos países van acorralando los posibles fraudes que emergen de esta nueva tecnología, en cuanto al medicamento, las puertas a cuantos fraudulentos puedan ir apareciendo, se deben ir cerrando en beneficio de los que han optado por seguir un camino ético en la venta de medicamentos por Internet.

Ya han sido muchos los fraudes detectados, y que en su mayoría han sido por compra de posibles medicamentos de acción efectiva en distintas enfermedades y en muchos casos terminales, que han resultado verdaderos fraudes al resultar totalmente ineficaces pero que el paciente, ante la publicidad -no controlada- del producto ha desembolsado en muchos casos grandes sumas.

En los Estados Unidos donde las cosas en materia de Internet están más rodadas, la Internet Healthcare Coalition de Estados Unidos ha publicado unas normas para que los usuarios tengan en cuenta a la hora de conectar y solicitar algún servicio en relación con su salud⁸⁹.

⁸⁹ Blanco, I., Suplemento de SALUD de ABC, 3 de septiembre de 2000, Madrid, p. 4.

1. **DESCONFÍE** de los sitios médicos comerciales en los que se distingue la información médica de los textos que promocionan sus productos y servicios.
2. **CUANDO ACUDA A UN “CIBERDOCTOR”**, cerciórese de que éste incluye en su página de forma clara y accesible una dirección de correo electrónico, una dirección postal y su número de colegiado.
3. **MIRAR SIEMPRE LA ÚLTIMA FECHA** de modificación del sitio en el que se alberga el consultorio on line. Si los contenidos han sido revisados y/o modificados en unos días, huya de la web en cuestión.
4. **SI LE RECOMIENDAN ALGÚN MEDICAMENTO SUJETO A REGULACIÓN** administrativa, compruebe que ese fármaco ha sido autorizado por los organismos de control apropiados.
5. **OJO A LA PRIVACIDAD**: en todo momento deben **EXPLICARLE** qué datos están obteniendo cuando usted visita el sitio y si sus responsables los comparten con otras entidades. Si es así, deberán detallar sus nombres.
6. **CASI TODOS LOS CONSULTORIOS** incluyen una guía de enlaces relacionados. Compruebe de cuántos éstos fallan. **Si, de cincuenta, cinco dan error, deséchelo. No vale la pena.**
7. **UN SITIO DE CONSULTA E INFORMACIÓN** médica de garantía debe contar siempre con un buzón de sugerencias.

8.9. INTERNET CONTRA LAS NEGLIGENCIAS MÉDICAS.

Ya hay un portal que defiende al enfermo de los posibles errores médicos (www.negligenciasmedicas.com) y que está para asesorar cuando haya que poner una denuncia y salir en defensa de cualquier imprudencia sanitaria. Su cobertura se extiende a todas las especialidades médicas y su defensa va dirigida a aquellas personas que no se atreven a presentar una denuncia cuando son víctimas de alguna negligencia.

Según la Asociación que crea este portal en Internet (Asociación el Defensor del Paciente), las negligencias que se producen en los centros sanitarios -hospitales, ambulatorios, clínicas privadas, etc.- son muy habituales y que, en muchos casos, pasan desapercibidas para el paciente.

En el Congreso Mundial sobre Columna Vertebral, celebrado en Berlín en Agosto de 2000, se discutió sobre la efectividad de la cibermedicina, tan de moda en estos tiempos donde Internet juega fuertemente en las distintas comunicaciones a nivel mundial. Como bien apunta el Diario El Mundo, en su suplemento semanal sobre salud, hay *”tres datos para la inquietud: sólo el 15 por ciento de los cinco millones de artículos médicos que aparecen publicados cada año en las revistas “on-Line” son plenamente fiables y se ajustan a criterios científicos.”*⁹⁰

Doscientas de 17.000 páginas de salud analizadas, sólo ¡doscientas! gozan de un rigor suficiente que avale su fiabilidad. Otras de las conclusiones del citado Congreso y la tercera inquietud, tiene referencia al flaco favor que hace a la consulta presencial la proliferación, que cada día aumenta más, de los llamados “ciberconsultorios”.

⁹⁰ Arroyo, M., Diario El Mundo, 24 de febrero de 2000, p.72.

8.10.- INGENIERÍA Y SALUD

Las nuevas tecnologías que se desarrollan en la actualidad y con avances casi a diario, no pueden dar la espalda a la Medicina, que las aplica también a diario en centros ambulatorios para las pruebas diagnósticas y hospitales para intervenciones quirúrgicas y otros procesos destinados a la curación del enfermo.

Estas nuevas tecnologías, necesitan una preparación muy cualificada por parte de médicos y personal sanitario, ello ha conducido a la creación de centros educativos, bien estatales o particulares. La formación de título de grado para ingenieros que han de crear dispositivos bioelectrónicos.

La Universidad del País Vasco ha creado el Aula de Bioelectrónica , una iniciativa pionera en la comunidad autónoma y que es fruto del acuerdo marco entre la Escuela Técnica de Ingeniería de Bilbao y la Academia de Ciencias Médicas denominada Ingeniería y Salud.

El Aula de Bioelectrónica ofrece formación en Bioelectrónica y sus aplicaciones

En el diseño, análisis e implantación de sistemas de instrumentación biomédica, así como en la dirección de proyectos de fin de carrera. La Ingeniería Biomédica es la disciplina que aplica los principios y métodos de ingeniería a la comprensión, definición y resolución de problemas en Biología y Medicina⁹¹.

⁹¹ I. Revuelta -Diario Médico. 10.1.2012.

CONCLUSIONES

A) Relación enfermo-médico

El enfermo debe llegar al acto médico con la suficiente confianza de que va a ser atendido en su dolencia.

El enfermo debe expresarse siempre con claridad, veracidad y serenidad, exponiendo todas sus dudas sobre dolencia y síntomas.

El enfermo debe aportar ante el médico todos los datos sobre su padecimiento y los que requiera el médico sobre sus ascendientes.

El enfermo deberá cumplir el tratamiento y en el caso de interrumpirlo, comunicar la causa al médico.

En la comunicación con el médico, en centro hospitalario y siempre, debe huir de los comentarios sobre su padecimiento de otros enfermos o de los familiares

El enfermo debe siempre ser disciplinado en el cumplimiento terapéutico y atender las directrices que marque el médico o el equipo sanitario

B) Comunicación médico enfermo

El médico, al tratar a un paciente, debe preocuparse por conocer todas aquellas características del enfermo que resulten imprescindibles para documentar el posterior diagnóstico.

El médico debe esforzarse por explicar a sus pacientes las causas, síntomas, pronóstico y tratamiento de la enfermedad siempre que el enfermo lo desee.

El médico debe interesarse por averiguar si el paciente ha entendido verdaderamente la explicación dada sobre la enfermedad.

Debe facilitar al enfermo, oralmente y por escrito, información suficiente sobre el diagnóstico y la forma más correcta de seguir el tratamiento. La explicación debe resultar siempre inteligible, de fácil comprensión y valoración por parte del enfermo.

Ganar la confianza del enfermo en el médico y en el equipo de profesionales sanitarios, decisivo en la recuperación de la salud.

El médico ha de saber someter a un proceso de análisis, selección, contraste y valoración de la información que le facilita el enfermo.

La Administración ha de dotar a las consultas de Atención Primaria de los medios suficientes para que no exista masificación, y el acto médico resulte distendido y sin prisas.

Potenciar las condiciones que facilitan la comprensión, el recuerdo y el cumplimiento de los mensajes de salud:

En los Medios de Comunicación de Masas:

- Utilizar múltiples canales y a las horas accesibles para la audiencia elegida.

- Elegir el tiempo adecuado.
- Garantizar que el mensaje responda a necesidades sentidas por la audiencia.
- Promover la interacción con la audiencia cuando esto sea posible.
- Garantizar que los mensajes tengan un alto nivel de apoyo técnico y de los órganos gubernamentales, así como la aceptación en el ambiente del receptor.
- Facilitar a la audiencia oportunidades para expresar y practicar los mensajes recibidos.
- Procurar que se escuche y discuta el programa en grupos suficientemente representativos, a ser posible en los mismos consultorios y por los Médicos de Familia con representación de pacientes.
- Proporcionar la aplicación personal y promover conductas alternativas.
- Presentar el mensaje en forma inteligible evitando la “jerga” técnica.
- Ilustrar la información con ejemplos cercanos a los individuos o a las gentes a las que van dirigidos los mensajes.
- No dar muchos mensajes de salud al mismo tiempo.
- Dar normas específicas, detalladas y concretas a cerca de cómo llevar a efecto la prescripción de salud.

- Mostrar una actitud amistosa y cercana.
- Utilizar métodos educativos bidireccionales.
- Enfatizar el carácter de diálogo y acuerdo.

C) El periodista y la información de la salud

Debe especializarse en el tema de salud y conocer terminología médica.

Informarse de fuentes primarias: Laboratorios, Centros de Salud, Consultas médicas, hospitales, etc.

Acudir a las ruedas de prensa con desconfianza y analizar las exposiciones del convocante, para evitar publicidad de los intereses mercantiles o políticos.

El periodista, comunicador de temas de salud, debe tener siempre presente la claridad en la exposición.

El periodista podrá expresar su opinión sobre un tema específico de salud cuando esté avalado por un profundo conocimiento.

El periodista tiene el deber de poner al alcance de la mayoría los conocimientos de una minoría y, si se trata de temas sanitarios, el conocimiento es una necesidad vital y una cuestión de supervivencia.

Es imprescindible que los profesionales sanitarios deben romper con los prejuicios, cuando

los haya, para acercarse más a los medios de comunicación no especializados y fomentar más y mejor la promoción de la salud, aislando siempre que sea posible las interferencias políticas, burocráticas y comerciales.

Los medios de comunicación, con la ayuda directa de los profesionales sanitarios, son piezas claves para inculcar mejores hábitos de vida y favorecer el bienestar social, estrechamente ligado a la salud, y para ello es preciso acabar con los obstáculos que puedan entorpecer una labor tan humanitaria.

Si afirmamos y sostenemos que el ciudadano tiene derecho a estar informado, periodistas y, en el caso de la salud, los médicos y demás personal científico y sanitario, están obligados a satisfacer la creciente demanda social de información vinculada a la ciencia médica.

El seguimiento y la difusión de congresos, reuniones, seminarios y campañas de investigación, así como el contacto permanente con las fuentes informativas, han de dar cuerpo para la información sanitaria en los medios de comunicación social.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DOCUMENTALES

A) FUENTES BIBLIOGRÁFICAS

- **ARANA, J. I.** (1998): *Historias Curiosas de la Medicina*. Madrid, Espasa Calpe.
- **BRAJNOVIC, L.** (1974): *Tecnología de la Información*. Pamplona, EUNS.
- **CALLAHAN, D.** (1977): “Health and Society: Some Ethical Imperatis”, In *Doing Better and Feeling Worse*, edited by John H. Knowles. New-York: W.W. Norton and Co.
- **COHEN, M., y NAGEL, E** (1971): *Introducción a la lógica y al método científico*. Buenos Aires, Amorrortu Editores
- **COLL-VINENT, R.** (1984): *Ciencia documental: Principios y sistemas*. Barcelona, Mitre.
- **BARROSO ASENJO, P.** (1985): “Fundamentos deontológicos de las Ciencias de la Información”. Madrid, Mitre.
- **BERNARD S. Siegel** (1998): *Amor, Medicina Milagrosa*. Madrid, Espasa. Ed. Bolsillo.
- **BLÁZQUEZ, N.** (2000): *La nueva ética en los medios de comunicación*. Madrid, BAC.
- **BUNGE, M.** (1969): *La investigación científica*. Barcelona, Ariel.

- **CALLAHAN, D.** (1977): Health and Society. Some Ethical Imperative.
New York: Norton and Company.
- **CHIMENO RABANILLO, S.** (1992): La Información en el Ámbito Sanitario.
Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- **CHOMSKY, N.** (1973): El lenguaje del entendimiento. Barcelona, Seix Barral.
- **DEPARTAMENT** de Sanitat i Seguritat de la Generalitat de Catalunya. TER, J. M.:
La documentación, actividad informativa de las Cajas de
- **DESANTES GUARNER, J. M.** (1975): La documentación, actividad Informativa de
Las Cajas de Ahorros”. En Boletín de Documentación del Fondo para la Investigación
Económica y Social. Volumen 7.
- **DUBOS, R.** (1965): Man Adapting. New Haven, Con, Yale University Press.
o (1959): Mirage of Health. New York: Harper & Row.
- **EDMOND, D. C.** (1958): Los periodistas hablan. Buenos Aires, Ed. Agora.
- **ECO, U.** (2001): Cómo se hace una tesis doctoral. Barcelona, Gedisa.
- **ESTEVEZ Ramírez, F.** (1988): “Responsabilidad social del periodista especializado”,
en VV.AA. La responsabilidad pública del periodista. Pamplona, EUNSA.
o (1996): Fundamentos de la información periodística especializada. Madrid, Síntesis.

- **FERNANDEZ del Moral, J.** (1983): Modelos de Comunicación Científica para una Información Especializada. Madrid, Dossat.

- **FREDERIC, F., y OTROS** (1973): El lenguaje, la comunicación. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

- **FUNDACIÓN CIENCIAS DE LA SALUD** (1995): Ética y Humanidades. La responsabilidad de los médicos y centros hospitalarios frente a los usuarios de la Sanidad Pública y Privada. Madrid.

- **GARCÍA BALLESTER. L.** (1984): Los Moriscos y La Medicina. Barcelona, Ed. Labor.

- **GARRIDO FALLA** (1980): Comentarios a la Constitución Española. Madrid, CIVITAS.

- **GREEN, W. H., SIMONS MORTON, B. G.** (1988): Educación para la Salud. México, Ed. Interamericana-Mc.Graw Hill.

- **INSALUD.** Diagnóstico de Salud. 10. Sectorial de ambulatorio. Madrid.
 - o (1988): Guía del Usuario. Madrid.

- **JURADO SALVAN, E.** [coord.] (2004): La Reforma Sanitaria y los Medios de Comunicación. Madrid, Facultad de Ciencias de la Información, Universidad Complutense.

- **KISINGER, K. y BORCHARDT. S.** (1997): Tecnología de la Información Aplicada a la Atención Sanitaria. Bilbao, Ed. Deusto.

- **LAIN ENTRALGO, P.** (1983): La relación médico-enfermo. Madrid, Alianza.
o (1998): Historia Universal de la Medicina. Barcelona, Ed. Masson.

- **LÓPEZ MONDEDEU, C.** Utilización y Evaluación de los Métodos Audiovisuales. Diferentes Niveles y Grupos. Programa EDALNU. Madrid, Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

- **LÓPEZ YEPES, J.** (1977): Estudios sobre documentación de las Ciencias de la Información. Madrid, Instituto Nacional de Publicidad.
o (1978): Teoría de la documentación. Pamplona, EUNSA.

- **LÓPEZ YEPES, J., SAGREDO FERNÁNDEZ, F., Et Al.** (1981): Estudios de Documentación General e Informativa. Madrid; Seminario Millares Carlo.

- **LOZANO, J., PEÑA MARIN, C., ABRIL, G.** (1986): Análisis del discurso. Hacia una semiótica de la interacción textual. Madrid, Cátedra.

- **MARAÑÓN, G.** (1980): La Medicina y Nuestro Tiempo. Madrid, Ed. Espasa Calpe.

- **MINISTERIO DE TRABAJO:** El derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Madrid.
o Ordenanza General de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid, Textos Legales.

- **MORALES, J. F., BLANCO, A., HUICI, C. Y FERNÁNDEZ, J.M.** (eds.), (1985): Psicología Social Aplicada. Bilbao, Desclée de Brouwer,

- **MUÑOZ MACHADO, A.** (1989): Los Sistemas Sanitarios y su Organización. Fondo de Investigaciones Sanitarias. Madrid, Ministerio de Sanidad.
- **NÁJERA MORRONDO, P.** (1975): “El Hospital y la Asistencia Médica Primaria”, en Temas de Dirección Hospitalaria. Madrid, Publicaciones de la Dirección General de Sanidad.
o Métodos y Medios de Educación Sanitaria. Madrid, Publicaciones de la Escuela de Dirección y Administración Hospitalaria, nº 370.
- **ORIVE, P.** [Copilador y editor] (2000): Comunicación Sanitaria. Madrid, De Dossal.
- **PEITCHINIS, J.A.** (1982): La Comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. Madrid, Ed. Alhambra.
- **PÉREZ SOLER, A.** (1982): La Labor Propedagógica del médico. Barcelona, Ed. Medicina y Técnica.
- **RAMOS FERNANDEZ, L.** (1998): La ética de los periodistas. Vigo, Diputación de Pontevedra.
- **REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA** (1966): “Sociedad, Cambio Social y Problemas de Salud”. Discurso de De La Quintana López, P. (Contestado por el Dr. Pedro Laín Entralgo). Madrid
- **REVERTER, J. R.** (2000): La Frontera de la Medicina. Madrid, Díaz de Santos.
- **ROMERO RUBIO, A** (1971): Medios de Comunicación y Sociedad. Madrid, Ferreira.
o (1981, a): Metodología del análisis de contenido. Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.

- o (1981, b) “Creatividad y responsabilidad de la Información-comunicación. Nuevas Tecnologías”. Ponencia. Congreso Internacional .UCIP. Alemania, Ruppolding.
- o (1986): El Periodista y la Sociedad. Lisboa, UCIP.
- o (1988, a): “Teoría, metodología y práctica de la comunicación educativa”. Master de periodismo en educación. Madrid, Ed. Siena.
- o (1988, b): “Metodología de las Ciencias de la Información-Comunicación”. Texto inédito.
- o (1989-1990): “La Información-Comunicación en el Ámbito de la Administración Pública”. Curso de Doctorado. Facultad de Ciencias de la Información (UCM).
- o (1990): “Libertad de opinión y de expresión”. Documento. Consejo asesor de UCIP. Suiza, Baar.
- o (1999): “Teoría para una Interacción comunicativa médico-enfermo y viceversa”. Carta-Código sobre Comunicación y Salud. Ponencia FCI. Madrid.

- **SÁNCHEZ BRAVO, A.** (1981): Tratado de estructura de la información. Madrid, Latina Universitaria.
- **SAN MARTÍN PASCAL, M. A.** (1996): Análisis ético y deontológico del fotoperiodismo y de la imagen informativa periodística. Tesis Doctoral inédita (FCI-UCM).
- **SELLERAS SANMARTÍN, L.** (1990, a): Educación Sanitaria. Madrid, Ed. Díaz de Santos.
 - o (1999, b): Principios y Métodos de Educación Sanitaria. Programa de Educación. Publicaciones del Ayuntamiento de Barcelona.

- **SIEGEL, B. S.** (1988): Amor, Medicina Milagrosa. Madrid, Espasa Calpe.
- **SIMÓN DÍAZ, J.** (1971): La Bibliografía: conceptos y aplicaciones. Barcelona, Ed. Planeta
- **TERRIS, M.** (1980): “Approach to an Epidemiology of health”, en American Journal of Public Health, 65:1037-1045.
- **TORANZO, G.** (1968): El estilo y sus secretos. Pamplona, Eunsa.
- **VÁZQUEZ FERNÁNDEZ, F.** (1991): Ética y Deontología de la Información. Madrid, Paraninfo.
- **VILARDELL, F.** [coord.]: Ética y Medicina. Madrid, Ed. Espasa Universidad.
- **VV.AA.** (1969): El lenguaje en los Medios de Comunicación. Madrid, Escuela Oficial de Periodismo
- **VV.AA.** (1982): La Comunicación entre el personal sanitario y los pacientes. Madrid, Ed. Alhambra.
- **WILSON, J.** (1971): El lenguaje y la búsqueda de la verdad. Madrid/Barcelona, Edhasa.

B) FUENTES HEMEROGRÁFICAS

- ***El Médico.***- 10.XI-85.-Una buena información, indispensable para plantear la acción sanitaria.
- ***Noticias Médicas.***-25-V-88. La relación enfermo- médico. A. Núñez Puertas.
- ***Medifan*** (Revista médica) Noviembre, 89. “La alianza terapéutica: revisión de la relación médico-enfermo. G.W. Priss. EE.UU
- ***Medifan.***- (Revista médica) noviembre, 89. “Explicación médica sobre el resultado de la consulta” H. Oelkerrs. .EE.UU.
- ***Noticias Médicas.*** 5-VII- 90- “El acto médico”. H. Onesa. Madrid.
- ***Tribuna Médica.***-23-II-90. “Actitudes del enfermo ante el médico”. José S. Guzmán. Madrid
- ***El Médico.***- 1-X-93. Asistencia del anciano en la Atención Primaria . Dres. Gonzalo Bravo y Berta Suárez.
- ***El Médico.***- 1.IX.93. La Gripe, una patología que provoca mayor absentismo laboral. IT-Incapacidad Temporal- .
- ***El Médico.***- 1.X-93. “Del Médico General al Médico de Familia”. Editorial
- ***El Médico.***- 1.IX-93. Los españoles valoran mejor la sanidad privada. Encuesta del O.C.U. J.C. Vaquero.

- ***Blanco y Negro***.- Noviembre, 93. Médico y Enfermo. Dr. E.Sanz Ortega. - pag, de Salud.
- ***Diario Médico***. - 11-XI-93. “Los ancianos y enfermos terminales, gran reto para los médicos de familia.”
- ***Diario Médico***.- 10-XI-93. Perspectiva de futuro de la Medicina Familiar. Dr Barreiros.
- ***Diario Médico***.- 10-XI-93. Actividades preventivas en el adulto en la Atención Primaria. Editorial.
- ***Diario Médico***.- 10-XI-93. Los tratamiento son incumplidos en el cincuenta por ciento de los pacientes. Dr. Casado.
- ***Diario Médico***.- 15-XI-93. “El médico de familia es clave en el nivel de la calidad del Sistema de salud.
- ***El Magisterio Español***.- 1-XII-93. El tratamiento prospectivo para la salud. Resumen de las Jornadas sobre Educación Sanitaria en la Escuela. Valladolid.
- ***El Médico***.-10-VI-94.- Expertos en Derecho Sanitario analizan la relación médico-paciente y el secreto profesional.
- ***El Médico***.- 18-XI-94.- La Entrevista clínica. Juan Gervas
- ***Revista SALUD***.- 13-VII-95. Encrucijada clínica- encuentros para fomentar la relación médico paciente-.

- **Diario Médico.**-29.VII-95. Aciertos y desatino de una sentencia sobre la obligación de informar al paciente.
- **Tribuna Médica.**- 1.996 .- Fundación: Salud Pública
- **Tribuna Médica.**- 1.996. Investigación en Salud
- **Tribuna Médica.**-23-2-96. “Hay herramientas para evitar la deshumanización del hospital”
- **Diario Médico.**-4 -XI-96. El deber de cuidado por parte del médico se extiende hasta el alta del paciente.
- **Diario Médico** .-19-XI-96 El INSALUD reconoce las deficiencias en las tecnologías de la información
- **EL País.**- 29 -IX-96. La polémica información sobre temas de sanidad
- **Diario Médico.**30-I-97. “El paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento vital.
- **Diario Médico.** 7-II-97. Nueva relación médico-paciente.
- **Gaceta Complutense.**-Abril -97. Aula Complutense de Educación Sanitaria. “Un reto a la salud”. Miguel Cuadrado.
- **Diario Médico.**- 24-IV-97.La prueba de la información recae sobre el médico demandado.

- **Diario Médico.**- 9.V-97. La atención al enfermo, factor de calidad más susceptible de mejora.
- **Diario Médico.**- 12-II-98. “Es útil desarrollar la sensibilidad para acercarnos a los pacientes”.
- **Diario Médico.**- 23-II-98. El ojo clínico y el tercer oído.
- **Diario Médico.**- 17-III-98. “El hospital sin dolor”. En Bilbao se pone en marcha un Plan para evitar el sufrimiento. Jesús A. Gutiérrez.
- **El Médico.**- 8-IV-98. El dilema ético en la gestión sanitaria. Rafael Pacheco Guevara. Hospital de Murcia.
- **Diario Médico.**- 30.IV-98. “Institucionar la ética es básico para una buena práctica médica”. Dr. Jesús Cunill.
- **Diario Médico.**- 7-V-98. El paciente espera un buen médico y también un médico bueno”.
- **Diario Médico.**- 13-V-98.- Programas educativos de salud, a escena “ Hospital Clínico de Madrid.
- **Diario Médico.**- 14-V-98. “Conocer al paciente para mejorar su calidad de vida”. Proyecto europeo en el que participa España. Olga Salas. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- **Diario Médico.** 5-VI.-98. El INSALUD diseña un método para medir la satisfacción del usuario de los hospitales. S. Capitán.” El médico, ese olvidado gestor”. Dr. Luis Cabero. Sociedad Española de Ginecología.

- ***Diario Médico.***- 25-VI-98. “Ante los pacientes agresivos hay que ser enérgico y respetuoso. José M. Saazar. Serv. de Pediatría Hosp. Navarra.

- ***Diario Médico.***- 25-VI- 98- “Así será la gestión hospitalaria en el siglo XXI. Miguel Ángel Asenjo. Hospital Clínico de Barcelona.

- ***Diario Médico.***- 23-IV.98. “Hay que conceder al médico un margen de negligencia excusable”.

- ***Diario Médico.*** 18-VIII-98. Los hospitales deberán hacer un catálogo de su oferta quirúrgica. Sergio Alonso.

- ***El Médico.***- 3-9 Octubre, 1998. “Enfermedad y creación.” Ángel González de Pablo. Universidad Complutense de Madrid. Historia de la ciencia Médica. Unidad de Historia de la Medicina.

- ***El Médico.***-14 - 20 Noviembre, 1998.“La sanidad privada como hecho residual”.J. Pascual.-crisis de la conciencia médica de nuestro tiempo. Dr. De Santiago. Asociación Bioética de la Comunidad Autónoma de Madrid.

- ***El Médico.***- 28-4 diciembre. 98. Formación Continuada, Presentada la primera Fundación que estudiará la bioética. Se presentan los resultados del primer estudio europeo sobre “Participación en la Vida de los enfermos de Parkinson”. Más de 20.000 médicos participan en las Jornadas de Atención Primaria El SIDA desciende en España en un veinticinco por ciento. Abordaje a las demandas de la Atención Primaria” Dr. José M^a Mameus Beltrán. Neurología Hospital. Virgen del Camino -Pamplona.

- ***El Médico***.- Salud Pública. Iniciativas de las instituciones europeas de la salud de la mujer.
- ***El País***.- AVERROES: médico y filósofo -800 años de su nacimiento en Córdoba.
“Europa y la Modernidad.”
- ***Diario Médico***.- 3-12-98. El dolor infantil tiene un punto de referencia. Por una sonrisa infantil. Unidad del Dolor. Hospital “La Paz”. Madrid.
- ***Diario Médico***: -3-XII-98. Sentencia” Ignorar la Hoja de Ingreso hospitalario descuido muy grave y común” A. Sánchez Nicola.
- ***Diario Médico***. 3-XII-98. “La buena información -al paciente- reduce lista de espera. Fuencisla Martín. Admisión del hospital Ramón y Cajal”. Madrid.
- ***Diario Médico***.-3-XII-98.- La tarjeta “MP” (Médico-Paciente) permitirá visitar a 10.000 médicos. “Médico-Paciente”, nueva oferta en la sanidad privada en Cataluña.
- ***Diario Médico***, 1.998.- La calidad de la asistencia sanitaria empieza en el servicio de admisión.
- ***ABC***. 1999. “Los pacientes tiene derecho a su historia clínica pero con excepciones”. Madrid. Agencia EFE.
- ***Diario Médico***.-20.IX-1999. Nace un nuevo personaje: el “ciberpaciente”

- ***El Mundo***.- 8-IV-2000.- Suplemento. “SALUD”. Médicos más pequeños que las células. 7.1.975 en la sanidad privada en Cataluña.
- ***El Mundo***.-14-II-1999.-Los médicos tienen que mejorar la comunicación con sus pacientes.
- ***El Mundo***.- 26-IX-1999.-Suplem. “SALUD” .El potencial que ofrece la “WEB” depende del trabajo conjunto entre médicos y enfermos.
- ***Diario Médico***.- 13-X-1999. Aproximar el médico al paciente es el reto.
- ***Diario Médico***. 10-1-2012. Ingeniería Médica. Revuelta.

ANEXO

CONVENIO PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIGNIDAD DEL SER HUMANO CON RESPECTO A LAS APLICACIONES DE LA BIOLOGÍA Y LA MEDICINA”

(Aprobado por el Consejo de Ministros de 19 de diciembre de 1996)

(Aprobado por el Consejo de Ministros de 19 de diciembre de 1996. Vigente en 2010) Convenio relativo a los Derechos Humanos y a la biomedicina, elaborado por el Consejo de Europa y firmado por sus 40 países miembros y Estados Unidos de América, Canadá, Japón, Australia y la Santa Sede. La primera norma internacional sobre la materia aborda exhaustivamente el CONSENTIMIENTO INFORMADO, los ensayos clínicos el derecho a la intimidad y los interrogantes de la genética. El Convenio fue firmado el día 4 de abril de 1997.

“CONVENIO RELATIVO A LOS DERECHOS HUMANOS Y LA BIOMEDICINA”

PREÁMBULO

Los Estados miembros del Consejo de Europa, los demás Estados y la Comunidad Europea, signatarios del presente Convenio,

Considerando la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948;

Considerando el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950;

Considerando la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961;

Considerando el Pacto Internacional de los Derechos civiles y políticos y el Pacto

Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales de 16 de diciembre de 1966;

Considerando el Convenio para la Protección de las Personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal, de 28 de enero de 1981;

Considerando igualmente la Convención sobre Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989;

Considerando que la finalidad del Consejo de Europa es la de conseguir la unión más estrecha entre sus miembros y que uno de los medios para lograr dicha finalidad es la salvaguardia y el fomento de los derechos humanos y de las libertades; conscientes de los rápidos avances de la biología y la medicina; Convencidos de la necesidad de respetar al ser humano a la vez como persona y como perteneciente a la especie humana y reconociendo la importancia de garantizar su dignidad;

Conscientes de las acciones que podrían poner en peligro la dignidad humana mediante la práctica inadecuada de la biología y la medicina;

Afirmando que los progresos en la biología y en la medicina deben ser aprovechados a favor de las generaciones presentes y futuras;

Subrayando la necesidad de una cooperación internacional para que la Humanidad pueda beneficiarse de las aportaciones de la biología y la medicina;

Reconociendo la importancia de promover un debate público sobre las cuestiones planteadas por la aplicación de la biología y la medicina y sobre las repuesta que deba darse a las mismas;

Deseosos de recordar a cada miembro del cuerpo social sus derechos y responsabilidades;

Tomando en consideración los trabajos de la Asamblea Parlamentaria en este ámbito, comprendida la Recomendación 1160 (1991) sobre la elaboración de un Convenio de Bioética;

Decididos a adoptar las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones de la biología y la medicina, para garantizar la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona;

Han convenido lo siguiente:

CAPÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1

(Objeto y finalidad)

Las partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus derechos fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina.

Cada parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio.

Artículo 2

(Primacía del ser humano)

El interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.

Artículo 3

(Acceso igualitario a los beneficios de la sanidad)

Las partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptarán las medidas adecuadas a fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso igualitario a los beneficios de una sanidad de calidad apropiada.

Artículo 4

(Obligaciones profesionales y normas de conducta)

Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la experimentación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables a cada caso.

CAPÍTULO II. CONSENTIMIENTO

Artículo 5

(Regla general)

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada a cerca de la finalidad y naturaleza de la intervención, así como sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Artículo 6

(Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento)

1.- A la reserva de lo dispuesto en el artículo 17 y 20, sólo se podrá efectuar una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

2.- Cuando, según la Ley, un menor no tenga capacidad su consentimiento para la intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autorizada o una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y grado de madurez.

3.- Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, de una autoridad o persona o institución designada por la ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

4.- El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3 recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo

5.- La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada.

Artículo 7

(Protección de las personas que sufran trastornos mentales)

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan procedimientos de supervisión y control, así como los medios de elevación de recursos.

Artículo 8

(Situaciones de Urgencia)

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el

punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.

Artículo 9

(Deseos expresados anteriormente)

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

CAPÍTULO III. VIDA PRIVADA Y DERECHO A LA INFORMACIÓN

Artículo 10

(Vida privada y derecho a la información)

- 1.- Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud
- 2.- Toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud. No obstante, debe respetarse la voluntad de una persona a no ser informada.
- 3.- De modo excepcional, la ley podrá establecer restricciones de los derechos mencionados en el apartado 2.

CAPÍTULO IV. GENOMA HUMANO

Artículo 11

(No discriminación)

Se prohíbe toda forma de discriminación de una persona por a causa de su patrimonio genético

Artículo 12

(Pruebas genéticas predictivas)

Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad o detectar una predisposición o susceptibilidad genética a una enfermedad con fines medicos de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado.

Artículo 13

(Intervenciones sobre el genoma humano)

Únicamente podrá efectuarse una intervención que tenga por objeto modificar el genoma humano por razones preventivas, diagnósticas o terapéuticas y sólo cuando no tenga por finalidad la introducción de una modificación en el genoma de la descendencia.

Artículo 14

(No selección de sexo)

No se admitirá la utilización de técnicas de asistencia médica a procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer, salvo en los casos en que sea preciso para evitar una enfermedad hereditaria grave vinculada al sexo.

CAPÍTULO V. EXPERIMENTACIÓN CIENTÍFICA

Artículo 15

(Regla general)

La experimentación científica en el ámbito de la biología y la medicina se efectuará libremente, a reserva de lo dispuesto en el presente Convenio y en otras disposiciones jurídicas que garanticen la protección del ser humano.

Artículo 16

(Protección de las personas que se somete a un experimento)

No podrá hacerse ningún experimento con una persona, a menos que se den las siguientes condiciones:

I) que no exista un modo alternativo al experimento de seres humanos de eficacia comparable,

II) que los riesgos que pueda incurrir que no sean desproporcionados con respecto a los beneficios potenciales del experimento,

III) que el proyecto haya sido aprobado por la autoridad competente después de haber efectuado un estudio independiente acerca de su pertinencia científica, comprendida una evaluación de la importancia del objetivo del experimento, así como un estudio multidisciplinar de su aceptabilidad en el plano ético,

IV) que la persona que se preste a un experimento esté informada de sus derechos y las garantías que la ley prevé para su protección,

V) que el consentimiento a que se refiere el artículo 5 se haya otorgado libre y explícitamente y esté consignado por escrito. Este consentimiento podrá ser libremente retirado en cualquier momento.

Artículo 17

(Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento a un experimento)

1. Sólo podrá hacerse un experimento con una persona que no tenga, conforme al artículo 5, capacidad para expresar su consentimiento acerca del mismo, cuando se den las siguientes condiciones:

I. que cumplan las condiciones enunciadas en el artículo 16, párrafos (I) a (IV);

II. que los resultados previstos del experimento supongan un beneficio real y directo para su salud;

III. que el experimento no pueda efectuarse con una eficacia comparable con sujetos capaces de prestar su consentimiento al mismo;

IV. que la persona no exprese su rechazo al mismo.

2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, podrá autorizarse un experimento cuyos resultados previstos no supongan un beneficio directo para la salud de la persona si se cumplen las condiciones enumeradas en los párrafos (I), (III), (IV) y (V) del apartado anterior, así como las condiciones suplementarias siguientes:

I. el experimento tenga por objeto, mediante una mejoría significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfermedad o de su trastorno, contribuir a lograr en un determinado plazo resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o que padezca la misma enfermedad o el mismo trastorno, que presenten las mismas características ;

II. el experimento sólo represente para la persona un riesgo o un inconveniente mínimo.

Artículo 18

(Experimentación con embriones in vitro)

1. Cuando la experimentación con embriones in vitro esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión.

2. Se prohíbe la creación de embriones humanos con fines de experimentación.

CAPÍTULO VI. EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE DONANTES VIVOS PARA TRASPLANTES

Artículo 19

(Regla general)

1. La extracción de órganos o de tejidos para trasplantes sólo podrá efectuarse de un donante vivo en interés terapéutico del receptor y cuando no se disponga del órgano o del tejido apropiados de una persona fallecida ni de un método terapéutico alternativo de eficacia comparable.
2. El consentimiento a que se refiere el artículo 5 deberá ser libre y explícitamente otorgado, bien por escrito o ante una autoridad.

Artículo 20

(Protección de las personas incapacitadas para expresar su consentimiento a la extracción de órganos)

1. No podrá procederse a ninguna extracción de órgano o de tejidos de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento conforme al artículo 5.
2. De modo excepcional y en las condiciones de protección previstas por la ley, la extracción de tejidos regenerables de una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento podrá autorizarse si se cumplen las siguientes condiciones:

I. si se dispone de un donante compatible capaz de prestar su consentimiento,

II. si el receptor es hermano o hermana del donante;

III, si la donación es para preservar la vida del receptor,

IV. si se ha dado explícitamente y por escrito la autorización prevista en los apartados 2 y 3 del artículo 6, según la ley y de acuerdo con la autoridad competente.

V. si el donante potencial no expresa su rechazo a la misma.

CAPÍTULO VII. PROHIBICIÓN DEL APROVECHAMIENTO Y LA UTILIZACIÓN DE UNA PARTE DEL CUERPO HUMANO

Artículo 21

(Prohibición del aprovechamiento)

El cuerpo humano y sus partes, como tales, no deberán ser fuente de aprovechamiento.

Artículo 22

(Utilización de una parte extraída del cuerpo humano) Cuando una parte del cuerpo humano ha sido extraída en el curso de una intervención, sólo podrá conservarse y utilizarse con una finalidad distinta de aquella para la que hubiera sido extraída de conformidad con los procedimientos de información y de consentimientos adecuados.

CAPÍTULO VIII. CONTRAVENSIÓN DE LO DISPUESTO EN EL CONVENIO

Artículo 23

(Contravención los derechos o principios)

Las partes garantizarán una protección jurisdiccional adecuada con el fin de impedir o hacer cesar en breve plazo cualquier contravención lícita de los derechos y principios conocidos en el presente Convenio.

Artículo 24

(Reparación de un daño injustificado)

La persona que ha sufrido un daño injustificado como resultado de una intervención tendrá derecho a una reparación equitativa en las condiciones y modalidades previstas por la ley.

Artículo 25

(Sanciones)

Las Partes deberán prever sanciones apropiadas para los casos de incumplimiento de lo dispuesto en el presente Convenio.

CAPÍTULO IX. RELACIÓN DEL PRESENTE CONVENIO CON OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 26

(Restricciones al ejercicio de los derechos)

1. El ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección contenidos en el presente Convenio no podrán ser objeto de otras restricciones que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la prevención de infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas.

2. Las restricciones a que se refiere el párrafo precedente no podrán aplicarse en los artículos 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 y 21.

Artículo 27

(Protección más extensa)

Ninguna de las disposiciones del presente Convenio podrá interpretarse en el sentido de que limite o atente contra la facultad de cada parte para conceder una protección más extensa con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina que la prevista por el presente Convenio.

CAPÍTULO X. DEBATE PÚBLICO

Artículo 28

(Debate público)

Las Partes del presente Convenio se encargarán de que las cuestiones fundamentales planteadas por avances de la biología y la medicina sean objeto de un debate público apropiado, a la luz, en particular, de las implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas pertinentes, y de que sus posibles aplicaciones sean objeto de consultas apropiadas.

CAPÍTULO XI. INTERPRETACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CONVENIO

Artículo 29

(Interpretación del Convenio)

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos podrá emitir dictámenes consultivos, con independencia de todo litigio concreto que se desarrolle ante un órgano jurisdiccional, sobre cuestiones jurídicas relativas a la interpretación del presente Convenio, a solicitud de:

- El Gobierno de una de las Partes, una vez informadas la demás Partes.
- El comité instituido por el artículo 32, en su composición restringida a los representantes de las Partes en el presente Convenio, mediante decisión adoptada por mayoría de dos tercios de los votos emitidos.

Artículo 30

(Informes sobre la aplicación del convenio)

Cualquier parte a instancia del Secretario General del Consejo de Europa, proporcionará las explicaciones requeridas acerca del modo en que su legislación interna garantiza la aplicación efectiva de todas las disposiciones del presente Convenio.

CAPÍTULO XI. PROTOCOLOS

Artículo 31

(Protocolos)

Podrán redactarse protocolos de conformidad con lo dispuesto en el artículo 32, con el fin de desarrollar, en los ámbitos específicos, los principios contenidos en el presente Convenio.

Los protocolos quedarán abiertos a la firma de los signatarios del Convenio. Serán sometidos a ratificación, aceptación o aprobación, Un signatario no podrá ratificar, aceptar o aprobar los protocolos sin haber ratificado, aceptado o aprobado el Convenio con anterioridad o simultáneamente.

CAPÍTULO XIII. ENMIENDAS AL CONVENIO

Artículo 32

(Enmiendas al Convenio)

1. Las tareas encomendadas al “Comité” en el presente artículo y en el artículo 29 se llevará a cabo por el Comité Director para la Bioética (CDBI) o por cualquier otro Comité designado al efecto por el Comité de Ministros.

2. Sin perjuicio de las disposiciones específicas del artículo 29, todo Estado miembro del Consejo de Europa, así como toda Parte en el presente Convenio que no sea miembro del Consejo de Europa, podrá hacerse representar en el seno del Comité cuando éste desempeñe las tareas confiadas por el presente Convenio. y si dispone de voto en el mismo.

3. Todo Estado a que se refiere el artículo 33 o que haya sido invitado a adherirse al Convenio de conformidad con lo dispuesto en el artículo 34, que no se parte en el presente Convenio, podrá designar un observador ante el Comité. Si la Comunidad Europea no es Parte, podrá designar un observador ante el Comité.

4. Con el fin de tener en cuenta los avances científicos, el presente Convenio será objeto de un estudio en el seno del Comité en un plazo máximo de cinco años a partir de su entrada en vigor, y en lo sucesivo, a intervalos que determinará el comité.

5. Toda propuesta de enmienda al presente Convenio, así como toda propuesta de Protocolo o de Enmienda a un protocolo, presentada por una Parte, el Comité o el Comité de Ministros, será comunicada al Secretario General del Consejo de Europa y se transmitirá

por mediación del mismo a los Estados miembros del Consejo de Europa y a la Comunidad Europea, a todo Signatario, a toda Parte, a todo Estado invitado a firmar el presente Convenio conforme lo dispuesto en el artículo 33 y a todo Estado invitado a adherirse al mismo conforme a lo dispuesto en el artículo 34.

6. El Comité examinará la propuesta no antes de dos meses a partir de que le haya sido transmitida por el Secretario General, conforme al párrafo 5. El Comité someterá a la aprobación por el Comité de Ministros es texto adoptado por la mayoría de dos tercios de los votos emitidos. Una vez aprobado, este texto será comunicado a las Partes para su ratificación, aceptación o aprobación.

7. Toda enmienda entrará en vigor, con respecto a las Partes que las hayan aceptado, el primer día del mes siguiente a la expiración de un periodo de un mes a partir de la fecha en que se hayan comunicado al Secretario General su aceptación cinco Partes, comprendidos al menos cuatro Estados miembros del Consejo de Europa.

Para toda Parte que lo acepte posteriormente, la enmienda entrará en vigor el primer día del siguiente a la expiración de un periodo de un mes a partir de la fecha en que la mencionada Parte haya comunicado al Secretario General su aceptación.

CAPÍTULO XIV. CLÁUSULAS FINALES

Artículo 33

(Firma, ratificación y entrada en vigor)

1. El presente Convenio queda abierto a la firma de los Estados miembros del Consejo de Europa, de los Estados no miembros que hayan participado en su elaboración y de la Comunidad Europea.

2. El presente convenio será sometido a ratificación, aceptación o aprobación. Los instrumentos de ratificación, aceptación o aprobación se depositarán en poder del Secretario General del consejo de Europa.

3. El presente Convenio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un periodo de tres meses a partir de la fecha en que cinco Estados, que incluyan al menos a cuatro Estados miembros del Consejo de Europa, hayan expresado su consentimiento en quedar vinculados por el Convenio conforme a lo dispuesto en el apartado precedente.

4. Para todo consignatario que exprese posteriormente su consentimiento en quedar vinculado por el Convenio, el mismo entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un periodo de tres meses a partir del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación o aprobación.

Artículo 34

(Estados no miembros)

1. Una vez entrado en vigor el presente Convenio, el Comité de Ministros del Consejo de Europa podrá invitar a adherirse al presente Convenio, previa consulta a las Partes, a cualquier Estado no miembro del consejo de Europa mediante decisión adoptada por la mayoría prevista en el artículo 20, párrafo d) , del Estatuto del Consejo de Europa, por unanimidad de los votos de los representantes de los Estados Contratantes que tengan derecho a estar representados en el Consejo de Ministros.

2. Para todo Estado adherente, el Convenio entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la expiración de un periodo de tres meses a partir de la fecha del depósito del instrumento de adhesión ante el Secretario General del consejo de Europa.

Artículo 35

(Aplicación territorial)

1. Todo signatario, en el momento de la firma o en el momento del depósito de su instrumento de ratificación, aceptación o aprobación, podrá asignar el territorio o territorios a los que aplicará el presente convenio. Cualquier otro Estado podrá formular la misma declaración en el momento de depositar el instrumento de adhesión.

2. Toda Parte, en cualquier momento posterior, podrá extender la aplicación del presente Convenio, mediante una declaración dirigida al Secretario General del Consejo de Europa, a cualquier otro territorio asignado en la declaración y en el que asuma las relaciones internacionales o para el que esté habilitado para adoptar decisiones. El Convenio entrará en vigor

con respecto a este territorio el primer día del mes siguiente a la expiración de un periodo de tres meses a partir de la fecha de recepción de la declaración por el Secretario General.

3. Toda declaración hecha en virtud de los apartados precedentes podrá ser retirada, en lo que se refiere a cualquier territorio designado en dicha declaración, mediante notificación dirigida al Secretario General.

La retirada surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración del periodo de tres meses a partir de la fecha de la recepción de la notificación por Secretario General.

Artículo 36

(Reservas)

1. Cualquier Estado y la Comunidad Europea podrá formular, en el momento de la firma del presente Convenio o del depósito del instrumento de ratificación, una reserva con respecto a una disposición particular del Convenio, en la medida en que una ley vigente en su territorio no sea conforme a dicha disposición. Las reservas de carácter general no se autorizan según los términos del presente artículo.

2. Toda reserva emitida conforme al presente artículo incluirá un breve informe de la ley pertinente.

3. Toda parte que extienda la aplicación del presente Convenio a un territorio designado en una declaración prevista en aplicación del apartado 2 del artículo 35, podrá formular una reserva para el territorio del que se trate, conforme a los dispuestos en los apartados precedentes.

4. Toda Parte que haya formulado la reserva indicada en el presente artículo podrá retirarla por medio de una declaración dirigida al Secretario General del Consejo de Europa. La retirada surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración de un periodo de un mes a partir de la fecha de recepción por el Secretario General.

Artículo 37

(Denuncia)

1. Toda Parte podrá denunciar el presente Convenio, en cualquier momento, mediante notificación dirigida al Secretario General del Consejo de Europa.

2. La denuncia surtirá efecto el primer día del mes siguiente a la expiración del periodo de tres meses a partir de la fecha de recepción de la notificación.

Artículo 38

(Notificaciones)

El Secretario General del Consejo de Europa notificará a los Estados miembros del Consejo, a la Comunidad Europea, a todo Signatario, a toda Parte y a cualquier otro Estado que haya sido invitado a adherirse al presente Convenio:

a. toda firma;

b. el depósito de todo instrumento de ratificación, aceptación, aprobación o adhesión;

c. toda fecha de entrada en vigor del presente Convenio, conforme a sus artículos 33 ó 34;

d. toda enmienda o protocolo adoptado conforme al artículo 32, y la fecha en la que dicha enmienda o protocolo entren en vigor;

e. toda declaración formulada en virtud de lo dispuesto en el artículo 35;

f. toda reserva y retirada de reservas formuladas conforme lo dispuesto en el artículo 36.

g. cualquier otro acto, notificación o comunicación que tenga relación con el presente Convenio.

Hecho en Oviedo, España, el 4 de abril de 1997, en francés y en inglés, siendo ambos textos igualmente auténticos, en un solo ejemplar que será depositado en los archivos del Consejo de Europa. El Secretario General del Consejo de Europa transmitirá copia certificada conforme del mismo a cada uno de los Estados miembros del Consejo de Europa, a la Comunidad Europea, a los Estados no miembros que hayan participado en la elaboración del presente Convenio y a todo Estado invitado a adherirse al presente Convenio.