

arbitraje se eleva; para evitar eso y hacer que el procedimiento sea más eficiente, se dice que sean justamente los expertos en medicina, quienes conduzcan los arbitrajes médicos.

Existen buenas razones a favor de esa apreciación, siempre y cuando se considere que aún el médico que participa como árbitro en procedimientos de responsabilidad médica o de cualquier tipo de arbitraje médico, debe tener un entrenamiento suficiente en el lenguaje normativo que involucra el procedimiento arbitral, es decir, el experto en la materia es importante, pero ese experto debe tener una capacitación suficiente para poder entender el funcionamiento del procedimiento arbitral y para entender cualquier otro procedimiento alternativo de solución de conflictos, como su dinámica y su lenguaje.

De ahí que nos preguntemos: ¿Qué es más costoso, contar con un abogado que conozca de Medicina o un médico que conozca de Derecho? Parece ser muy claro, es menos costoso tener un médico que conozca algunos principios del procedimiento arbitral, eso es mucho menos costoso porque el conocimiento es simplemente menos especializado.

El otro argumento que se une al argumento económico se relaciona con la justicia distributiva y versa sobre la siguiente consideración: suele decirse que los medios alternos de solución de conflictos, excepto los medios arbitrales, es decir, la conciliación, la mediación y la negociación, no sólo son más eficientes desde el punto de vista económico, que los medios jurisdiccionales, sino que son más justos y en el largo plazo reducen los costos generales de la administración de justicia.

Se afirma que son más justos porque promueven la cooperación y evitan el conflicto. En algún sentido, lo que se quiere decir es que como no se trata de medios adversariales, no se toma una racionalidad estratégica adversarial, sino una racionalidad estratégica cooperativa.

El promover la cooperación implica en el largo plazo que las partes puedan mantener relaciones puras, eso en materia de salud es fundamental. Si existe un conflicto entre médico y paciente, pueden solucionar sus diferencias y mantener una buena relación futura, con lo cual a largo plazo disminuirán los costos de la administración de justicia, porque si no la logran mantener, se genera una dinámica en la cual priva solamente la racionalidad estratégica conflictiva y el conflicto.

Un segundo argumento general es aquel que tiene que ver con el fortalecimiento de la administración de justicia a través del fortalecimiento del Estado de Derecho.

Si recordamos que el primer argumento, el económico, nos decía que era más eficiente no crear tribunales, sino promover medios alternos para la solución de conflictos, se piensa que para satisfacer el derecho fundamental al acceso a la justicia en cualquier materia, especialmente en materias tan sensibles como la de salud, cuando promovemos medios alternos de solución de conflictos lo que hacemos realmente es crear un subsidio hacia las gentes menos favorecidas de la sociedad. Este subsidio intenta fortalecer la cuestión de la administración de justicia y del Estado de Derecho.

Si hacemos que la gente perciba como eficientes y como una alternativa viable para resolver sus controversias, quienes accedan a éstos, cuando son privados, serán sólo aquellos que pueden pagar por esos medios. No me refirieron a los públicos, solamente a los privados. El arbitraje, la mediación, la negociación privada y/o administrada por instancias privadas, son costosas, quienes acceden a ellas son quienes pueden pagarlos. Claro, al momento de

acudir a estos medios se crea una descongestión de las instancias jurisdiccionales, pero una descongestión que es aprovechada por las personas que no pueden pagar esos medios alternos privados, y que no tenían garantizado su acceso a la justicia antes por la propia saturación del sistema jurisdiccional.

En ese sentido, hay subsidio hacia las personas menos favorecidas, se protege o se garantiza su derecho fundamental al acceso de la justicia, con lo cual se mejora la administración de justicia y el Estado de Derecho, porque personas que no tenían acceso a la justicia, ahora lo tienen y podrán garantizar sus derechos. Tratándose de instancias públicas como el caso de la CONAMED o de algunas otras instancias como CONDUSEF o PROFECO, el argumento es relativamente similar, aunque no se hace explícito.

Cuando el Estado promueve instancias especializadas con procedimientos menos formales, más eficientes, se produce un incentivo para que las personas que puedan aprovechar estos mecanismos lo hagan descongestionando el sistema jurisdiccional, es decir, estos mecanismos son alternativos, lo cual quiere decir que los particulares podrán decidir si acuden a ellos o acuden a la vía jurisdiccional, no se les impone, se les permite.

Sólo aquellos individuos que perciben que los medios institucionales son eficientes acceden a ellos, y si lo hacen producen el mismo fenómeno, esto es, descongestionan el sistema jurisdiccional.

En este sentido, y si se perciben como eficientes se piensa que las instituciones públicas que administran medios alternos de solución de conflictos deben hacer esa función de forma correcta, una función principal es hacerlas públicas, es decir, publicitar que son eficientes y cómo funcionan orgánica y procedimentalmente, y diseñarlos para que todas las personas puedan acceder a ellos.

Si esto sucede, al final de cuentas, lo que se logra es garantizar un mejor Estado de Derecho.

La medicina basada en evidencias, efectos en la relación Médico-paciente

TTE. CRL. M. C. MELCHOR SÁNCHEZ MENDIOLA
HOSPITAL CENTRAL MILITAR

Egresado de la Escuela Médico Militar y de la Escuela Militar de Graduados de Sanidad, Universidad del Ejército y Fuerza Aérea. Es médico pediatra, especialista en Terapia Intensiva de Pediatría. Realizó estudios de posgrado en el Hospital General de Massachusetts, Bostón y en el Centro de Investigación Clínica del Instituto Tecnológico de Massachusetts, en EUA.

Ha sido jefe del área de Educación e Investigación del Hospital Central Militar y presidente de la Asociación de Medicina Basada en Evidencias A.C.

Actualmente es jefe del Departamento de Medicina Crítica Pediátrica del Hospital Central Militar y miembro numerario de la Academia Mexicana de Pediatría, entre otras memberships.

La plática para la que me invitó el Dr. Carlos Tena, es en relación con la Medicina Basada en Evidencias y la relación médico-paciente.

Antes de empezar la plática, quisiera leerles brevemente una cita de un autor de Harvard, profesor de Geología que publica un libro que se llama Narrative Based Medicine (Medicina Basada en

Narraciones). Dice así el autor: "...en julio de 1982 recibí la noticia que tenía un mesotelioma abdominal, un cáncer raro y generalmente asociado con la exposición al asbesto. Cuando desperté después de la cirugía, la primera pregunta que le hice a mi doctor y al quimioterapeuta fue la siguiente: ¿cuál es la mejor literatura técnica sobre el mesotelioma? El contestó con un toque de diplomacia, la única vez que se ha salido de su franqueza directa, que la literatura médica realmente no contenía nada que valiera la pena leer. Por supuesto, el tratar de mantener un intelectual lejos de la obra de la literatura y de la biblioteca, era como tratar de recomendar la castidad al *homo sapiens*, el primate más sexual de todos. Tan pronto como pude caminar, salí a la biblioteca médica de la Universidad de Harvard y escribí mesotelioma en el programa de búsqueda bibliográfica de la computadora. Una hora después, rodeado de la última literatura sobre mesotelioma abdominal, me di cuenta con un nudo en la garganta de por qué mi doctor me había ofrecido ese consejo tan humano. La literatura no podía ser más brutalmente franca y clara, el mesotelioma es incurable, con una mortalidad promedio a los ocho meses después de hecho el diagnóstico. Me quedé estupefacto por alrededor de 15 minutos y después sonreí y me dije a mí mismo, así que por eso no me dieron nada para leer, entonces mi mente empezó a funcionar de nuevo, gracias a Dios".

El problema puede plantearse brevemente de la siguiente manera: ¿qué significa mortalidad promedio de ocho meses en el lenguaje común y corriente? Sospecho que la mayoría de las personas sin entrenamiento en estadística leerían tal declaración como probablemente estaré muerto en ocho meses, exactamente la conclusión que se debe evitar tanto porque es falsa, como porque la actitud ante la enfermedad es probablemente lo más importante.

Al hablar de la medicina basada en la evidencia, me baso en la premisa de que la mayor parte de ustedes, si no es que todos, tienen ya el concepto de lo que es la medicina basada en la evidencia y saben que esta modalidad o manera de ejercer, y estudiar la medicina está cambiando la manera de cómo se practica y se enseña en muchos lugares del mundo, y vamos a ver únicamente algunos de los puntos relacionados específicamente con la relación médico-paciente.

El modelo de la relación médico-paciente ha cambiado dramáticamente, mi papá era médico, era urólogo y todavía recuerdo la adoración que le tenían sus pacientes, yo quisiera ahorita en el 2001 que alguno de mis pacientes me tuviera una pequeña fracción de la adoración que le tenían a mi padre cuando era su médico.

En otra época el médico era totipotencial, el paciente estaba olvidado, y nos olvidamos totalmente de que la razón de ser de todos nosotros, de que estemos aquí reflexionando sobre esto, es el padecimiento que le aqueja a una persona y para el cual busca ayuda por algún estímulo "yatotrópico".

Esto ha cambiado radicalmente, sobre todo en algunos países y aquí en México a pesar de las diferentes idiosincrasias en nuestro país, sigue impactando de esta manera: el paciente, como debe ser, es lo más importante. El problema es que aquí los médicos hemos pasado a un papel ya no quiero decir de técnicos, sino un papel vilipendiado, castigado, etcétera, etcétera, etcétera.

Decía alguna directora del Servicio de Salud de los Estados Unidos, creo que desde hace algunos años, confiaría más en mi abogado que en mi médico. Porque señala que el abogado siente que le va a decir más la verdad y le va a ofrecer realmente todas las opciones posibles, y el médico no, los médicos tendemos a ocultar la información de una manera impresionante.

Una triada de artículos que apareció en el *Lancet* hace algunos años sobre educación en medicina centra su atención en los cambios ocurridos en medicina. Han sido una serie de aspectos que no vamos a profundizar, tal vez lo más importante es la actitud, el cambio de actitud del paternalismo con el paciente, hacia el darle el poder al paciente que a fin de cuentas él es el que paga, él es el que se va a morir, él es el que va a tener secuelas neurológicas, él es el que va a perder una extremidad si se lo amputan, etcétera, etcétera. El paciente es el que debe tener la última decisión. Y, por otra parte, el cambio de la atención basada predominantemente en anécdotas de la experiencia personal individual, que no deja de ser válida, crucial, importante, indispensable, por una metodología que se ha denominado Medicina Basada en Evidencias.

Esta es una referencia impresionantemente valiosa en un número de *Annals of Sciences*, una de las revistas con más alto índice de impacto en la literatura médica de 1993 y que es el reflejo de un simposio que se llevó a cabo en Nueva York en ese año sobre la evaluación de las intervenciones de la atención de la salud: "Toda intervención de la salud tiene riesgo de producir daño y no hay intervención de la atención de la salud que sea totalmente inocua y gratuita". Entonces, tenemos que tener siempre en mente que todo puede producir daño o beneficio, pero en balance tenemos que producir más beneficio que daño. En la medicina tradicional, por llamarle de alguna manera, lo más importante o lo único importante es la competencia clínica, todo estaba centrado en nosotros. El médico por tradición era alguien egocéntrico, por lo menos de hecho, aunque no lo fuera así por su actitud o por sentimiento interno.

La evidencia producida por la investigación clínica se ha subutilizado tradicionalmente. La raza humana se gasta más de 50 billones de dólares anuales en trabajos de investigación, ella quiere obtener algo al respecto, no aceptaría si supiera la gran cantidad de huecos de conocimiento que tenemos a la hora de atender a los pacientes y que no consultamos esa información para proveerles la atención.

Otro punto relevante son las preferencias del paciente que también tradicionalmente tendemos a trivializarlas.

Después de lo anterior quiero mencionarles la definición de la disciplina, de la segunda edición del libro del doctor Sackett de "*Cómo Practicar Medicina Basada en la Evidencia*", en el cual se hace gran énfasis en la relación médico-paciente, en integrar la mejor evidencia investigacional, sea ésta la que sea y para ello se requiere tener la destreza suficiente en metodología científica, para saber diferenciar qué es bueno, qué es regular y qué es malo desde el punto de vista de la información científica con la que nos enfrentamos con la pericia clínica. En esta segunda versión de la definición se suavizó un poco el dogmatismo tan marcado a principios de la década pasada, cuando daba la impresión de que esto se centraba únicamente en estudiar la literatura científica y se dejaba de lado la pericia y la competencia clínica del médico, lo cual es absurdo.

Y por último, los valores del paciente. Para practicar la medicina basada en evidencia de una manera apropiada, el paciente está ahí, porque de él sale todo como en esta cita: "el estudiante comienza con el paciente, continúa con el paciente y termina sus estudios con el paciente". Todo lo demás son medios para un fin, el paciente es lo más importante, debe de ser lo más importante.

Los pasos que tradicionalmente se han planteado de la Medicina Basada en Evidencia, que están anotados en esta referencia original del *British Medical Journal* de hace seis años, involucran

al paciente en su etapa inicial y en la final que son las más importantes.

Se deja una pregunta clínica sobre un problema específico de un paciente que tenemos enfrente, un paso intermedio es la búsqueda de la literatura, evaluarla críticamente —no vamos a profundizar, no es el momento para esto— y tenemos que regresar al paciente; en las últimas etapas se va a implementar la información obtenida con los valores específicos que tiene el paciente, la percepción, la personalidad del mismo, etcétera, y, finalmente, evaluar nuestra actuación.

La Cruzada Nacional de Salud implica todo esto. Si vemos la portada del folleto, está la amabilidad, el respeto, pero no está la información a los pacientes. Ahí fracasamos, fracasamos rotundamente, es un camino, una subida que todavía nos falta mucho por ascender y, por otra parte, se nos pide que demos una atención médica efectiva.

La efectividad de una intervención se debe determinar de acuerdo al paradigma actual de la evidencia científica y no es nada más el yo siento y yo he visto un paciente así hace 10 ó 15 años.

En la segunda parte del reporte *Cerrando la Brecha de la Calidad*, elaborado por el Comité de Calidad de la Atención del Instituto de Medicina de los Estados Unidos en su calidad de asesor del gobierno federal norteamericano y que es el equivalente a la Academia Nacional de Medicina en México —la primera versión del libro salió hace como tres años y se llamaba *Errar es de humanos*— dice que los médicos matan de 50 a 100 mil gentes en Estados Unidos y que todos son por errores que son prevenibles, errores por fatiga, por ignorancia, etcétera, etcétera, tanto de enfermería como de médicos. Esta segunda parte del libro marca lineamientos para mejorar la calidad de la atención, y dentro de ellos está el otorgar evidencia de calidad científica a fin de darle información a los pacientes, y evitar que no varíe la atención, de una manera irracional, entre médico y médico o de un lugar a otro. El libro está disponible gratuitamente en Internet, publicado por la *National Academy Press* (www.nap.edu).

La relación médico-paciente ha cambiado dramáticamente. Hoy es plasmada por los artistas y se nota en una de las pinturas de *Norman Rockwell*, donde el médico distraído, está auscultando a la muñeca en vez de al paciente, que es una niña. Algunos de los cambios, sobre todo, en las especialidades quirúrgicas, el paciente dice que se siente bien y obviamente no hay que informarle: ‘a usted lo tenemos que operar porque tiene una piedra en la vesícula que en algún momento de su vida le puede causar la muerte, entonces tiene que ser sometido a una intervención’.

Buscando literatura sobre la relación médico-paciente y medicina basada en evidencia, en un libro producido por la editorial del Instituto Tecnológico de Massachussets en 1985, que es una antología de artículos sobre la relación médico-paciente, a la hora de buscar en *Medline* relación médico-paciente me encontré con dos cosas, una que es un término *mesh*, es decir el vocabulario controlado de la Biblioteca Nacional de Medicina en Washington, considera la relación médico-paciente como un término *mesh*, le da la categorización y la relevancia al término que eso implica y la otra sorpresa fue que rescaté más de 30,000 referencias, aunque faltaba todavía un mes para la plática, obviamente no saqué todas las referencias, saqué las que me parecían más relevantes.

El doctor *Davidoff*, quien fue editor de *Annals of Internal Medicine*, publicó un artículo en *JAMA*, hace algunos años que se llama *Medicina centrada en el paciente* y habla del cambio tan brutal que ha habido en la relación médico-paciente en las últimas décadas,

sobre todo en los Estados Unidos y la define como la atención de la salud que es estrechamente congruente y sensible para con los deseos, necesidades y preferencias del paciente.

Hay otra referencia, yo creo que es una de las mejores, es de dos doctores de Harvard, publicado también en *JAMA* en 1992, que proponen unos modelos de relación médico-paciente y probablemente sea la referencia definitiva a las diferentes variantes que existen sobre ésta, que define cuatro esquemas: el paternalista, que es lo que nos gusta. “Es muy cómodo ser el papá. Tómese esto, si no se curó es porque no se lo tomó bien o porque su organismo tiene algún trastorno genético que impide que se cure con lo que apropiada y científicamente le receté”.

La información, que es lo que algunos pacientes norteamericanos quieren: “usted dígame mis opciones y yo tomo la decisión, usted no es más que un técnico que me va a proporcionar la información”, opinan.

Existen dos modelos más, cognitivo y psicológicamente complejos, que proponen que, tal vez sean los óptimos, en un entorno donde hay una igualdad de intelecto entre el médico y el paciente, sean capaces de discutir las cosas de una manera profunda y de identificar con plenitud los valores personales de cada paciente.

En la relación médico-paciente entran diversos factores: en el médico la experiencia, los recursos, como decían ‘si no está el medicamento en mi hospital, pues no lo puedo poner por más que diga así la evidencia’. La educación que hemos tenido desde niños, la evidencia científica que está puesta por ahí, el miedo al litigio; ahí está también la auditoría y lo que se ha dado en llamar las características de disponibilidad, representatividad, etcétera; los mecanismos cognitivos que utilizamos y nos acordamos del último paciente, del paciente espectacular y con base en ello tomamos nuestra decisión.

El paciente también recibe entrada para su decisión de los medios, ahora que están de moda los medios, los amigos y los parientes, la experiencia personal del paciente, los recursos con los que dispone él también, así como la evidencia científica, el paciente debe hacerse partícipe de esto.

Y las segundas opiniones.

De tal manera que en la toma de una decisión, cuando antes lo que predominaba era únicamente esta parte del árbol de decisiones, la pericia clínica con un toque de juicio y otro toque de destreza, decidíamos qué hacer, ahora no. Ahora tenemos que tomar en cuenta la evidencia científica, el riesgo basal y la condición real del paciente, y los valores intrínsecos de cada individuo, que hacen diferente para cada persona.

Uno de los líderes mundiales de la atención a la salud basada en evidencia, en Inglaterra, habla de la comunicación médico-paciente y la plantea de la siguiente forma: ‘el clínico tiene que proporcionar la información al paciente, por eso vienen a consulta con nosotros, se supone que saben lo que decimos. Sabemos que debe haber una discusión bidireccional sobre esta información y el paciente debe de interpretarla. Nosotros debemos proporcionarle los elementos para que esta interpretación sea lo más apropiada posible’. De tal manera que tenemos la obligación moral, científica y ética, de proveer información basada en evidencia cuando ésta existe y de saber la fuerza de la evidencia que existe para apoyar tal o cual recomendación. Para ello tenemos que buscarla, encontrarla, evaluarla sistemáticamente y determinar la relevancia para el paciente. Pero no sólo lo tenemos que determinar nosotros, lo tiene que determinar el paciente auxiliado por nosotros.

Para evaluar la relevancia de la evidencia para el paciente individual, debemos tener una estimación lo más precisa posible de la probabilidad que existe para beneficio de la intervención, cuál es la magnitud del beneficio, la probabilidad y magnitud de los efectos adversos. Esto lo hacemos muy mal en la vida real.

Los pacientes tienen diversas fuentes de información: familiares, amigos y conocidos; reciben muchas publicaciones no médicas, algunos reciben publicaciones médicas y tienen acceso, a través de la red, a mucha información médica. En una caricatura del *British Medical Journal*, el doctor en su consultorio, tiene su computadora, está cansado, está desvelado y tiene en su escritorio un montón de papeles, las declaraciones de hacienda, los pendientes, los recados de los pacientes, con los que tiene que reportarse telefónicamente, el citatorio de la CONAMED. En fin, una serie de papeles que lo esperan en su escritorio. Del otro lado está un paciente disgustado porque tuvo que esperar algunos minutos. Y el paciente dice al médico (respecto a lo que ha bajado de Internet): lo siento doctor pero otra vez no estoy de acuerdo con usted.

De tal manera que el doctor *Barner Snack*, que escribió este libro llamado "Ciber Medicina", es uno de los pioneros de informática médica en todo el mundo. Él escribió este libro en el cual su tesis es que la informática médica le da poder a los doctores, pero sobre todo les da poder a los pacientes, para que el equipo de salud cumpla con un objetivo final común: que la salud del paciente tenga un mejor resultado.

En una referencia del boletín de la Asociación de Bibliotecarios Médicos de los Estados Unidos, cuya publicación está disponible a texto completo en Internet, viene una referencia que se llama la relación médico-paciente en un medio ambiente electrónico. En la actualidad, alrededor del 40 por ciento de las búsquedas que se hacen en Internet están relacionadas con la salud, esta información está actualizada diariamente y el paciente tiene acceso sin costo, sólo con el costo de acceso a Internet.

Otra muestra del cambio de paradigma del modelo médico-paciente es la Colaboración COCHRANE, la colaboración es una organización mundial que se encarga de recopilar las revisiones sistemáticas de todas las intervenciones de la salud de todo el mundo, haciendo una base de datos centralizada y permanentemente actualizada de lo que es útil en medicina. Este proyecto de colaboración comenzó como un proyecto inicialmente de médicos, pero actualmente tiene un *Consumer Network*, ya se creó una red del consumidor.

Revistas como el *New England Journal of Medicine* adoptaron desde hace algunos meses una variante que le llaman brevarios semanales, en donde los editores ponen resúmenes de los artículos que salen en el *New England* de ese día, escritos para la comunidad en general. De tal manera que el acceso que tienen las personas a la información de calidad es muy amplia en la actualidad, el médico mientras más se retrase en manejar este tipo de información está en desventaja ante el paciente.

Otro ejemplo es un editorial del *British Medical Journal*, en donde se habla de la información para los pacientes basada en evidencia, habla de qué características debe tener: "ser accesible", "ser aceptable para el paciente", debe "ser legible"; en este último hay un problema, porque la legibilidad de los documentos para la comunidad la bajan siempre como la televisión, a un nivel muy bajo de alfabetismo, de tal manera que puede ser algo demasiado simple para la sofisticación intelectual de gran parte de la población. La información tiene que ser comprensible, debe tener un estilo, una presentación apropiada, ser atractiva, tener certeza

y confiabilidad, debe actualizarse, tener las referencias, ser creíble, relevante y útil para el paciente.

Por ejemplo, en Inglaterra utilizan unos trípticos para pacientes embarazadas, les proporcionan la información durante el embarazo, en el cual le proveen de información relacionada a la presentación pélvica; ponen la información científica de tal manera que ella la pueda entender, para que tome la mejor decisión auxiliada por el médico.

Nosotros nos relacionamos con los pacientes con lenguaje verbal y no verbal. El más importante es el verbal, no quiero minimizar la importancia del no verbal, pero el verbal es como nos comunicamos, el verbal tanto hablado como escrito. Los que han estudiado esto estiman que la variabilidad de la manera como expresamos cuantitativamente el valor de algo, la magnitud de algo en medicina es impresionante y eso lo hacemos de una manera inconsciente porque así estamos acostumbrados a hablar en la vida diaria (a menudo, siempre, con frecuencia, probablemente, rara vez, etc.).

Por ejemplo, en una serie de artículos del *JAMA* sobre la relación médico-paciente —en un trabajo de investigación sobre las necesidades de información y las preferencias en cáncer de mama en los Estados Unidos de Norteamérica— entrevistan a mil 12 mujeres con cáncer de mama y encuentran que el 22% prefieren tomar la decisión, quieren elegir su tratamiento, que únicamente se les provea la información; 44% quiere tomar la decisión de elegir su tratamiento en colaboración con los médicos y hay un porcentaje importante de personas que quieren delegar la responsabilidad por una serie de factores emocionales, personales, individuales, familiares. El 42%, menos de la mitad, estuvieron tranquilas pensando que habían tomado la decisión con el control apropiado que querían ellas, porque casi siempre el doctor les quita la decisión de las manos.

En una entrevista hecha en Internet, en la página del *British Medical Journal* incluyó estas tres preguntas como paciente:

- 1) ¿Qué estilo de consulta prefiere? a) Que el doctor decida b) Que el doctor y el paciente decidan ó c) Que el paciente decida.
- 2) ¿Qué estilo de consulta predomina hoy? Predomina el estilo de consulta en donde el doctor toma todas las decisiones, pero hay algunos casi 300 de los 800 participantes que dicen que debe ser entre los dos.
- 3) ¿Qué estilo predominará en 10 años? Aquí más de 200 encuestados señalaron que el paciente es el que va a decidir. Aunque la mayor parte piensan que debe de ser algo en común.

La investigación sobre esto es fascinante pero tiene muchas limitaciones; hay otro trabajo de investigación realmente impresionante —publicado en el *Lancet* también hace un par de años— sobre la investigación del lenguaje en la comunicación médico-paciente, porque habitualmente esto se estudia con encuestas o con preguntas y es la punta del iceberg de todo lo que pasa en la interacción verbal.

En otro estudio utilizaron una metodología de investigación que se usa en lingüística llamada la concordancia, analizando con un software de computadora las palabras que decimos en una interacción, qué mensajes estamos mandando. Se realizó en 373 intervenciones de 40 doctores. No encontraron evidencia del uso de "jerga" lingüística, es decir, parece ser que los médicos tratan de minimizar el uso de "jerga" para que los pacientes entiendan mejor. Eso no quiere decir que nos entiendan. Los médicos utilizan un lenguaje casi siempre que implica el poder social, el poder

en la interacción y los pacientes utilizan un lenguaje que implica ausencia de poder, y el lenguaje del médico también va orientado a tranquilizar, a disminuir el estrés. Por eso, en este estudio se ejemplifica de una manera categórica, cómo vamos a orientar al paciente en la magnitud del beneficio de una intervención cuando ni nosotros mismos la percibimos.

Este es un estudio también del *Lancet* de 1994 hecho en Italia. Se entrevistaron a 148 médicos generales sobre un tratamiento para la "hiperlipidemia", y se les dice que tienen cinco intervenciones, de cinco trabajos de investigación. La primera intervención reduce el 34% del riesgo de un evento cardiaco; la segunda intervención reduce el riesgo en 1.4%; la tercera, la frecuencia de intervenciones libres de evento cardiaco aumentó de 95.9 a 97.3. En la cuarta, es necesario tratar 71 pacientes, como usted, para prevenir un evento cardiaco, y la quinta reduce el 34% de riesgo de ataque cardiaco con un incremento relativo a la mortalidad del 6%.

¿Qué escogieron los médicos?. Es increíble porque ni los médicos podemos percibir que todas esas opciones son exactamente lo mismo y que las casas comerciales, las compañías farmacéuticas, nos manejan a veces como títeres; la reducción de riesgo relativo que es la cifra predominante, la primera, la que se veía más grande, es utilizada en las propagandas comerciales de los medicamentos que nos dan en el consultorio.

Alrededor del 80% de los médicos escogía esa intervención y para todas las demás era de menos del 30 o hasta menos del 20%, porque suena como que sirve menos a pesar de que matemáticamente, estadísticamente, científicamente es la misma magnitud del beneficio.

Entonces yo les dejo esta inquietud, ni siquiera nosotros mismos podemos percibir con precisión y veracidad cuál es la magnitud del beneficio en la intervención, cómo vamos a comunicarle esto al paciente en un entorno emocional en el que ellos quieren sólo oír buenas noticias y parte del efecto terapéutico placebo de la atención médica es la misma atención emocional que proporciona el ver a un médico. Y la medicina basada en la evidencia se centra mucho en esto, tradicionalmente los médicos hemos trivializado la transmisión de esa información cuantitativa a los pacientes. Esto no quiere decir que nos debamos de convertir en esto, que dejemos de usar estetoscopio, no auscultarlos, palparlos, etcétera.

En mi unidad de Terapia Intensiva ingresó un niño con una neumonía complicada con derrame, en la historia clínica de ingreso en urgencias, el interno, el residente, todo mundo le puso que la exploración clínica era normal de los campos pulmonares. Le tomo una placa y tiene una imagen de un derrame pleural derecho y ante la duda le toman una tomografía de tórax, y en la exploración clínica le ponen exploración de campos pulmonares normal.

Eso habla muchísimo del fracaso educativo que también hemos tenido de que no se deje lo más importante de la relación médico-paciente que es la interacción clínica y ésta es una frase también tomada del *British Medical Journal*, de algún administrador de un hospital británico que dice: "Si no fuera por ustedes doctores y por sus malditos pacientes, entonces sí podríamos hacer que este hospital funcionara bien".

Porque el secreto en la atención del paciente es preocuparse por el paciente, cuidar al paciente, aquí es el juego de palabras en inglés del doctor *Francis Peabody* también de *Harvard*, publicado en el *JAMA* en 1927 y que son unas referencias clásicas lee

uno el artículo hoy y todo lo que dice es vigente para la atención del paciente y para relevancia de los trabajos científicos: "El secreto en la atención del paciente es preocuparse por el paciente".

A continuación, para finalizar, presento una pintura de Pablo Picasso, cuando tenía 18 años pintó un cuadro que no es de los Picassos famosos pero se llama "Ciencia y Caridad". En este cuadro está la ciencia ejemplificada por el doctor que le está tomando el pulso al paciente, está viendo su reloj de mano en las extintas visitas domiciliarias de antaño, y del otro lado la "caridad" está ejemplificada por el apoyo emocional y religioso que proporciona la enfermera religiosa y el bebé.

Lo más importante para el médico, así como el cuadro que tiene al centro el paciente, es el paciente. Entonces, la Medicina Basada en la Evidencia, desde mi punto de vista y desde el punto de vista de muchas gentes en el mundo, pone en el centro del cuadro al paciente como debe ser.

Los Conflictos Derivados del Acto Médico y las Propuestas de Solución en Latinoamérica. "Medicina de la defensiva en Argentina".

DR. JULIO LUIS MUNIAGURRÍA

Presidente de AMSA, que es la primera empresa prepaga descentralizada en la República de Argentina; es participante de las primeras jornadas de comunicación entre médicos y abogados de mala praxis, las historias clínicas del Instituto Médico Legal, S.A.; disertante en el primer Congreso Mundial de Salud y Derecho: Prevención de Mala Praxis e Historia Clínica, organizada por el Instituto Privado Argentino de Salud, miembro titular del Consejo Académico de Ética en Medicina de la Academia Nacional de Medicina; cuenta con un curso superior de Gerenciamiento Estratégico de las Empresas de Salud, Mala Praxis, Prevención de Riesgos y Acciones, organizada por la Universidad Católica de Argentina.

El primer punto que quisiera plantear es que, después de escuchar a quiénes me antecedieron, tengo más o menos claro qué es lo que está pasando en el resto de Latinoamérica. Uno tiene claro qué es lo que está pasando en su país, y creo que uno de los puntos más importantes que se rescatan de este tipo de reuniones, es lo que sucede en el contexto internacional.

Seguramente y después de las importantes ponencias que se plantearon entre ayer y hoy, seguramente varias de las cosas que pueda decir son repetición, pero me veo obligado un poco porque me parece interesante tener claro la situación de qué es lo que está pasando en mi país.

Para eso tenemos que hacer un diagnóstico y generar conclusiones para después ofrecer alternativas de solución e ir tratando de manejar mejor este grave problema que nos aflige derivado de la responsabilidad médica.

En primer lugar, tendríamos que definir ¿qué es el acto médico? Y decimos que es el proceso por el cual el médico se pone en contacto con el paciente y vuelva en él todos sus conocimientos profesionales para arribar a un correcto diagnóstico.

Esto parecería fácil y, por supuesto, era así de fácil, en 1955 empecé mi actividad profesional y me ha servido toda esa expe-