

comunicación es el principio que subyace al proceso terapéutico, que junto con el arte de la medicina y su interés por la singularidad de cada paciente, reconoce el impacto de la enfermedad o el trastorno en el paciente.

Hoy se identifica a la comunicación médico-paciente con una mala calidad, todo ello propiciado porque durante muchas décadas los médicos han adquirido las técnicas necesarias para comunicar malas noticias a pacientes y sus familiares por "osmosis" o mediante la "experiencia". Oscar Wilde definió a esta última como "la manera como todo el mundo llama a sus errores".

Desde los años 90's se reconoció la necesidad de incluir en los planes académicos de pre y post grado en medicina, el entrenamiento en habilidades para la comunicación e interacción. Doherty y colaboradores en 1990 describieron que la comunicación apropiada entre médico y paciente es la piedra angular de la práctica médica, basándose en investigaciones como la de Hampton en 1975 y Sandler en 1980, que describen a la información derivada de la entrevista médica como la fuente del 60 a 80% de los diagnósticos. Luego entonces, la base de la entrevista médica es la comunicación y la entrevista es en sí misma la base de la buena práctica.

Evans en 1991, encontró con un grupo que después de tomar parte en un curso de habilidades de comunicación, los estudiantes de medicina fueron más competentes para detectar y responder apropiadamente las sugerencias verbales y no verbales de los pacientes, y fueron capaces de obtener información más relevante de sus pacientes que el grupo control.

Por otra parte, se tiene evidencia relatada por Kaplan en 1989, que la buena comunicación médico-paciente impacta sobre los resultados de salud, en términos del estado funcional del paciente y de la evaluación subjetiva de la salud.

Otro estudio realizado por Falowfield en 1992 demostró que una mejor comunicación entre médico y paciente puede producir más consultas recompensantes para el médico, tanto en el plano profesional como en el personal. Todo paciente debe ser capaz de contar con un médico entrenado como atento oyente, observador cuidadoso, comunicador sensible y clínico eficaz, en caso contrario, juzgará sus habilidades de comunicación subjetivamente, malinterpretándolas como deficiente atención o capacidad técnica-científica.

Hasta aquí se ha mencionado sólo la interacción entre médico y sus formas de comunicación, pero debemos aspirar a que esta sea con calidad, con la calidad total que en nuestra era se reclama a través de la sociedad. En tal virtud, el presente panel plantea diversos abordajes sobre la calidad, que dada la brevedad del tiempo, los conferencistas, en los próximos 90 minutos sólo nos aproximarán a ellos, para obligarnos, posterior al planteamiento de dilemas, el emplazamiento a dialogar y proponer una mejora continua en la comunicación médico-paciente con calidad en nues-

tro país, considerando para su completa comprensión, el conocimiento de los diferentes tipos de comunicación existentes entre los humanos o en su relación asociada a la medicina, que se complementan con el resto de las presentaciones del Simposio.

Los participantes del panel nos expondrán el estado del arte que guarda la comunicación en su relación con la asistencia sanitaria, sus herramientas y algunas variantes de la misma, que inciden en la calidad asistencial, en las organizaciones de salud y sin pasar por alto, la importancia e influencia que hoy por hoy representa el desvanecimiento de las fronteras comunicacionales.

Me congratulo de participar en este panel que concatena la comunicación humana y la calidad de los servicios de salud.

Sin más preámbulo presento a nuestro primer conferencista: Dr. Miguel Romero Téllez.

Comunicación y calidad de la atención

DR. MIGUEL BERNARDO ROMERO TÉLLEZ

Estudió la carrera de medicina en la UNAM. Especialidad de medicina familiar en el IMSS. Certificado por el Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar. Tiene entrenamiento en psicoterapia familiar y es fundador del Centro de Estudios de la Familia Noroeste, en Hermosillo. A partir de 1989 inicia su interés por el estudio y aplicación de las teorías de calidad en servicios de salud. En el inicio de los 90's impulsó proyectos exitosos aplicando herramientas de calidad y elementos de gestión directiva efectiva en unidades médicas del sector salud en Sonora, por lo que fue invitado por la Dirección General del IMSS, formó parte de un grupo de instructores y asesores internos en materia de calidad, incorporando elementos de planeación estratégica a la práctica de la metodología de calidad; así participó en el proyecto de modernización de delegaciones del IMSS durante 1993 y 1995, asesorando directamente a 12 delegaciones del sistema en el país. Asesor médico en la Dirección Regional Noroeste del IMSS de 1995 a 1997, publicando 2 artículos de investigación científica en ese periodo. Comisionado por la Dirección General del IMSS en octubre de 1999 para participar en el conocimiento y análisis del sistema de salud catalán en Barcelona España, con enfoque en su proceso de reforma y gestión de calidad. Durante el año 2000 participó como asesor de la dirección de organización y calidad del IMSS, en el diseño y práctica

bilateral de la estrategia de calidad IMSS-SNTSS impulsando la participación de unidades médicas del norte del país en el premio IMSS de calidad. A partir de septiembre del 2000 fue invitado por el equipo de transición del entonces presidente electo para opinar acerca del proyecto de lo que hoy es la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, asume la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud de la SSA, a partir del inicio de la actual administración con la encomienda de diseñar un proceso de reingeniería de esa dirección y transformarla en Dirección General de Calidad y Educación en Salud, coordinando en éste año los acuerdos sectoriales para la implementación de la cruzada.

Es un privilegio participar en un evento de la CONAMED y aportar algunos conceptos y provocaciones, que se sumen al trabajo realizado por el Dr. Carlos Tena y su equipo desde la Comisión, para dar nueva imagen a esa Institución como principal aliada de la Cruzada, en busca de reflexión y concreciones, prever la medicina defensiva y mejorar la relación entre médicos y pacientes.

Para quienes estamos interesados en este tema, no ha sido fácil encontrar parámetros confiables. Revisar lo que desde la industria de la manufactura se ha producido como marco conceptual en calidad, hemos tenido que buscar otros referentes, porque es inconveniente transferir conceptos aplicables a la producción de bienes, cuando lo que trabajamos es la relación entre seres humanos. Un sistema de salud son personas que atienden personas.

Hay que partir de que el sistema de salud es un sistema complejo. Si la atención a la salud y la relación entre seres humanos es de suyo difícil, cuando se crea un diferencial entre un profesional y el no sabe y pide ayuda, entonces el asunto es todavía más complejo.

Avedis Donabedian es quien más investigó, generó y aportó al conocimiento en materia de calidad en servicios de salud. Estos son algunos de los elementos que sirven para establecer una definición de calidad en servicios de salud: un marco de valores, los beneficios, los riesgos y los costos. La mezcla de estos elementos, las dosis que la necesidad o el marco ideológico o político vaya marcando, pues va definiendo el concepto de calidad.

Otro elemento tomado de Avedis Donabedian es entender a la calidad como un fenómeno en donde se presentan simultáneamente dos dimensiones: la interpersonal y la técnica.

La dimensión interpersonal es la que tiene que ver con el contacto de las biografías, los mitos y los constructos de dos personas, una de las cuales representa una institución y su interlocutora puede representar otra. Ambas realizan la interrelación con toda una carga de experiencias y vivencias. Es el contacto de dos biografías. Esta es la dimensión interpersonal de la calidad.

La dimensión técnica es la que se establece a partir del conocimiento médico, de la *lex artis*, de las habilidades de la tecnología, y de lo que buscan aparentemente los pacientes cuando acuden al médico.

Con los clínicos es difícil abordar el asunto de la dimensión interpersonal. Somos formados para pensar en la dimensión técnica de la calidad. Incluso en la bibliografía, lo que está escrito en materia de calidad en servicios de salud, ha sido determinado o nombrado como "amenidades", lo que tiene que ver con el contexto, lo interpersonal de la calidad y la calidad técnica, que es para la que nos formamos o nos informamos.

La comunicación pareciera tener predominantemente su campo de reflexión de regeneración y de aplicación en la dimensión interpersonal: es el trato; la dimensión técnica es el tratamiento y los pormenores previos para definir un tratamiento. Este es un concepto revisado después de Donabedian y ha sido considerado para esta primera bifurcación del concepto, dimensión técnica y dimensión interpersonal. La comunicación parece que tuviera mucho que ver con la dimensión interpersonal, aunque no es sólo eso: es el contexto en el que se llevan a cabo las dos dimensiones.

La mano izquierda del médico tiene que ver con la dimensión interpersonal; la mano derecha está relacionada con su quehacer en la dimensión técnica de la calidad. El trato, la mirada, la temperatura que se cuida para tocar al paciente, la explicación, la información, la bienvenida, eso es la dimensión interpersonal de la calidad. También se encuentra en la limpieza del sitio, el santuario donde esto se lleva a cabo. Son muchas variables: la comunicación no sólo verbal sino también lo que dicen la forma cómo estén dispuestos los objetos y sus relaciones proxémicas con que está construido el consultorio, el quirófano o el laboratorio, donde esté dándose el servicio. Claro, los médicos buscamos curar, entonces la dimensión técnica es lo que nos interesa, lo que publicamos. La otra parte pareciera que para la gente es más importante.

En una encuesta de FUNSALUD hecha en el 2000, en la que se preguntó qué opina la ciudadanía acerca de la calidad de los servicios públicos, se encontró que los servicios de salud públicos no son vistos como el peor servicio, sin embargo sólo se encuentra un peldaño arriba de la policía. Las 1,034 entrevistas nos dicen que la ciudadanía opinó que los servicios de salud son menos buenos en su calidad que las escuelas públicas, el transporte, los teléfonos, el agua y el drenaje.

En su encuesta de satisfacción del año 2000, el Instituto Nacional de Salud Pública, con una muestra mucho más grande, a la pregunta ¿en el país, durante los últimos doce meses qué tan frecuentemente los doctores, las enfermeras u otros trabajadores de salud le explicaron las cosas claramente?, los resultados fueron: el 66.7% dijeron que siempre se las explica, el 18.2% que casi siempre, el 12% que

algunas veces y el 3.1% que nunca. Nos podemos ir con esta información. Sin embargo, hay que utilizar una escala de Likert. También se debe reflexionar acerca de lo que entiende la gente o cómo nos ve el paciente que exploramos. Esto nos mantiene, desde la conducción de la Cruzada por la Calidad, muy ocupados, porque hemos tratado de construir indicadores de calidad en la dimensión interpersonal, durante los procesos de atención a población indígena, y para ello utilizamos las encuestas que se aplican en la zona urbana sobre satisfacción con oportunidad, información y medicamentos. La primera vez que la aplicamos el año pasado, encontramos en diez comunidades indígenas que tienen niveles de satisfacción del 98%. Al reflexionar, resulta que no es cierto. Se consultó a antropólogos y personas serias y descubrimos que contestan lo que queremos oír. Responden desde una posición de opresión y por miedo. Se está revisando la estrategia a usar para preguntar. Analizando las cosas, se puede pensar que quienes respondieron explican sus enfermedades a los pacientes, lo hacen por miedo. "No vaya a ser que digo que nunca y estamos en un servicio público, capaz que ya no me vuelvan a atender o algo ocurre". Esto tiene que ver con la comunicación y con la calidad. Trato de ir al meta-nivel para saber preguntar y sacar las evidencias que buscamos: en la manera cómo se pregunte, el contexto sobre el cuál se pregunte, quién pregunte, a qué horas pregunte, detectar las características de la biografía a la que se pregunte, a la historia que se le pregunte, por tanto, la escala de Liker es para meterse hasta el fondo. En otras palabras, es perfectible el nivel de información que damos a los pacientes.

Otra pregunta: ¿con base en su experiencia fue tratado con respeto? Ahora, la cosa cambia porque los que fueron calificados con "muy bueno" son menos. Los buenos, dicen, es una mayor proporción. Sin embargo, hay que quedarnos con los "muy buenos" y su trabajo puede ser mejor.

Una tercera interrogación: Con base en su experiencia como paciente o ciudadano, ¿cómo calificaría la dignidad del trato que recibió en la institución de salud? De nuevo, el 22.7% afirman que fue muy buena. Este y los demás resultados son también cuestionables.

En síntesis, los pacientes nos están diciendo, a través de estos resultados, que hay que mejorar, y sólo tomando los indicadores de la dimensión interpersonal, de lo poco que hay en el país en este sentido. Ahora si preguntáramos entre los médicos ¿qué tan bueno es el nivel de calidad del servicio que otorga la Secretaría de Salud?, a lo mejor la respuesta es desde otra perspectiva, desde otro marco y aquí se captarían otros datos de esta misma encuesta.

Si se encuesta sobre el tema de la comunicación y se explora la percepción de la calidad de la atención en servicios ambulatorios de salud en nuestro país, los prestadores de servicios opinan que hay: falta de recursos materiales, falta de recursos humanos, problemas de relación interpersonal entre proveedores de servicios de salud, falta de mantenimiento,

falta de comunicación, problemas de relación interpersonal con usuarios y tiempos de espera del 1%.

Los pacientes dicen: el tiempo de espera es el principal problema de calidad; no mejora mi estado de salud; la manera como me hacen el examen clínico y los estudios de apoyo de laboratorio; el tiempo corto en que dura la consulta; los problemas de relación con el médico que me atiende, y el trato que me dan, más que el tratamiento.

Intento señalar que en una encuesta del Instituto Nacional de Salud Pública se concluyó que la calidad para el prestador del servicio es muy diferente de lo que entiende el paciente. Los pacientes, todo parece indicar, se ubican más en lo que es la dimensión interpersonal, aunque el 18% de los encuestados que dijeron percibir problemas de calidad consideraron que no mejoraba su estado de salud. Aunque es preocupante que no aparece entre las opiniones de problemas de calidad del prestador de servicio. Lo que plantean estos últimos es lo que falta para dar una buena calidad técnica. A los médicos nos interesa, y estamos muy preocupados, y que bueno, por la calidad técnica de la calidad.

Desde la perspectiva de los pacientes es la dimensión interpersonal la que domina. La otra, la dimensión técnica, parece que la entregan al médico y dejan en sus manos, y cuando eso se rompe, ó se aguantan ó buscan alguna instancia para ser defendidos y resolver el problema ó como lo hace CONAMED, aclarar la situación. Una fuente importante para hacer el diagnóstico para el diseño de la Cruzada, fueron los datos que tenía CONAMED, fue un elemento claro para decidir. Una gran mayoría de los procesos de conciliación se resolvían cuando se explicaba lo que se había hecho y las causas de lo realizado. En conclusión, la desinformación parece ser que es lo que genera el conflicto.

Recuerdo que en aquel tiempo, Carlos Tena todavía no era un alto funcionario en el Gobierno Federal, nos decía "entonces por qué no se les informa antes, evitaría muchas broncas". Ahora es el Comisionado y ese debe ser uno de los motores seguramente de lo que está trabajando CONAMED en el país.

Por mi formación, mi primer contacto con la comunicación fue la teoría de comunicación humana del grupo del *Mental Rich Institute* de Palo Alto, California. Ahí tuve la fortuna de aprender información de *Paul Baslavik* y de un grupo de especialistas como *Don Jackson*, conectados con un epistemólogo interesantísimo, el maestro *Gregory Bateson*, como lo conocían en Francia. Fueron construyendo una serie de elementos y se relacionaron bajo una perspectiva sistémica, con el fin de explicarse las conductas, los comportamientos, y la comunicación en las relaciones. Ahora que estudiamos algunas materias medio especiales como teoría del caos, de sistemas complejos y la no linealidad, encuentro que aquellas lecturas de los años ochenta apuntaban hacia la teoría de sistemas complejos. La obra de teoría de la comunicación humana generada en

Palo Alto y que después se fue desarrollando, sería una propuesta de marco teórico sobre el cual se analizara la comunicación en la dimensión interpersonal de la calidad.

El centro de la teoría son cinco axiomas: el primero señala que es imposible no comunicarnos; y es que la lógica que debe dominar, por lo menos un constructo, es permitir explicarnos lo que pasa entre las personas y en la calidad de la dimensión interpersonal. En la comunicación debe ser una lógica recursiva, circular y dialéctica. La forma de pensamiento médico es lineal, pero hay que entender que partimos de una línea que es la parte de una circunferencia. Tomo una decisión "A" que causa "B", pero hay que tener claro que sólo son puntos de la línea. Sin embargo, el problema es más complejo y va a dar vuelta, entonces no es posible no comunicar. Esto es, decir que si alguien comunica algo, aunque no hable, por sólo vivir se está comunicando, se obliga a quien se le dirige un mensaje a través del comportamiento a responder. No se puede dejar de responder a una comunicación; se puede inventar un dolor para no comunicar, pero no se puede dejar de responder, esto ocurre en el consultorio, en la recepción, en la farmacia, probablemente no ocurra en el quirófano porque los tenemos anestesiados y a merced, pero el organismo manda mensajes. Si se manipula algo hay una reacción, queda claro que hay circulación de las pautas de comunicación.

El axioma dos plantea que los niveles de comunicación fueron producto de la observación de muchas horas de video de sesiones de terapia con familias de pacientes esquizofrénicos. La comunicación tiene dos niveles: el contenido del mensaje y el de la relación. Este último propone, con el lenguaje corporal, no con lo que se dice, enviar el mensaje. Hasta una mentada de madre puede ser una caricia, depende el tono con el que se diga. Cuando oigo a Paquita la del Barrio en la colonia Guerrero que dice "me estas oyendo inútil", el tono me hace ver que no se dirige a mí. Se propone una relación a través de los tonos de la comunicación, que es dirigido al cerebro izquierdo para que lo pasen al derecho, ¿qué significa lo que digo? Es la comunicación entre médico y paciente que repercute en la relación entre ambos, y lo que es mi materia la dimensión interpersonal de la calidad.

El axioma tres señala que las secuencias comunicacionales son como espirales, pero si se analiza, entonces debe "puntuar" y encontrar el inicio: desde que llega el paciente, lanza mensajes y los médicos no debemos dejar de contestar con el lenguaje que fuere. Lo "puntuamos" desde la forma como lo recibimos o lo que hacemos. El que empieza espera una respuesta. Cuando el médico dice "pásele", "siéntese", "buenas tardes", o cuando el paciente señala que "vengo a que mande hacer un estudio", se está proponiendo una "mismidad de esa prueba", y el otro responderá, aunque no se dé cuenta va a responder.

Hay tres posibles respuestas: la confirmación, es decir, cuando llega el paciente y es recibido con un "buenas tar-

des", "cómo está", "siéntese", se está proponiendo como alguien amable, interesado por la persona, educado. En consecuencia, vendrá del otro lado una respuesta que puede ser: o se confirma, "así como tú te ves yo te veo", o la respuesta puede ser "así como tú te ves yo no te veo". Lo va hacer en el nivel relacional con su lenguaje corporal, con una mirada, con una sonrisa, con ironía. "Tú te querrás proponer como muy amable pero yo ya te conozco", pero eso no se dice, sin embargo, el contenido es lo que se expresa sin palabras y la tercera manera de responder, porque no es posible no comunicar ante una pauta de comunicación de relación, es la descalificación, es decir, el mensaje que te regreso es "ni te confirmo ni te rechazo, no existes". Esa es la peor manera de responder, aunque es la mejor de enfermar a alguien.

También hay maneras más sutiles. Una forma sutil de descalificar es decir "sí" siempre, lo que no significa informar o que al revés, digan "siempre eres el mejor del mundo", esa es una manera de descalificar porque la variación es la esencia de la vida. La descalificación es parte de un problema puntual que genera un problema de identidad. Si un médico trata en una institución de hacer lo mejor posible su trabajo y se propone en la relación con el paciente. Sin embargo, éste se limita a escuchar sin atender a la solicitud del médico para que explique su padecimiento. Cuando cansado el médico guarda silencio el paciente expresa: "¿no me va a mandar con el especialista?", ese es un caso de descalificación, lo que genera progresivamente un problema de identidad y provoca una pauta negativa circular en la dimensión interpersonal de la calidad en la relación médico-paciente, de la cual los pacientes se sienten insatisfechos.

Aquí el asunto es que existe un "yo" y un "tú", pero el asunto es "el nosotros", qué de cada "yo" y cuál de cada "tú" se pone al servicio del "nosotros" para crear una relación que se va a llamar como "el nosotros", y que en este caso es la relación de médico-paciente. "El nosotros" es lo que podríamos explorar y profundizar para definir la relación médico-paciente. No es el médico ni es el paciente, es la relación, por lo tanto se requiere ceder un poco de individualidad para adquirir una identidad que es "el nosotros".

La propuesta de "Mimiedad", a la luz de la teoría de comunicación es cuando se establece una relación. Cuando hablamos de la relación médico-paciente, que tiene la comunicación como el instrumento para definirla y que, desde la perspectiva de calidad, es la dimensión interpersonal de la calidad.

Las relaciones se establecen de dos maneras: son relaciones simétricas, es decir, se está al mismo nivel y se compite ó es una relación complementaria, donde alguien está abajo y entonces uno de los dos tiene la razón y el otro la acepta. Cuando nos comunicamos y nos proponemos, se establece una relación vana, se dan pautas y uno sabe cuándo está con alguien con el que hay competencia para no perder.

Simétrico no quiere decir igual, sino que están de puntas, están chocados. Lo complementario es que hay un desnivel.

Las relaciones más saludables son aquellas en las que hay una movilidad entre la simetría y la complementariedad, y las más perversas para la salud mental y para la identidad son las relaciones complementarias fijas, porque no hay identidad, se frena el desarrollo. Aplicado a la relación médico-paciente, a la comunicación y a la dimensión interpersonal de la calidad ¿qué tipo de relación establecemos con los pacientes?, ¿buscamos relaciones simétricas o complementarias, donde ellos siempre estén abajo o estemos frente a alguien que está compitiendo con nosotros? En todo caso, la competencia no por el conocimiento, porque en eso hay mucha desventaja para los pacientes. Es en su mismidad como personas cómo se les trata y cómo quieren ser tratados.

Por otro lado, está la importancia del contexto. ¿Cómo en el contexto institucional o el privado se tiene que mentir para acceder a tener un seguro privado? Ese contexto define las relaciones y puede descalificar al profesional, y el profesional encontrará en la dimensión interpersonal y en las pausas no conscientes de comunicación una venganza. Esto es parte de la complejidad del asunto, no hay "buenos" ni "malos". Si tuviera que adherirme a un grupo de "buenos", pues diría que los médicos, sin embargo, desde la perspectiva de calidad, "los buenos" son los pacientes. El contexto donde se realiza el acto médico influye muchísimo en la identidad de los dos. Uno de nuestros grandes retos en la medicina de la gestión pública, de los servicios de salud, es romper las pautas de interacción y de contexto que descalifican tanto al paciente como al médico. La identidad del médico y del paciente, y la relación de repente, tienen un gran reto.

Con la propuesta de construir un marco referencial sobre el cual explicarnos las cosas, desde una perspectiva circular y partiendo desde la complejidad, que no es fácil explicarse, pues hay otras propuestas desde el desarrollo organizacional, de desarrollo humano, desde la perspectiva de *best seller* de Virginia Satir y de otras, ahí están como herramientas, para ser aplicadas.

Estos son algunos componentes básicos de la comunicación efectiva que puede ayudarnos como profesionales. Tenemos una responsabilidad por explorar esto e irlo mejorando, para que los pacientes estén más satisfechos, se sientan mejor tratados y repercuta en un mejor trato para nosotros como profesionales, ahora que el poder ya no es tanto de los médicos sino que se transita hacia el poder del ciudadano, pasando por el de los administradores que van determinando el contexto, las pautas, las guías, los protocolos, el quehacer, y estamos en ese momento.

El programa IMSS-Solidaridad, que atiende a poblaciones de alta marginación en el país, ha editado un manual para el desarrollo humano organizacional para la calidad, donde están descritos todos estos elementos con algunos ejercicios muy interesantes. Me permito recomendarlos.

En el caso de la Cruzada por la Calidad de los Servicios de Salud, la dimensión técnica y la interpersonal están siendo promovidas con la nemotécnica y con el fortalecimiento de la calidad para el sistema de salud mexicano. Se está proponiendo que sea "trato digno" y "atención médica efectiva". Las características del trato digno son: Respeto, Información y Amabilidad (RIA) para empezarle a trabajar con la complejidad que significa.

La imagen objetivo es lograr sonrisas de los emisores y sujetos del servicio en el sistema de salud: sonrisas de amabilidad, de satisfacción y de comprensión. Pareciera que desde la perspectiva comunitaria comunicacional, la manera analógica más universal de demostrar que se está bien es sonreír. Las altas inteligencias sonríen como señal de ironía, pero en general la sonrisa parece ser que es el símbolo universal.

Les agradezco mucho la atención. Ha sido una provocación de cómo la calidad y la comunicación tienen conexión: la dimensión interpersonal y que sería muy peligroso dar recetas y definir las soluciones. Me parece que estos eventos organizados por la CONAMED los hacen importantes a ustedes, porque invitan a la reflexión sobre nuestro trabajo, pues laboramos con las personas, con seres humanos.

Muchas gracias.

La Comunicación como herramienta para garantizar la calidad asistencial

DR. MAXIMILIANO VILLANUEVA COMPAÑ

Médico cirujano por la UNAM. Especialista en gineco-obstetricia. Master in Hospital Administration Nueva Inglaterra. Director fundador de la maestría en Administración de Instituciones de Salud de la ULSA. Profesor de la Universidad de Nance Francia. Profesor, investigador y coordinador académico del Tecnológico de Monterrey. Miembro de la Federación Internacional de Hospitales en Londres Inglaterra. Miembro de la American Hospital Association en Chicago Illinois y de la Auph Arlington Virginia.

Muchas gracias:

Es un tema sumamente interesante, la comunicación resuelve todo: garantiza, asegura o promueve una nueva continua en la atención en la medicina asistencial.

El tema que nos tocó es la comunicación como herramienta para garantizar la calidad asistencial. Me impresionó este pensamiento de Fedor Dostoyevski y lo extrapolé a nuestro contexto: "Mucha infelicidad ha llegado al mundo debido al aturdimiento y a las cosas dejadas sin decir". Para nosotros, que nos dedicamos a la gerencia, a la administra-