

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**



TESIS

**DIAGNÓSTICO EN EL USO DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN LA COMUNICACIÓN DIALÓGICA CLÍNICA,
COMO INNOVACIÓN EDUCATIVA DESDE EL MODELO
DE COMPRESIÓN CRÍTICA DE LA CIENCIA EN PÚBLICO.**

**PRESENTADA POR
HEIDI ALEJANDRA ROSAS TREVIÑO**

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE

**DOCTORADO EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN
EN COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA**

OCTUBRE 2023

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**TESIS
DIAGNÓSTICO EN EL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA
COMUNICACIÓN DIALÓGICA CLÍNICA, COMO INNOVACIÓN EDUCATIVA
DESDE EL MODELO DE COMPRENSIÓN CRÍTICA DE LA CIENCIA EN
PÚBLICO.**

**Por:
Heidi Alejandra Rosas Treviño**

**Asesora:
Dra. Lucila Hinojosa Córdova**

**Como requisito parcial para obtener el Grado de DOCTORADO EN FILOSOFÍA
CON ORIENTACIÓN EN COMUNICACIÓN E INNOVACIÓN EDUCATIVA**

OCTUBRE 2023

**DIAGNÓSTICO EN EL USO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA
COMUNICACIÓN DIALÓGICA CLÍNICA, COMO INNOVACIÓN EDUCATIVA
DESDE EL MODELO DE COMPRENSIÓN CRÍTICA DE LA CIENCIA EN
PÚBLICO.**

Aprobación de la Tesis:

Dra. Lucila Hinojosa Córdova
Directora de Tesis y presidente de Jurado de Examen

Dr. Carlos Villanueva Valadez
Codirector de Tesis,

Dr. XXXXX
secretario de Jurado de Examen

Dr. XXXX
Vocal de Jurado de Examen

Dr. XXXX
Vocal de Jurado de Examen

Dra. Reyna Verónica Serna Alejandro
Subdirectora de Estudios de Posgrado e Investigación

Dedicatoria

A mis guías y amores.

Mis ángeles, mi abuelita Eloísa, Emma y Patricia Cerda Pérez.

Mis padres, mi mejor amigo y compañero de vida Omar y nuestros hijos Paula y Daniel.

Los amo siempre.

AGRADECIMIENTOS

A los miembros de la Facultad de Ciencias de la Comunicación de la Universidad Autónoma de Nuevo León que facilitaron la posibilidad de mi logro profesional, especialmente la Dra. Lucila Hinojosa y a la Dra. Reyna Verónica Serna, subdirectora de Estudios de Posgrado e Investigación.

Resumen

Heidi Alejandra rosas Treviño
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Ciencias de la Comunicación

Título: Diagnóstico en el uso del consentimiento informado en la comunicación dialógica clínica, como innovación educativa desde el modelo de comprensión crítica de la ciencia en público.

Número de páginas: 367

Área de estudio: Doctorado en Filosofía con Orientación en Comunicación e Innovación Educativa

Propósito y método de estudio:

Se llevó a cabo un diagnóstico de los modelos de comunicación de la ciencia utilizados en la relación entre la práctica médica del estudiante de quinto año en adelante, denominado *interno* y el residente, un médico titulado cursando el cuarto año de especialidad, en este caso, ginecología y pediatría y sus pacientes en cuatro hospitales, dos públicos y dos privados de la ciudad de Monterrey, N. L., cuyo objetivo fue hacer un análisis del uso del consentimiento informado como una estrategia de innovación educativa. En el campo de las ciencias clínicas, el modelo ideal de atención centrada en el paciente atiende a una comprensión crítica de la ciencia, con una base constructivista. El tercer modelo de la comunicación de la ciencia (CUSP), propuesto por Tinker, identifica al paciente como un interlocutor capaz de consensuar su bienestar por medio del diálogo.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la investigación, aún no se atiende al paciente como un ente consciente de su tratamiento clínico, sino como alguien incapaz de ser una persona libre para tomar sus propias decisiones basadas en el conocimiento y su propia voluntad. Los diversos contextos en el que se desarrolla la atención médica como el estrés y la rutina, hacer ver con frecuencia a las personas como *enfermedades a resolver* aunado a la falta de competencias humanistas hace que pierdan la noción de valorar la confianza que un ser humano deposita en otro para restablecer la salud del paciente en el binomio clínico.

Como propuesta se plantea un programa de estrategias para la educación de comunicación en salud centradas en el modelo de comprensión crítica de la ciencia centrada en el paciente (CUSP), en dónde el médico respeta la autonomía del paciente. Los comités de bioética y las capacitaciones de las esferas clínicas deben tomar en cuenta que la competencia comunicativa de sus profesionales es nuclear para el desempeño de su profesión médica.

Firma del asesor _____

Dra. Lucila Hinojosa Córdova

TABLA DE CONTENIDO

	<i>Pág.</i>
Hoja de aprobación	0
Dedicatoria	III
Agradecimientos	IV
Resumen	V
Introducción	4
CAPÍTULO I. NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL ESTUDIO	9
1.1. Antecedentes	9
1.2. Planteamiento del problema	10
<i>1.2.1. Formulación del problema de investigación</i>	<i>12</i>
1.3. Objetivos de la investigación	13
<i>1.3.1. Objetivo general</i>	<i>13</i>
<i>1.3.2. Objetivos específicos</i>	<i>13</i>
1.4. Preguntas de investigación	14
<i>1.4.1. Pregunta central</i>	<i>14</i>
<i>1.4.2. Preguntas subordinadas a la pregunta de investigación</i>	<i>14</i>
1.5. Justificación de la investigación	15
1.6. Criterios para evaluar la investigación	17
<i>1.6.1. Conveniencia del estudio</i>	<i>17</i>
<i>1.6.2. Aportaciones teóricas</i>	<i>18</i>
<i>1.6.3. Relevancia social</i>	<i>18</i>
<i>1.6.4. Implicaciones prácticas</i>	<i>19</i>
<i>1.6.5. Innovación metodológica</i>	<i>19</i>
1.7. Limitaciones y delimitaciones del estudio	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL	25
2.1. Marco filosófico	25
<i>2.1.1. Origen, fin y deber de la profesión médica</i>	<i>25</i>
<i>2.1.2. Fenomenología de la comunicación entre el médico y el paciente</i>	<i>28</i>
<i>2.1.3. Epistemología de la profesión médica</i>	<i>29</i>
<i>2.1.4. Axiología del médico y su paciente</i>	<i>31</i>
<i>2.1.5. El pensamiento crítico en la relación médico-paciente</i>	<i>32</i>
<i>2.1.6. Marco Filosófico del consentimiento informado</i>	<i>33</i>
2.2. Memoria histórica de la praxis médica	34
<i>2.2.1. Cambios paradigmáticos en el uso de la profesión médica</i>	<i>35</i>
<i>2.2.2. Origen histórico del consentimiento informado</i>	<i>38</i>
<i>2.2.3. Consecuencias históricas del siglo XX en medicina</i>	<i>38</i>
<i>2.2.4. El poder en la profesión médica</i>	<i>41</i>
<i>2.2.5. El juicio de los médicos</i>	<i>41</i>

	<i>2.2.6. Organización Mundial de la salud</i>	42
	<i>2.2.7. Punto de inflexión para el nacimiento de la Bioética médica</i>	42
	<i>2.2.8. La necesidad de alfabetizar (literacy) según la Unesco, 1970</i>	45
	<i>2.2.9. Objetivos de desarrollo sostenible 2030 de la ONU</i>	46
	<i>2.1.10. La comisión de arbitraje médico, agente regulador de la praxis médica</i>	47
	<i>2.2.11. Marco legal en México de la praxis médica.</i>	47
	<i>2.2.12. Lex artis ad hoc</i>	50
	<i>2.2.13. Normas de atención médica</i>	50
	2.3. Marco de educación	53
	<i>2.3.1. Modelo de educación constructivista para el logro del aprendizaje</i>	53
	<i>2.3.2. La filosofía educativa de John Dewey</i>	54
	<i>2.3.3. El constructivismo performativo de Vigotsky</i>	55
	<i>2.3.4. La educación para democratización del conocimiento</i>	56
	<i>2.3.5. La libertad como aproximación al diálogo en Paulo Freire</i>	57
	<i>2.3.6. La comunicación como educación. Enfoque constructivista</i>	59
	<i>2.3.7. Competencias comunicativas necesarias para la educación del médico</i>	60
	<i>2.3.8. Las competencias comunicativas entre los interlocutores</i>	61
	<i>2.3.9. El aprendizaje educativo en la praxis clínica</i>	61
	2.4. Marco de comunicación	62
	<i>2.4.1. El mensaje: la salud</i>	62
	<i>2.4.2. Marco de comunicación general</i>	63
	<i>2.4.3. Declaración de Helsinki</i>	64
	<i>2.4.4. Multidireccionalidad de la comunicación en el campo clínico</i>	65
	<i>2.4.5. identidad en la relación médico-paciente</i>	68
	<i>2.4.6. Comunicación dialógica</i>	69
	<i>2.4.7. El racionalismo estratégico de Karl Otto Apel y Jürgen Habermas</i>	77
	<i>2.4.8. El concepto de interlocutor válido de Karl Otto Apel</i>	79
	<i>2.4.9. Comunicación en salud</i>	80
	<i>2.4.10. Habilidades efectivas de la comunicación en salud</i>	82
	<i>2.4.11. Modelos de comunicación en salud</i>	84
	<i>2.4.11.1. Modelo Calgary</i>	84
	<i>2.4.11.2. Modelo Kalamazoo I y II</i>	85
	2.5. Antecedentes de la Comunicación de la ciencia: el acelerado desarrollo tecnológico y el encuentro con la sociedad.	91
	<i>2.5.1. Comunicación de la ciencia</i>	92
	<i>2.5.1.1. Modelos de comunicación de la ciencia de Tinker</i>	93
	<i>2.5.2.2 Alfabetización para la comunicación</i>	96
	2.5.2 Marco Bioético	98
	<i>2.5.3 Consentimiento informado</i>	103
	<i>2.5.3.1 El valor del consentimiento informado para la alfabetización</i>	106
	CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	112
	3.1. Tipo de investigación	112

3.2. Hipótesis del estudio	115
3.2.1. Cuadro de variables	116
3.2.2 Definición de las variables	122
3.2.3. Operacionalización de las variables	127
3.3. Población y muestra	129
3.4. Técnicas e instrumentos de medición	129
3.5. Trabajo de campo	131
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	134
4.1. Análisis de los resultados cualitativos de los grupos focales y cuestionarios en profundidad.	135
4.1.1. <i>comunicación en salud</i>	136
4.1.2. <i>consentimiento informado</i>	146
4.1.3. <i>Modelo de comprensión crítica de la ciencia en público</i>	156
4.1.4. <i>Principios normativos bioéticos</i>	164
4.2. Sondeo de respuestas de los pacientes encuestados.	179
4.3. Discusión.	196
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	199
5.1. Conclusiones	199
5.2. Propuesta	202
5.2. Recomendaciones	204
Bibliografía y referencias	207
ANEXOS	228
Acerca del autor	0

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Ética de la profesión médica	28
Figura 2.	Contexto en el que se da el aprendizaje.	30
Figura 3.	Recursos epistémicos en la relación médico-paciente	31
Figura 4.	Marco de convergencia en la bioética clínica	45
Figura 5.	Uso del consentimiento informado según la NOM-004-SSA3-2012	53
Figura 6.	Derechos humanos, según el orden jurídico	61
Figura 7.	Relación virtuosa en la relación médico-paciente	68
Figura 8.	Funciones del consentimiento informado	74
Figura 9.	Comunicación en salud	81
Figura 10.	Etapas de una entrevista en la consulta	85
Figura 11.	Actividades a desarrollar en la comunicación con el paciente	88
Figura 12.	Modelo de alfabetización en salud	96
Figura 13.	Tres condiciones para que se dé la autonomía en la RMP	102
Figura 14.	Componentes básicos para la validez del consentimiento informado	102
Figura 15.	Rasgos deseables en un buen médico	104
Figura 16.	Modelo del consentimiento basado en la información	105
Figura 17.	Comprensión en lo que dice el médico	180
Figura 18.	¿Se llega a consensuar?	181
Figura 19.	Existe una comunicación dialógica dentro de la consulta	182
Figura 20.	Comprensión en lo que dice el médico	183
Figura 21.	En la consulta el médico enseña al paciente	184
Figura 22.	Comprensión del tratamiento	185
Figura 23.	Comunicación pública de la ciencia según los pacientes	186
Figura 24.	Cuál es un trato justo según los pacientes	188
Figura 25.	Cuál es un trato no maleficiente según los pacientes	189
Figura 26.	Cuál es un trato beneficiente según los pacientes	192
Figura 27.	Cuál es un trato autónomo según los pacientes	193
Figura 28.	Características deseables en un médico por parte de los pacientes	194
Figura 29.	Habilidades deseables en un médico (no en indicadores)	196

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Significado del ágora: lugar de encuentro entre la ciencia y el público	27
Tabla 2.	Aportaciones y trayectoria y del concepto de salud	61
Tabla 3.	Elementos del proceso de comunicación interpersonal	64
Tabla 4.	Tipos de expresiones a interpretar en la comunicación no verbal, por parte del médico	65
Tabla 5.	Herramientas del lenguaje para la construcción verbal	66
Tabla 6.	Rasgos básicos de la idea del sujeto en la interacción	69
Tabla 7.	Características clave de la comunicación en salud	75
Tabla 8.	Claves de la comunicación en salud	80
Tabla 9.	Pasos de la comunicación efectiva en salud en la consulta	81
Tabla 10.	Cinco maneras de evaluar las habilidades interpersonales y de comunicación	88
Tabla 11.	Las claves de una comunicación eficaz	89
Tabla 12.	Beneficencia en la relación clínica	98
Tabla 13.	El profesionalismo en salud	101
Tabla 14.	Objetivo del consentimiento informado	102
Tabla 15.	Derechos del paciente en el consentimiento informado	103
Tabla 16.	La autonomía del consentimiento informado en el paciente	105
Tabla 17.	Legitimación del consentimiento informado según la norma oficial	108
Tabla 18.	La praxis correcta en la información clínica	108
Tabla 19.	Cuadro de variables	120
Tabla 20.	Habilidad comunicativa	135
Tabla 21.	Escucha activa en el paciente	137
Tabla 22.	Comunicación verbal y no verbal	140
Tabla 23.	Qué hacer para disminuir la ansiedad y el miedo	140
Tabla 24.	Uso de la comunicación en paciente con incompreensión o dolor	141
Tabla 25.	Diferencia entre la teoría y práctica de su aprendizaje en la escuela de medicina y en los hospitales	143
Tabla 26.	Competencias comunicativas en la aplicación del consentimiento informado	144
Tabla 27.	Conocimiento clínico del médico sobre el consentimiento informado	146
Tabla 28.	Tipos de consentimiento informado que conoce y aplica en los hospitales	147
Tabla 29.	Aplicación del consentimiento informado en los hospitales	150
Tabla 30.	Aseguramiento de la comprensión en el paciente sobre el consentimiento informado	152
Tabla 31.	Aceptación del consentimiento informado por el paciente	153
Tabla 32.	Conocimiento de los derechos de los pacientes por parte de los internos y médicos titulados	153
Tabla 33.	Comprensión de la importancia del consenso en el personal de salud	155
Tabla 34.	Información del estudio o tratamiento hacia el paciente	156

Tabla 35.	Respeto al paciente frente a un estudio o tratamiento	157
Tabla 36.	Comprensión del paciente en el campo clínico	158
Tabla 37.	Consenso en la toma de decisiones	160
Tabla 38.	Alfabetización al paciente en el campo clínico	161
Tabla 39.	Interacción con el paciente	162
Tabla 40.	Intencionalidad en la elección de la profesión médica	164
Tabla 41.	Cualidades de un buen médico	166
Tabla 42.	Diferencias entre el conocimiento teórico y la práctica clínica	168
Tabla 43.	Conflicto entre lo aprendido y la realidad en el campo clínico	170
Tabla 44.	Diferencias culturales de la relación entre el médico y su paciente	172
Tabla 45.	Cumplimiento de los principios bioéticos en los médicos titulados dentro del campo clínico	173
Tabla 46.	Cumplimiento de la no maleficencia dentro del campo clínico	174
Tabla 47.	La confianza del paciente hacia el médico como principio de beneficencia	175
Tabla 48.	El cumplimiento de autonomía del paciente en el campo clínico	176
Tabla 49.	Habilidades comunicativas deseables en un médico	178
Tabla 50.	Análisis: Justicia	185
Tabla 51.	Concepción de actitudes no maleficientes según los pacientes	187
Tabla 52.	Concepción de actitudes beneficiantes	189
Tabla 53.	Características de una consulta ideal entre el médico y el paciente	193
Tabla 54.	Qué se espera en el trato al paciente	193

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La interpretación del dolor que hace el médico acorde a lo que su paciente le dice, es factor indispensable para su restablecimiento, pero no siempre es así. En la educación positivista de la profesión en medicina, se ha enfocado durante los últimos años en la disminución de signos y síntomas aunada a la productividad, por lo que constantemente el trato al paciente se subordina al tiempo de cada médico en una consulta y también a los recursos para la salud con los que se cuenta. Como consecuencia de lo anterior, la profesión, tiende a deshumanizarse.

En el pasado, el paternalismo clásico era asumido por el médico con naturalidad, y compromiso intelectual, se prefería ser la autoridad tomadora de decisiones sobre el cuerpo del otro y el paciente era dependiente, con pocas capacidades respecto al conocimiento de la medicina que más le convenía para estar bien sin ninguna capacidad de intervención excepto obedecer.

Siglos más tarde, Masters (2014) afirma que existió la necesidad de abordar la medicina desde regulaciones internacionales, profesionales de atención médica en prácticas, reglas de hospitales y clínicas asentadas desde los derechos humanos de 1948. Desde el inicio de la década de los setenta, tras siglos de un trato vertical entre estos dos actores del campo clínico, se determina categóricamente que el paciente es una persona significativa en ese diálogo clínico. Una de esas formas de relación toma forma en el uso de su propio consentimiento. El paciente tiene derecho a ser informado y deberá tomarse en cuenta de lo que se obra sobre cuerpo para, así, preservar “la salud concebida como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” (Schiavo, 2007, p. 73).

En este documento, se efectuó un diagnóstico sobre el uso de los modelos de comunicación de la ciencia en la relación del binomio en dos momentos: residentes de quinto año de medicina y médicos titulados estudiantes del cuarto año de especialidad en ambos casos en el trato con sus pacientes en el campo clínico respecto al uso del consentimiento informado como un antecedente bioético para la toma de decisiones consensuada y la aplicación del modelo de atención centrada en el paciente que corresponde a un consenso mutuo.

La necesidad del uso del consentimiento informado, es esencial para dialogar con un paciente como interlocutor válido, capaz de ser plenamente responsable de las decisiones tomadas (Binetti, 2011, p. 519). Por lo anterior, el médico, debe ser capaz de lograr una comunicación efectiva para el cumplimiento de la Ley General de Salud y a la Norma Oficial Mexicana SSA2012. De no hacerlo, compromete los valores de los principios bioéticos establecidos el 18 de abril de 1979 en el Informe Belmont (López et al., 2021).

Según Gibbons (1999) el cambio del antiguo paternalismo a los nuevos modelos de atención en salud, adquieren un propósito dialógico donde se enmarca la aplicación científica y la pericia del médico con el abordaje de su paciente como cuerpo enfermo o como una persona; donde la ciencia se encuentra con la sociedad y esta le “responde”.

Para un proceso de comunicación interpersonal y una toma de decisiones consensuada. el conocimiento otorgado por el médico hacia su paciente es indispensable, pues cuantos más conocimientos posea sobre lo que le ocurre, lo comprenda y entienda las opciones que tiene, le facultará para tomar una mejor decisión.

De forma inductiva se revisa la literatura y se establecen las necesidades de cumplir con los objetivos para el desarrollo sostenible 2030 establecidos por la ONU. En su objetivo

número tres está: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos, a todas las edades (Moran, 2020). Por otro lado, Bassante y Rosero (2023) relacionan el objetivo número cuatro de tener una educación de calidad, en este caso se expresa a través de la necesidad del médico de alfabetizar al paciente y dar oportunidad para establecer una relación de diálogo para tomar decisiones conjuntas.

Al principio de esta investigación, se aborda el planteamiento del problema como antecedente del uso del consentimiento informado como parte primordial de la práctica clínica.

En el segundo capítulo se hace una verificación del marco filosófico, histórico, educativo en el que se establece la necesidad de incorporar a la educación del paciente, como parte del fenómeno clínico, en el que se fundamenta la innovación educativa en el trato al paciente desde una visión dialógica; a continuación se desarrolla un marco bioético legal que cubre la atención en salud en México a los pacientes desde la profesión médica; enseguida se describe el último marco comunicativo, donde se reitera la necesidad del conocimiento de un proceso de comunicación interpersonal y los elementos que conforman un consenso mutuo entre los hablantes; se describe también la importancia de los modelos de comunicación de la ciencia como un fenómeno social que convergen con el establecimiento de la Bioética en todas las ciencias cuyo campo de análisis son las personas, pues en el avance de la Ciencia y la Tecnología parecen dejar en un segundo plano a la interacción humana y con ello, la comunicación dentro del campo clínico.

En los modelos de comunicación de la ciencia pueden identificarse las tres formas de trato en el binomio clínico. Es en el último modelo de comprensión pública de la ciencia, en donde el consentimiento informado se puede entender como un proceso deliberativo, que

obliga al modelo de atención centrado en el paciente a revisar la necesidad y los fundamentos del problema a tratar en esta tesis.

En el capítulo tres se describe una metodología mixta con el que se abordó el tema y la delimitación, las hipótesis, la descripción, población y muestra, así como las técnicas e instrumentos que se utilizaron y el proceso del trabajo de campo.

En el capítulo cuatro se muestra el análisis de resultados de ocho grupos focales con internos de la Escuela de Medicina de Tec Salud, quienes ya atienden pacientes en el Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad, así como en el Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda” en San Nicolás de los Garza. También se muestra el análisis de los resultados con médicos generales titulados y estudiantes de cuarto año de las especialidades en pediatría y obstetricia, inscritos en nivel posgrado en la misma Escuela de Medicina Ignacio Santos. Se presentan los resultados de los pacientes encuestados y la apreciación de su relación con sus médicos en distintas áreas de salud.

Finalmente, en el capítulo cinco se desarrollan las conclusiones ante el modelo de relación centrada en el paciente, donde se evidencia que la comunicación interpersonal adquiere un sentido diferente, pues cuanto más sepa el enfermo, mayor será la responsabilidad que asuma ante su restablecimiento.

CAPÍTULO I
NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL ESTUDIO

CAPÍTULO I. NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL ESTUDIO

1.1. ANTECEDENTES

Aprobado en 1946, el Derecho a la salud es fundamental para los seres humanos. Declarado por las Naciones Unidas y en particular por la Organización Mundial de la Salud. Es necesaria, la necesidad del cuidado médico frente a la invalidez, pues el enfermo no puede curarse a sí mismo Garay (2017). Para el respeto a este derecho está la prevención, la educación para la salud.

El artículo 25 de los derechos humanos obliga al Estado a garantizar del mejor estado de salud que sea posible; debe asegurar la disponibilidad, calidad y aceptabilidad del trato médico, respetuoso de las diferencias biológicas, culturales y así evitar torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales (Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos, COPREDEH, 2011).

Sin el nivel de comunicación de la comprensión crítica de la ciencia del público (CUSP) propuesto por Tinker (en Alcívar, 2015), como modelo ideal de comunicación entre el médico y el paciente, es imposible alcanzar una cultura científica que sirva para la interlocución entre los involucrados y, por tanto, el uso correcto de consentimiento informado, por lo que el propósito de esta investigación es presentar el grado de cumplimiento del uso del último en los tres modelos de comunicación de la ciencia alrededor del fenómeno denominado consentimiento informado como un proceso indispensable en la vida del paciente, así como en el trabajo cotidiano del profesional de la salud.

La verificación del cumplimiento del uso del consentimiento informado se hará de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Salud y las Normas Oficiales mexicanas para constatar su aplicación por parte de los internos y los médicos involucrados en el campo clínico para más tarde incluir las recomendaciones para la comunicación en el ambiente hospitalario tanto en la atención en salud pública como privada.

1.2. Planteamiento del problema

Grandes cambios en la medicina en las últimas décadas se han debido a la búsqueda de la cobertura universal a la salud, los avances tecnológicos y, sobre todo cuando, en 1970, Van Rensselaer Potter nombró *Bioética* a la necesidad de construir una disciplina que sea un puente entre ciencias y humanidades, que consistía en el otorgamiento de la autonomía al paciente desde un nuevo paradigma opuesto al paternalismo con el que el médico había operado sobre su paciente durante siglos.

En el trato al paciente, la comunicación jugó en un segundo plano a lo largo del tiempo. El modelo de atención centrada en el paciente o el modelo colaborativo, legitima al paciente como un tomador de decisiones, en una interacción legítima y madura con el médico que simultáneamente hace una labor docente en la labor clínica.

En la justicia como principio bioético, el trato al paciente respeta su autonomía moral y tiene la capacidad de acceder a la toma de decisiones que otorga el médico. Desde el Consenso de Toronto en 1991, el gremio médico establece la necesidad del uso de una comunicación efectiva como una competencia médica indispensable para una interacción que garantice una buena relación del binomio clínico.

La Organización de las Naciones Unidas ha generado lineamientos en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, que incluyen a las áreas de educación y la salud encaminadas a completar las tareas pendientes en beneficio de los países miembros. México no es la excepción, y tanto la Ley General de Salud, las guías de la práctica clínica, así como las Normas Oficiales, buscan asegurar una atención de respeto al paciente y la estandarización de la profesión médica a nivel mundial.

La Organización Mundial de la Salud involucra a la alfabetización en salud (*health literacy*), como un mecanismo que determine la capacidad de las personas para entender, en términos generales, el conocimiento de sus necesidades, para acceder a prácticas y procedimientos clínicos de forma asentida.

Existen tres niveles de comunicación de la ciencia que describe Sarah Tinker (Alcíbar, 2015, p.13) que se relacionan con el binomio clínico: la valoración pública de la ciencia y la tecnología, (*PAST* por sus siglas en inglés), el compromiso público con la ciencia y la tecnología, (*PEST*) y la comprensión crítica de la ciencia en el público (*CUSP*). Se espera que en el tercer modelo de comunicación se encuentre una relación más democrática para poner en común la validez del conocimiento en la relación clínica.

Por primera vez en veinticinco siglos, el paciente puede hacer uso de su libertad a través de un modelo en el cual debe de tomar decisiones conjuntas con su médico. Tanto la educación como el derecho a la salud, derechos universales, convergen en una prioridad en donde no cabe más la beneficencia paternalista, sino que emerge respeto a la dignidad del paciente y reclama una decisión conjunta de una acción terapéutica para su intervención clínica; esto es posible si la comunicación en de salud se valida como necesaria.

La premisa general de la comunicación en salud es que el cambio de comportamiento está condicionado por quienes influyen en ella; la creación de un entorno receptivo en el que el paciente pueda discutir un problema de salud y sea apoyado por personas influyentes clave como son los proveedores de atención médica (Schiavo, 2007).

1.2.1. Formulación del problema de investigación.

Desde hace más de cincuenta años, el cambio en los modelos de atención médica ha sido radical y el uso del consentimiento informado es un recurso fundamental para la relación del binomio clínico. El objeto de estudio es el modelo de comunicación aplicado a dos sujetos que interactúan en un momento determinante en la vida de cualquier paciente, en combinación con el trabajo profesional de un médico. Con una visión desde el pragmatismo trascendental del filósofo alemán Karl Otto Apel, Adela Cortina plantea que el paciente es una persona capaz de tomar sus propias decisiones como un interlocutor válido en una relación de comunicación (citado en Lacadena, 1993). Esta nueva cosmovisión deja en el pasado el modelo paternalista del médico para cumplir con una visión integral con la ciencia y la sociedad para el 2030.

Este trabajo de investigación se enfoca específicamente en analizar las prácticas que corresponden conforme a la Ley General de Salud, las Normas Oficiales mexicanas y la perspectiva de los involucrados en la implementación del funcionamiento del consentimiento informado. Lo anterior servirá para detectar e identificar la normatividad, los criterios, los alcances y límites que se tienen y se deben adquirir en la relación. Será necesario, para ello, incluir las condiciones de comunicación, así como el aspecto ético normativo que se tiene en el ambiente hospitalario.

A través de un método cuantitativo y cualitativo, el análisis se centra en investigar cómo se vive la relación desde tres enfoques: cuando el paciente está frente a un inminente procedimiento en donde se va a utilizar el consentimiento informado previsto en dicha relación interpersonal con el médico tratante; el segundo, en donde el deber del médico responsable de efectuar el procedimiento es entregar el consentimiento informado al paciente y el desempeño de su comunicación en el periodo de internamiento, y el último corresponde a los apoyos legales y de comunicación que se tienen para llevar a efecto el consentimiento informado por parte del médico hacia una toma de decisión del paciente, por lo que la pregunta central de la presente investigación se establece como: ¿cuál es el modelo de comunicación de la ciencia que se utiliza en el uso del consentimiento informado entre los internos de quinto de medicina y los médicos especialistas de un hospital público y privado cuando se manifiesta un evento clínico?

1.3. Objetivos de investigación

1.3.1. Objetivo general

- Realizar un diagnóstico de los modelos de comunicación en salud y el uso del consentimiento informado que aplican los internos de medicina y los médicos de cuarto año de especialidad en el campo clínico.

1.3.2. Objetivos específicos

- Verificar si existe una educación de comunicación efectiva en salud y si se da una alfabetización en salud por parte los internos de medicina y en los médicos de cuarto año de especialidad en el campo clínico.

- Identificar cómo opera el uso del consentimiento informado, así como sus alcances y sus límites por parte de los internos de medicina y los médicos de cuarto año de especialidad con sus pacientes en los hospitales de salud.
- Detectar los modelos de comunicación de la ciencia que responden a la práctica médica de los internos de medicina y en los médicos de cuarto año de especialidad en el campo clínico con sus pacientes en los hospitales de salud.
- Comprobar los principios profesionales bioéticos normativos que se aplican por parte de los internos de medicina y los médicos tratantes en la relación con sus pacientes en el campo clínico.
- Proponer un programa de estrategias de comunicación que promuevan una comunicación efectiva en la relación como innovación educativa.

1.4. Preguntas e investigación

1.4.1. Pregunta central

- ¿Cuál es el modelo de comunicación de la ciencia que más se utiliza en la relación en torno al uso del consentimiento informado en el campo clínico?

1.4.2. Preguntas subordinadas a la pregunta de investigación:

- ¿Cómo es la comunicación en salud que practican los internos de medicina y los médicos especialistas en el campo clínico con sus pacientes en los hospitales?
- ¿Qué principios de ética médica se respetan por parte los internos de medicina y los médicos especialistas en el campo clínico con sus pacientes en los hospitales?
- ¿Qué modelo de comunicación de la ciencia emplean los internos de medicina y los médicos especialistas en el campo clínico con sus pacientes en los hospitales?

- ¿Cómo opera el uso del consentimiento informado, como son sus alcances y límites en la relación del binomio clínico, previo a una toma de decisión conjunta con el paciente por parte de los internos de medicina y los médicos especialistas en el campo clínico?
- ¿Cuáles serían las estrategias de comunicación que promoverían una mejor relación comunicativa entre los médicos en el campo clínico con sus pacientes?

1.5. Justificación de la investigación

El modelo de atención centrado en el paciente y el uso de las competencias comunicativas constituyen una pieza clave en el proceso de toma de decisiones, en el cumplimiento de una comprensión crítica de la ciencia, que tiene una base constructivista para la alfabetización en salud que converge con el tercer modelo de comprensión crítica de la ciencia en público. Es por lo que se centra, sobre todo, en la producción de sentido del quehacer científico en la medicina, y en la importancia de otorgar la posibilidad de autonomía y dignidad al paciente.

En este sentido, la apuesta específica se basa en verificar algunas variables del fenómeno alrededor del proceso y la evaluación de las competencias comunicativas por parte del médico que, hasta ahora, ha sido poco abordado desde la comunicación de la ciencia en México.

En la tradición paternalista de la medicina, el médico ha tomado las decisiones por sí mismo frente a la salud del paciente. Desde el inicio de la Bioética, se marca un antes y un después, pues se apuesta por el respeto a un diálogo en favor del conocimiento, para la determinación desde la autonomía del paciente.

Los profesionales de la salud que están involucrados buscan aportar la información para alcanzar el consenso y así, tomar un papel comprometido a educar, dar razones y ofrecer posibilidades de elección para el consenso terapéutico a través de su propia intervención como sujeto involucrado en su tratamiento.

La alfabetización en salud impacta en Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y beneficia al gremio, toda vez que la educación de este estaría a la altura de los tratados médicos internacionales, en donde el paciente es un interlocutor válido en la relación y el uso de la comunicación efectiva genera soluciones terapéuticas. En las implicaciones prácticas de este diagnóstico, se detectaron fortalezas y debilidades para diseñar estrategias para la profesionalización del médico frente al modelo de atención centrada en el paciente.

La innovación metodológica de la presente investigación estriba en el abordaje de un enfoque mixto con un acercamiento real a la práctica clínica, desde una perspectiva fenomenológica que profundiza en los procesos comunicativos y que identificaron de áreas de oportunidad para el desarrollo de estrategias para el campo de la comunicación de la ciencia como innovación educativa.

El estudio se realizó con tres tipos de instrumento. Grupos focales con los estudiantes internos de quinto año, cuya práctica médica es parte de su entrenamiento en el campo clínico y a la finalización de su grado académico como médico general, El segundo instrumento fueron nueve entrevistas en profundidad con médicos titulados denominados residentes cursando el cuarto año de especialidad, que comparten su experiencia médica en el campo clínico de la ciudad de Monterrey. Por último, se preparó, con un fin dialógico desde el origen de la misma investigación, una encuesta virtual para pacientes sobre su experiencia de tomar

una decisión terapéutica. Este estudio se relaciona con las líneas de investigación de Innovación, Comunicación de la Ciencia y Gestión del Conocimiento, del Doctorado en Comunicación e Innovación Educativa.

El principal objetivo de esta investigación, parte de un enfoque exploratorio/descriptivo, centrado en el análisis de la comunicación marcado por un momento crucial en donde el paciente, por falta de conocimiento del área médica, queda a merced de los procedimientos elegidos por el experto por lo que la comunicación, se establece como una de las competencias cruciales por parte del profesional de la salud a desempeñar además de su pericia médica.

En este trabajo el investigador observa la práctica de los médicos en donde se comprometen con el paciente en relación con la cantidad de tiempo y a la obligatoriedad ética que deben mantener aún con un alto volumen de trabajo. Se espera determinar si es posible proteger al paciente como persona, en un marco de los paradigmas de la comunicación pública de la ciencia.

Es necesario conocer en profundidad el trato del médico, al que no se pretende evaluar sus competencias científicas sino socioemocionales en cuanto al rendimiento comunicativo y desempeño ético en su relación interpersonal, cuando el paciente está a merced del médico para que el tratamiento se dé en una interacción informada, consciente y voluntaria.

Se hizo un estudio en el que se evaluó a través de grupos focales y entrevistas en profundidad el aspecto interactivo del proceso de comunicación interpersonal dentro de un hospital. Esta evaluación permitió proceder a una exploración del fenómeno clínico del médico frente a su interlocutor.

1.6. Criterios para evaluar la investigación

1.6.1. Conveniencia del estudio

La conveniencia del estudio responde a una evaluación del quehacer del profesional de la salud, y su práctica clínica por medio de un modelo de comunicación pública de la ciencia en público para verificar sus competencias dialógicas y éticas para un consenso comunicativo. En una época en la que coexisten ciencia y sociedad se esperan soluciones efectivas a los problemas de salud que encara la humanidad a través del conocimiento científico.

Los pacientes han sido los más afectados, toda vez que el médico no cuente con las habilidades establecidas como mínimos de las normas oficiales. La carencia de competencias comunicativas retrata una falta de empatía, con una persona necesitada de la atención de respeto humano y del conocimiento médico y a quien encomienda su salud. Se necesita establecer un parámetro que evalúe el trato al paciente no solo en la acción terapéutica, sino en el trato durante el proceso de intervención y gestión de dicho binomio.

1.6.2. Aportaciones teóricas

En este estudio se busca aportar el conocimiento que existe en la interacción desde la comunicación de la ciencia para identificar en profundidad la necesidad del impacto en la diferencia en una gestión paternalista o no paternalista. Se considera grave el uso del primer modelo, cuando solo se enfoca en la acción terapéutica y no una decisión conjunta, para proponer un programa que implique la oportunidad de participación dialógica sobre su propia salud. La investigación permitiría recomendar un programa de alfabetización en salud en la comunicación pública de la ciencia para la difusión del conocimiento científico, así como de

la propuesta extracurricular de la comunicación efectiva en salud como una competencia no desarrollada en los médicos.

1.6.3. Relevancia social

La investigación se encuentra estrechamente vinculada con dar a conocer el estado actual en la comunicación de la ciencia en el binomio médico-paciente, en donde se detectaron fortalezas y debilidades para diseñar estrategias para la profesionalización del médico frente a un nuevo paradigma centrado en la decisión informada del paciente.

La expectativa del paciente es la salud y los mejores resultados. La mala comunicación figura entre las quejas más habituales, conducidas como irregularidades desde la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); incluso, este es el motivo de fondo de las demandas interpuestas hacia los médicos (Glezerman, 2017, p. 254) pues no es falibilidad médica, sino la alevosía, lo que anima al paciente a una denuncia penal.

1.6.4. Implicaciones prácticas

La práctica médica efectiva y humanizada es requisito indispensable en el trato al paciente. Durante las últimas décadas, se ha configurado solamente como una relación contractual en el estricto arrendamiento de servicios, en donde el comportamiento socio-afectivo del médico pasa a segundo plano y el paradigma de atención ha cambiado radicalmente de una atención convencional paternalista a la atención centrada en la persona.

La *Lex Artis ad hoc* en México establece desde la jurisprudencia que es indispensable el debido proceso con un criterio adecuado en el tratamiento “que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital

del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos de acuerdo a la técnica requerida” (CONAMED, 2004 pág. 8).

1.6.5. Innovación metodológica

La innovación metodológica de la presente investigación radica en que se abordó con un enfoque mixto, desde una perspectiva fenomenológica que profundizó en los procesos comunicativos, que identifica las áreas de oportunidad para el desarrollo de estrategias en el campo de la comunicación de la ciencia. Este estudio se relaciona con las líneas de investigación de Comunicación, Innovación educativa y Bioética en el Doctorado en Filosofía en Comunicación e Innovación Educativa.

Hay una innovación en el tema respecto al uso de la comunicación en el campo clínico como una de las competencias nucleares en la práctica médica, aun cuando esta no se reconozca en toda su complejidad.

Incluir los modelos de comunicación pública de la ciencia contrastados con la necesidad de una atención centrada en el paciente, analizada como una relación desde el proceso de comunicación dialógica, parte de una necesidad del cumplimiento de la ética profesional del médico actual, al mismo tiempo que la voluntad y libertad del otro.

Es descriptiva porque se busca, a través del diagnóstico de comunicación, obtener una descripción de los procesos comunicativos que subyacen y el uso del modelo de comunicación de la ciencia que le corresponde, la concepción de alfabetización en salud que tiene el médico, así como el uso del consentimiento informado.

La investigación es exploratoria y descriptiva, se hará un diagnóstico de la comunicación desde un paradigma que converge con la educación en salud y al mismo

tiempo en la realización de la medicina de manera profesional, ética, humanizante y no solo procedimental.

Los grupos de enfoque, así como las encuestas en línea, se hicieron durante el semestre agosto-diciembre del 2019, previo a la pandemia del COVID-19, con ayuda de las secretarías, directivos y maestros de Tec Salud dentro del Hospital Zambrano Hellion para su aplicación sincrónica dentro de un salón del área de ciencias clínicas.

El estudio fue viable porque se contó con el tiempo, los recursos humanos y económicos para ejecutarse a lo largo de dos años en un proceso de investigación para la obtención del grado de Doctor en Filosofía con orientación en Comunicación e Innovación Educativa, programa perteneciente a la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Comunicación en la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se contó con el apoyo de las autoridades de Tec Salud, como es el Doctor Gabriel Martín Vargas Duarte, quien es el coordinador académico del posgrado en Pediatría y Ginecología y sus estudiantes, quienes, de manera voluntaria a través de su convocatoria, permitieron el acercamiento de la investigadora al conocimiento de su práctica en el campo clínico. Se obtuvo el apoyo durante la gestión de la solicitud de información al Hospital Universitario, en una primera fase, de la Dra. Reyna Verónica Serna, Coordinadora del Doctorado y el apoyo metodológico de la Dra. Lucila Hinojosa Córdova, como directora de Tesis y la Dra. Patricia Cerda Pérez, en el aprendizaje de la Metodología de la Investigación. El financiamiento económico para el desarrollo de este trabajo de investigación corrió a cargo de la investigadora.

1.7. Limitaciones y delimitaciones del estudio

La principal limitación fue el acceso a los pacientes. En un primer momento, después de un año de solicitar por medio del Comité de Bioética del Hospital Universitario el tener acceso, no fue posible el permiso a un acceso al trabajo de campo en el tercer piso del departamento de obstetricia del Hospital Universitario en la ciudad de Monterrey. Se pidió permiso al Comité de Bioética del Hospital Universitario de trabajar con un grupo de mujeres en situación de parto, sin embargo, el trabajo se denegó, pues, el comité de Bioética del hospital, después de nueve meses de seguir el protocolo para el permiso de la investigación, deliberó que, al no ser una investigación interna de la Facultad, se vulnera la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los sistemas de salud pública cuentan con un registro de casos de éxito y fallidos o áreas de oportunidad de la práctica clínica dentro de los hospitales, como son operaciones, partos, cesáreas, óbitos fetales y muerte materna, sin embargo, esta información no es pública. Al no existir información contable sobre la *praxis* médica, no se pudo evaluar, la comunicación efectiva en salud de forma directa con las pacientes en el campo clínico.

Actualmente, a nivel nacional no se le otorga, en ninguna Universidad pública o privada, un espacio curricular formal para la comunicación efectiva en salud y el médico queda a merced de su propio temperamento, y personalidad para entablar una relación.

El presente trabajo está limitado en su dependencia de la participación informada en cada uno de los voluntarios. El abordaje de la investigación dentro del mismo Sistema de salud de Nuevo León se logró solo a través de lo reportado en los grupos focales por los internos de medicina y los médicos generales que aún son estudiantes de Pediatría y Ginecología, entrevistados con el permiso previo del decano de Tec Salud, Jorge Eugenio

Valdez García, del director Departamento de Ciencias Clínicas, el Doctor José Antonio Díaz Elizondo y del Doctor Gabriel Martín Vargas Duarte, Coordinador Académico del Programa de Postgrado en Pediatría de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey. Es preciso aclarar que los médicos residentes titulados no se egresaron de dicha escuela Tec Salud, sino que acuden a realizar la especialización desde otras universidades de México.

La investigación representa un avance importante en la comprensión de la participación individual en los comportamientos frente al uso del consentimiento informado y los niveles de comunicación de la ciencia en público.

La encuesta a pacientes se distribuyó a través de internet con la aplicación de *Google Forms* que se exponen de forma pública, lo anterior no implica que los sujetos de estudio solo sean de la comunidad universitaria. La encuesta se ofreció en español; la mayoría de las respuestas en línea podrían ser de cualquier parte del país debido a que se expuso en una red social. Puede haber falta de respuestas y otros sesgos.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

2.1. Marco filosófico

2.1.1. Origen, deber y fin de la profesión médica

En los Diálogos de Platón, Sócrates establece que el conocimiento es indispensable para restaurar la justicia y que la enfermedad se opone a la virtud humana, por lo que, es el paciente quien necesita de su médico para restituir su bienestar físico y psíquico. Frente a esta distancia, ambos deben hallar un entendimiento común, pues dicha relación se torna asimétrica y a la vez simétrica simultáneamente para coexistir.

El compromiso como ciudadano frente a la ley, es la enseñanza legada por Sócrates (Atenas, 470 A.C.-399 A.C.) El conocimiento se considera indispensable para acceder a la credibilidad y facultar buenas acciones, se basa en conocer el bien para llegar a ser virtuoso. Para Sócrates no hay justificación alguna para ejercer un acto injusto y lo peor que se puede hacer es legitimar un modo de actuar así a través de otra injusticia (Platón, citado en Azcárate, 1971, p. 119).

Es indispensable entonces afrontar las responsabilidades de los actos, ser corresponsables y respetar, en este caso, es el marco legal del actuar médico. A través de la argumentación por medio del *logos*. Estas ideas se denominan paradigmas que se practican constantemente (Chatelet, 1998, p. 33).

Para que el experto pueda trascender en su práctica profesional; es la constancia de los hábitos correctos y el uso de sus competencias internas vinculada a sus valores personales en la praxis, lo que llevaría a la virtud de cualquier profesión, según la teoría Teleológica

Aristotélica (384 A.C. - 322 A.C.). Dentro de la profesión (*professio*) deriva del verbo proclamar, hacer voto. De ahí que su sentido es de confesión pública, promesa (Figuroa, 2006. p. 253).

Xabier Etxeberria (2002), filósofo español, explica que Aristóteles hace una distinción entre los bienes y los fines, pues los bienes solamente se subordinan a los fines, por lo que deduce que debe existir una finalidad en el comportamiento y no solo en la operatividad, pues sin este no se entendería el actuar humano, por lo que dichos bienes internos solo serían un conjunto de acciones subsecuentes, operativas y desligadas a una intención buena en sí misma y afirma que el fin, por lo tanto, se persigue en sí mismo en la realización de los bienes.

Ambas perspectivas en el actuar se vinculan con el fin último del médico, pues mientras para Sócrates estese plantea desde la coherencia del autoconocimiento y la justicia, para Aristóteles se fundamenta en el desempeño de la práctica médica por medio de una serie de hábitos que se practican en el campo clínico que se aprenden y se repiten de forma constante y perfectible para lograr una profesión virtuosa, sin embargo, esta debe ser aprendida, pues no es innata al hombre.

En 1788, en la *Crítica de la Razón Práctica*, Kant (citado en Rodríguez, 1988. p. 83) apela a la experiencia, es decir que, si la acción es buena en sí, es decir, necesaria en un principio de voluntad conforme con la razón, el imperativo es categórico, como son los conocimientos adquiridos en la educación profesional a lo largo de la vida del médico en el encuentro con su paciente.

El positivismo instituyó que la ciencia debía evitar juicios de valor, pero la ciencia es una construcción de la práctica humana y por ello, lleva a la construcción de una ética, por

lo que regresa al pasado, en donde los valores son parte de ella. (Paul Ricoeur, citado en Bedoya Hernández, 2009, p. 53). Ricoeur observa que la ética es inseparable de la identidad de un sujeto frente a su alteridad (el otro).

En el siglo veinte, Zubiri (1986) establece que el hombre es responsable porque debe elegir entre las respuestas posibles y debe argumentar la justificación de su hacer: *iustum-facere*. Así, el hecho de la moralidad es una necesidad de la condición humana que debe darse cuenta razonadamente. (Zubiri, 1986) y es otro (en el caso del binomio médico) quien le da existencia a sí mismo. Su identidad se construye en el relato, es en la expresión del lenguaje, hace que *el sujeto* sea aquí, como se verá más adelante en la hermenéutica de Gadamer (1996).

Cualquier enfermedad afecta la autopercepción frente a una salud diezmada, o un no retorno al pasado, su cuerpo le constituye una identidad, una guarida. Cuando una persona se acerca al médico, busca restablecer lo perdido. Se puede decir que la salud se convierte en un relato del buen vivir frente a la palabra intersubjetiva en la acción terapéutica (Bedoya Hernández, 2009, p. 53).

La profesión médica presenta dos dimensiones de responsabilidad en la práctica clínica: la primera es frente a él mismo y la segunda es frente a su responsabilidad social con los otros, sus pacientes y, por lo tanto, debe obedecer a mandatos y reglas denominado el método deliberativo de Diego Gracia (Seoane, 2016, p. 506).

En la hermenéutica, y en la bioética a partir de los años setenta, se establece que la ciencia es posible solo desde una perspectiva absolutamente axiológica (Macías, & Aguirre, 2001, p.3) y ambas convergen a través de la comunicación interpersonal que refleja la

intencionalidad subjetiva del binomio clínico. La práctica del médico reside en la interpretación para restaurar la salud de su paciente conforme a su interpretación clínica.



Figura 1. Ética de la profesión médica. Elaboración propia adaptada de Figueroa (2006).

2.1.2. Fenomenología de la comunicación entre el médico y su paciente.

La comunicación dialógica consensuada da pie a su trascendencia en la comunidad, la sociedad y en su propia historia de vida, sin embargo, es complejo y parece estar justificado el hacer por el hacer en los hospitales, puesto que la cantidad de pacientes que se reciben en salud pública es grande, pero esto no exime un desempeño falto de la ética profesional a la que se comprometieron los médicos, es justo ahí, el campo clínico, el ágora que los faculta a

ser médicos. Peter Broks propone un modelo para comprender esa interacción entre el conocimiento lego y el experto dentro del desarrollo científico y le denomina el ágora.

Nowotny, H., et al. (en Broks, 2006). El ágora es el espacio público en el que “la ciencia se encuentra con el público”, y en que el público “responde” a la ciencia. Es el dominio en donde se produce la contextualización y en el que se robustece el conocimiento y se somete a pruebas continuamente [...] se organizan las actividades sociales y científicas, se enmarcan y definen los problemas, y donde se aceptará como se está negociando la “solución” (p. 153).

Tabla 1.

Significado del ágora: lugar de encuentro entre la ciencia y el público.

- Plantear preguntas sobre la justicia social, la igualdad económica y la democratización del conocimiento a medida que enfrentamos el desafío de cómo hacer frente a la proliferación de incertidumbres.
- Encontrar estrategias flexibles para explorar las implicaciones desconocidas de una ciencia contextualizada.
- Ver a las personas como agentes activos en la generación de contextos.
- Ver lo ‘social’ como un recurso clave de la creatividad y la innovación en lugar de una intrusión en la ciencia.
- Valorar la confianza como un recurso aún más escaso y preciado en el ámbito social, distribución de conocimientos.

Fuente: Understanding popular science. (Broks, 2006).

2.1.3. Epistemología de la profesión médica

El objetivo epistémico reside en formar una verdadera conciencia crítica y reflexiva del estudiante de medicina, que ha adquirido en la Universidad, que lo facultará a lo largo del tiempo para recapitular constantemente su *saber hacer* no solo limitado al *hacer por*

hacer, sino desde un desarrollo de la misma que debe partir desde el hacer *para qué* y no para la ejecución *per se*.

La acumulación del saber por el saber cómo un capital intelectual, está vacío si el médico no responde a las necesidades confiadas por parte de su paciente, es su responsabilidad social profesional el ser capaz de transmitir su conocimiento de la disciplina que domina y a través de figuras comunicativas debe ir al encuentro con el otro desde una deliberación compartida y razonada.

La educación debe tener cuidado en la regulación, adquisición y transmisión del conocimiento que incorpora valores, conductas y emociones en relación con los conocimientos desde una perspectiva epistemológica.



Figura 2. Contexto en el que se da el aprendizaje. Elaboración propia basada en Schunk (2012).

El comportamiento interpersonal suele verse afectado por necesidades y factores sociales, así como por procesos cognitivos que pueden variar a nivel individual. Ambos factores juegan un papel clave en cómo se comparte, evalúa, procesa y absorbe la información (Schiavo, 2007. p. 96) y el conocimiento adquirido en las escuelas de medicina,

en este caso y es importante reflexionar a qué intereses sirven dichos conocimientos: al médico, al paciente o al sistema de salud.

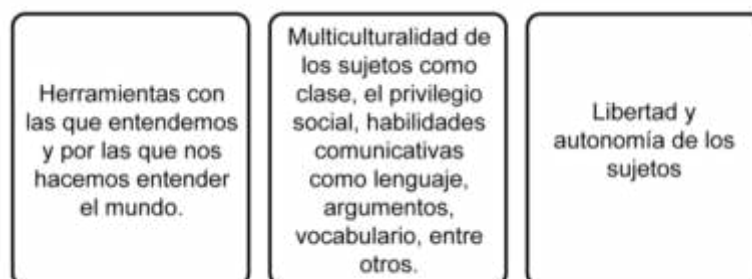


Figura 3. Recursos epistémicos en la relación médico-paciente. Fuente: Montauti, 2018.

2.1.4. Axiología del médico y su paciente

La cultura de la salud deberá examinar la naturaleza de su que da sentido a su existencia.

El primer artículo de la Declaración Universal de los Derechos para todos los humanos de 1949 establece la primera referencia axiológica en el mundo occidental de dignidad en el siglo veinte: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. (Naciones Unidas, 1948).

Gadamer establece que todas las profesiones tienen un producto tangible frente a su desempeño resultante. En este caso es distinto, pues el médico no realiza una obra concreta, es un intangible. La salud del paciente no puede considerarse su obra y aunque constituye el objetivo de su acción, la salud del paciente no es algo “hecho” por él. (Gadamer,1996. p.33)

se construye con la alianza terapéutica que se faculta de elementos como la confianza para la adherencia al tratamiento, etc.

La interacción que obra el médico sobre su paciente implica muchas veces tener riesgos en la praxis como una resultante natural al conocimiento, sin embargo, es pertinente establecer si estos riesgos proceden de una intención maleficiente o desde el margen de error no intencional. En todos los casos, se trata de establecer un equilibrio entre la posibilidad de actuar y la responsabilidad frente a la voluntad y la acción. Honestidad, disposición, humildad, comunicación. (Gadamer, 1996. p. 76).

A través del tiempo han cambiado las condiciones para que se diera una alianza terapéutica entre el médico y su paciente.

El profesional solía ser conocido de la comunidad, de tal forma que la confianza, era un hecho: en la actualidad en los servicios de salud pública no hay una confianza otorgada fácilmente al médico y se socava la dignidad del paciente al no considerar su contexto de vida. Los retos axiológicos del médico, con el respeto a los valores del propio paciente, son indispensables para crear conductas correctas conforme a su educación y transmisión de valores comunes en el uso de la conciencia humana.

2.1.5. El pensamiento crítico en la relación

Paulo Freire (1968) dice que la acción no reflexionada deviene en mero activismo. El paciente reducido a la categoría de una enfermedad facilita al médico la aplicación del conocimiento, pero el primero se convierte en un personaje inconsciente, sin voluntad propia y el segundo actúa con una verdad a medias en nombre del progreso científico.

El eje central considera al paciente no solo como un participante activo del proceso, sino como el poseedor de la decisión final (Gadamer, 1996, p. 9) pues se vuelve corresponsable en esta alianza terapéutica. Es indispensable rescatar el valor formativo que tiene el saber para hacer, que no se limite a un trabajo o técnica, este es el caso del acto educativo de facultar a un médico, pues no se justifica en sí mismo si no es capaz de ayudar a transformar su realidad.

En el modelo de comprensión crítica de la ciencia por parte del público de Peter Broks (2006) se reconoce que el conocimiento público (*doxa*) debe establecer y, de hecho, establece, el marco dentro del cual funciona la ciencia argumentativa (*episteme*) para involucrar a las personas como interlocutores (Perrault, 2013. p. 21).

2.1.6. Marco filosófico del Consentimiento Informado

El Consentimiento Informado (CI) es una forma de entender un proceso gradual en la relación que se puede llevar a cabo en una o más entrevistas clínicas y no podrá ser sustituida por ningún documento. Por su parte, el documento no es la información escrita, sino la garantía de un pacto.

Un Consentimiento Informado es un acto humano de comunicación entre dos personas, cada una con su formación, su moralidad, sus objetivos y necesidades. La información es justa para que el interlocutor (paciente) tenga opción de elección personal, ya que se trata de la propia vida. Por lo antes visto, el Consentimiento Informado se diseña para honrar y salvaguardar la autonomía del paciente. No solo es solicitar y recabar una firma, es reconocer el valor absoluto de la vida (Torralba, 2005, p. 71) y la dignidad que le hace insustituible. El proceso involucra que el médico divulgue su conocimiento, sus

recomendaciones, el establecimiento de un plan de acción, así como las alternativas para la elección y consentimiento del paciente. (Nelson et al., 2011, p.11).

Sócrates ya había establecido desde hace más de veinte siglos la importancia de dar razones de verdad para persuadir sobre las propias decisiones y enseñó, así, a parir ideas. La argumentación comunicativa se funda en el “nosotros” y, en ese contexto, la autonomía del paciente es el respeto a las decisiones mediadas argumentativamente. “El diálogo concede al otro la posibilidad de despertar su propia actividad interna, sin volver a desorientarse. Y esta actividad interna es la que el médico denomina “colaboración” (Gadamer, 1996, p.152).

2.2. Memoria histórica de la praxis médica

Hipócrates, considerado el representante más importante de la medicina occidental, estableció un precedente en la historia 2500 años atrás, pues estableció que la práctica médica debería de considerar: los conocimientos, el uso de la sabiduría, la honestidad, la comprensión y la humanidad de parte del médico sobre los pacientes. (Palomar, 2004, p.11).

La profesión médica se consolidó hacia la época de Hipócrates. Tal vez el juramento hipocrático parezca no tener vigencia actualmente, pero ahí radica el origen de su compromiso, el pasado axiológico anclado a la tradición griega de un humanismo al que actualmente se invoca, se educa y se establece como la moral occidental para su desempeño (Figueroa, 2006, p. 257).

El primer manuscrito del juramento hipocrático es el código *Maxianus Venetus* (del siglo XI) que se encuentra en Venecia y data entre el siglo VI A.C. al I D.C.

Según el doctor y filósofo español, Pedro Laín Entralgo (1978), en el pasado, los médicos familiares conocían a sus pacientes y a sus familias, eran conscientes de lo que ocurría en su comunidad, del ambiente en el que vivía y hasta sus problemas personales y sociales, por lo que esa relación era longeva y paternalista, era una atención médica domiciliaria. El paciente tenía una confianza ciega en el médico, pues esperaba de él lealtad, empatía, conocimiento profesional y dedicación a sus problemas, por lo tanto, este estaba dispuesto a aceptar lo que viniera (Laín, 1978, p.126).

Los cuidados de la salud hasta entonces, según explica en otro documento el médico filósofo Pedro Laín Entralgo (1969), eran prácticas asistemáticas, irracionales, hasta supersticiosas, y fueron sustituidas por una gestión con base en criterios científico-técnicos, el médico se erigió no solo en la personificación de los conocimientos que pueden curar enfermedades, sino que también se le atribuyeron virtudes morales que lo colocaron en un estatus superior a otro ser humano.

2.2.1. Cambios paradigmáticos en la profesión médica

La medicina clínica se inició durante el siglo XVIII y fue pilar del Estado moderno tanto en Europa como en Estados Unidos (Foucault, 2013, p. 9). Con el inicio de la industrialización, surgió la primera etapa de la medicación, que se constituyó una política entendida como un conjunto de reglamentos e instituciones destinados a administrar, registrar y controlar a los individuos desde el nacimiento hasta la muerte, con el objetivo de incrementar una población productiva y contribuir a la expansión del sistema capitalista en auge (Rosen, 1985, p. 104).

El médico era la fuente de conocimientos (Comelles et al., 2013). A pesar de la preeminencia de los médicos, en esta primera etapa también fue importante la popularización de los conocimientos científicos que se iban desarrollando (Rosen, 1985, p. 19). En 1847, Thomas Percival, médico inglés del siglo XIX, sentó las bases de este principio ético moderno. La medicina pasó entonces del engaño benévolo al consentimiento informado: “Para un paciente que tiene dudas e inquietudes cuyas respuestas podrían afectar fatalmente, se genera un grave sentimiento negativo al decir la verdad, quitándole o suspendiendo su derecho a dicha verdad, suspendiéndolo o aniquilándolo” (traducción libre de Percival citado en Rosen, 1985, p. 313).

Ya en 1859 había surgido una visión importante sobre la percepción de la salud y su evolución humana con *El origen de las especies*, de Darwin. En Inglaterra, a raíz de estas ideas, en 1863 Francis Galton propuso mejorar la especie humana actuando sobre la herencia, interpretada según la teoría darwiniana en la determinación de los rasgos físicos y mentales y en la desigualdad congénita de los individuos. En Francia, el proyecto Galton es desarrollado por Georges Vacher de Lapouge que introduce al lenguaje el adjetivo “eugenesia”. (citado en Ternon, 2013, p. 38).

Hans Georg Gadamer (1996) en *El estado oculto de la salud*, establece que es en el siglo XX cuando se produjo un cambio en las prácticas sociales de la medicina que dieron lugar a la segunda etapa de medicalización. El importante avance tecnológico que significó el progreso de la medicina en el siglo pasado en la lucha contra las enfermedades, aunado al cambio social, político, económico y jurídico de la medicina, tuvo como consecuencia la desestabilización y la crisis frente al funcionamiento económico y político de la medicina.

El filósofo francés Michel Foucault señala *la crisis de la medicina*, entre la década de 1940-1950, en donde la salud se convierte en objeto de una lucha política, pues los estados, desde la propaganda, buscan garantizar y financiar los gastos de los individuos. Esto marca el nacimiento de este nuevo derecho, la nueva economía del cuerpo, a lo que el autor denominará una nueva somatocracia. (Foucault, 1978, p. 19).

En 1948, después de la Segunda Guerra Mundial, en Ginebra, Suiza, la II Asamblea General de la Asociación Médica Mundial reescribió el juramento Hipocrático en un intento genuino y necesario de la época de posguerra en la que se cometieron actos impropios e inmorales dentro de las ciencias clínicas y en contra de ética profesional en aras del cabal cumplimiento profesional.

La Declaración de Ginebra fue aceptada por la orden de médicos de Francia (L'Ordre des Médecins de France), así como por la Asociación médica canadiense (Canadian Medical Association) y diversas Escuelas de Medicina de todo el mundo. Dicha declaración se conoce como “La Declaración de Ginebra”.

La declaración de Ginebra es la actualización más clara del juramento hipocrático al que se deben ceñir todas las prácticas profesionales del médico a 73 años de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

2.2.2. Origen histórico del Consentimiento Informado

En 1914 se origina la consideración de la autonomía del paciente, de la sentencia del caso de la profesora Mary Schloendorff en contra del Hospital de Nueva York, que habría ganado por *negligencia profesional* (Schloendorff en Soria, 2006, p. 231), ya que a partir de ahí se estableció el principal argumento ético jurídico como punto de partida del

reconocimiento jurisprudencial del derecho a la autonomía del paciente. Ella autorizó en 1908 un examen bajo anestesia para la biopsia de un tumor por un trastorno estomacal, y estableció claramente que no deseaba ninguna intervención; el médico intervino el tumor quirúrgicamente. El tratamiento postoperatorio se complicó con una gangrena en el brazo que terminó con la amputación de varios dedos de su mano izquierda y finalmente se tomaron acciones legales por transgredir sus deseos.¹

Michel Foucault (1978) destaca que, si bien la medicina busca la salud del paciente, una de sus propiedades y capacidades es la de matar (p. 21). Es cómo, a partir de las consecuencias en el caso Schloendorff, el derecho al “consentimiento informado” se afirma en cuanto a derecho autónomo, en cuyo núcleo se encuentra el derecho a la libre determinación del paciente (Soria, 2006, p. 230).

2.2.3. Consecuencias históricas del siglo XX en medicina

A raíz del *Origen de las Especies* de Darwin, tomaron forma de prácticas médicas ideas eugenésicas que se incubaron en el régimen nacional socialista en los inicios del siglo XX. La mala praxis de la profesión tuvo su máxima expresión con la experimentación en seres humanos y los abusos cometidos durante la II Guerra Mundial (Soria, 2006, p. 229).

A partir de 1918, se desarrolló una doble propuesta de practicar la eugenesia en Alemania: una a favor de una mejora cuantitativa de la sociedad tras la guerra y la otra que abogó por la selección de una élite biológica en la que el gremio médico de la época se dio la oportunidad de otorgar el “don de la muerte”, *Sterbehilfe*, palabra acuñada en Alemania

¹ Todo ser humano de edad adulta y mente sana tiene un derecho a determinar qué debe de hacerse con su propio cuerpo; y el cirujano que realiza una operación sin el consentimiento de su paciente, comete un asalto a consecuencia del cual es responsable por daños. Esto es verdad, excepto en casos de emergencia, cuando el paciente está inconsciente y cuando es necesario operar antes de que pueda ser obtenido el consentimiento (Hernández, 2019, p 21).

en 1915. Con base en este fallo otorgado, el psiquiatra Alfred Hoche (1920) argumenta el homicidio de discapacitados mentales como una práctica médica (Steger, 2021, p. 39) pues los considera seres vacíos y faltos de existencia. Para 1920, el jurista Karl Binding publicó un alegato a favor de una “liberalización de la destrucción de vidas indignas de ser vividas” Evans (2005, p. 32).

En el mismo pensamiento se publica, en 1923, *Genética humana, selección humana e higiene racial*, escrito por los médicos Erwin Baur, Eugen Fischer y Fritz Lenz; este último fue el primer profesor de higiene racial en Múnich (Lenz citado en Steger et al., 2011, p. 39). En 1930, la higiene racial, la raciología, la eugenesia y la genética fueron materias prioritarias en las escuelas de medicina.

Como se sabe, la concepción de la raza pura es un regreso al neoplatonismo idealista de lo perfecto, carente de defecto. Retoman el infanticidio a los neonatos con deformidades que ya se practicaba en Grecia. Los más fuertes y brillantes se autorizaban a seguir con vida y en el siglo XX, con una conciencia cierta de que su desempeño profesional era un acto moral, se tomaban esas decisiones. El gremio médico estaba comprometido y listo para aplicar el proceso de selección eugenésica en 1930 (Steger et al., 2011, p. 40).

Hitler, en su libro *Mi lucha*, escribió sobre estas ideas, desde el darwinismo social replanteadas a través de los médicos del Tercer Reich muchos años antes (De Prada Pérez, 2011, p. 281). En agosto de 1939 se notificó de manera oficial registrar a los niños de hasta tres años con discapacidades mentales y físicas en el Comité del Reich para el registro científico de enfermedades congénitas y hereditarias graves.

Para el 14 de julio de 1933, se publicó una ley de esterilización denominada Ley para la prevención de las enfermedades hereditarias, avalada por el gremio médico como debilidad

mental, esquizofrenia, bipolaridad, epilepsia, corea de Huntington, ceguera hereditaria, sordera hereditaria y alcoholismo grave. Se procedió a la esterilización de al menos 375.000 personas. Dichas personas se operaron en contra de su voluntad. De ahí, en 1937 se siguió con la esterilización de los “bastardos de Renania” (Ternon, 2013, p. 40).

Alrededor de 4.200 cuerpos de pacientes menores de edad se utilizaron como objetos de investigación médica (*The national socialist “eutanasia” killings*, 1934.) Ingresados por los médicos Viktor Bruck, Werner Catel, Hans Heinze y Ernst Wentzler a la “sala de niños para atención de expertos” en donde fueron muertos por sobredosis de sedantes o privación de alimentos.

El 18 de agosto de 1939 el equipo de médicos encabezados por Viktor Brack, pediatras, psiquiatras, inyectaron morfina y escopolamina o la ingestión de comprimidos de Luminal o Veronal dentro de los centros médicos y las áreas de pediatría para la eutanasia infantil en menores de tres años con malformaciones o patologías mentales a través del “Comité del Reich para el Censo Científico de Enfermedades Congénitas y Hereditarias Graves” (Ternon, 2013, p. 44).

La progresión de la eutanasia como práctica médica crecía en Europa, referente principal del científicismo positivista. De la Secretaría de Estado de Sanidad, se recibían dos formularios. Treinta y nueve médicos expertos elegidos de las universidades y de los asilos decidieron con el signo *positivo* con lápiz rojo para su muerte y en azul un guion medio para mantenerlos con vida. Utilizaron términos como “desinfectado” y “atendido” para referirse a actos *puramente administrativos* (Ternon, 2013, p. 44).

2.2.4. *El poder de la profesión médica*

En agosto de 1939, la comunidad médica nazi comenzó un programa secreto denominado Aktion T4, a cargo de la Secretaría del Estado de Sanidad. Los médicos Bouhler y el Doctor Brandt extendieron los poderes a los médicos para conceder una *muerte misericordiosa* a los pacientes que se declararan incurables (Ternon, 2013, p. 42). Para enero de 1940 ya se habían construido seis “institutos de eutanasia”. Se gasearon con monóxido de carbono aproximadamente a 300.000 *internos* que murieron.

Es indispensable reflexionar sobre la base histórica, social y legal de la medicina clínica durante el siglo pasado frente al conocimiento de su poder y su responsabilidad frente a la influencia de cualquier ideología política. (Hanauske 1996, p. 1454). Las obligaciones del poder de esa época aparecen como un recordatorio recurrente de la vulnerabilidad y falibilidad del médico frente a su profesión.

2.2.5. El juicio de los médicos

Desde diciembre de 1946 hasta agosto de 1947, se llevó a cabo el primero de doce juicios contra los médicos nazis ante un tribunal estadounidense en Núremberg. Los médicos Bouhler, Conti, Linden, expertos del proyecto Aktion T4, se suicidaron. Solo Karl Brandt y Victor Brack se juzgaron, condenados a muerte y ahorcados en Landsberg. (citado en Seidelman, 1996, p. 1463). Frente a la constante mala praxis médica, en adelante sería necesario tomar nuevamente medidas regulatorias debido a la praxis médica.

2.2.6. Organización Mundial de la Salud

La Organización Mundial de la Salud, desde 1948, representa la autoridad directiva y coordinadora del cumplimiento de los objetivos en los asuntos de Sanidad Internacional, de tal manera que es vigilante de la gestión de políticas de prevención, promoción e

intervención de estrategias para la salud en los países adscritos a la ONU, como es México y estructura las normas y los patrones de forma universal hacia una práctica sanitaria adecuada. Una de sus líneas de trabajo son los sistemas de salud.

Declarado por las Naciones Unidas y, en particular, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el derecho a la salud se integró al artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Por ello, esto ha sido adoptado por la Constitución mexicana que garantiza dichos derechos. En el caso mexicano, el derecho a la salud conforma el artículo cuarto en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

El derecho a la salud es la obligación de los estados a la creación de políticas sanitarias capaces de asegurar que todas las personas tengan las mismas oportunidades de salud y estas se respeten de acuerdo a una profesionalización de la atención médica. Desde el Modelo de la Organización Mundial de la Salud, la comunicación en salud puede resaltar la relación de causa y efecto entre los comportamientos recomendados y los resultados deseables. (Schiavo, 2007, p. 87).

2.2.7. Punto de inflexión para el nacimiento de la Bioética médica

Con los Juicios de Núremberg en 1947, en la que se enjuiciaron a médicos acusados de tortura y asesinatos en contra de seres humanos, establecieron que:

“La persona afectada deberá tener la capacidad legal para consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engañoso, intimidación, promesa o cualquier forma de coacción o amenaza y deberá tener información y conocimiento suficiente de los elementos de modo que pueda entender lo que decide” (Shuster, 1998. p. 1437).

De forma paralela se denunciaron investigaciones hechas en Estados Unidos: en Tuskegee Alabama, entre 1932 y 1972, se inoculó de sífilis no tratada a varones analfabetos, no informados de raza afroamericana de forma longitudinal. Previo a la Bioética, los médicos tenían el derecho y el deber de decidir cómo se debía tratar a los pacientes en función del principio de beneficencia. No había ninguna obligación de obtener el consentimiento informado de los pacientes.

La segunda fue el caso Willowbrook (Rothman, 1982, pp. 1-2) que, de 1950 a 1970, se llevó a cabo una investigación con una la inoculación de hepatitis en un grupo de niños con retraso mental para determinar el curso natural de la enfermedad sin recibir tratamiento alguno, que también fue aprobada por el Departamento de Salud Mental del Estado de Nueva York, y apoyada por el área Epidemiológica de las Fuerzas Armadas.

Tras las recurrentes malas praxis médicas denunciadas a nivel mundial, la Asociación Médica Mundial (WMA) promulgó la Declaración de Helsinki en 1964, y garantizó al paciente ser un sujeto receptor de la práctica médica capaz de ser escuchado y con quien se debe dialogar para llegar a un consenso que derive en una decisión autónoma. (Osuna, 2016 p.132).

A principios de los 70 del siglo XX pasado, el médico oncólogo Van Rensselaer Potter publicó el libro *Bioethics a bridge to the future*, y con ello surge una nueva disciplina de la ética aplicada a la vida, que se define como el estudio sistemático de los problemas de la biomedicina de carácter interdisciplinario y plural a la luz de los principios y las normas universales (Van Rensselaer Potter en Galván Meléndez, 2016). Con ello, el médico norteamericano Mark Siegler establece un corte con precisión, en el que la era del

paternalismo se extendió desde el año 500 A.C. hasta el año 1965 y terminó con el inicio de la Bioética (Lázaro, 2006. p. 16).

Frente a la nueva necesidad de establecer reglas básicas para la intervención en la práctica médica, se desarrolló el Informe Belmont, en 1974, donde se identifican tres principios: respeto por las personas, beneficencia y equidad (Flores-Pérez, 2017. P. 125), con ello se obliga a la observación respecto a una actuación médica en benevolencia para que los pacientes participen en la práctica médica (Adashi, 2018. p. 1346).

En 1979, Tomás Beauchamp y James Childress escribieron el libro *Principios de la ética biomédica*, que marca precedente y profundiza, finalmente, como base de la Bioética actual, la necesidad de actuar bajo los cuatro principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Se modificó el principio de respeto por las personas, por el principio de respeto a la autonomía, añadiendo el principio de “no maleficencia”. Tanto desde el deontologismo como desde el utilitarismo, estos principios son deberes *prima facie*, es decir, es un deber sin prejuzgar el problema que se presente (Thompson, 2008, p.15).

<ol style="list-style-type: none"> 1) No abandonar al paciente. 2) Principio de precaución: Evitar la mala praxis médica. 3) Principio de responsabilidad ante las consecuencias de las decisiones clínicas. <p style="text-align: center;">No maleficencia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Mayor bien posible para el paciente según su sistema de valores 2) Medicina cercana 3) Medicina humana. 4) Principio de solidaridad 5) Nivel de intención ética en el marco de una institución profesional. <p style="text-align: center;">Beneficencia</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1) Respeto a la legalidad vigente. 2) Principio de equidad en el acceso a recursos de salud. 3) Respeto a los derechos o a la legalidad vigente. 4) Protección consecutiva en la práctica con los más vulnerables <p style="text-align: center;">Justicia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas a través del consentimiento informado. 2) Promover la competencia afectiva del paciente dentro de lo clínicamente posible para ejercer una libertad responsable. 3) Buscar al representante de los derechos del paciente. <p style="text-align: center;">Autonomía</p>

Figura.4 Marco de convergencia en la bioética clínica adaptado de León Correa (2008)

El Doctor Manuel de Santiago, desde 1998, estableció que la ética no se remite a la búsqueda de fundamentos, sino a la adquisición de hábitos de comportamiento, de actos, cualidades, hacia la búsqueda de un carácter profesional y va más allá, pues plantea desde el pensamiento del filósofo Stuart Mill (1861) que, quien no ambiciona a hacer felices a otras personas y a la promoción del bien de su prójimo frente a su propia excelencia moral, no es capaz de provocar ni admiración, ni aprobación alguna (De Santiago, 1998, p. 666).

2.2.8. *La necesidad de Alfabetizar según la Unesco, 1970 (literacy)*

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura comprende a la alfabetización como un medio de identificación, comprensión, interpretación, creación y comunicación que cambia rápidamente la Unesco (2007, p. 2). Según el portal principal de la Unesco, en 2022, la alfabetización empodera y libera a las personas. Más allá de su importancia como parte del derecho a la educación, la alfabetización mejora la vida al

ampliar las capacidades, lo que a su vez reduce la pobreza, aumenta la participación en el mercado laboral y tiene efectos positivos en la salud y el desarrollo sostenible.

La Unesco, como organismo de la ONU, acuñó un concepto en los años 70 que se le denomina alfabetización (*literacy*). En ese orden de importancia, la Alfabetización de Información, que a su vez se traduce en el concepto de Alfabetización en Salud para la educación médica hacia la relación médico-paciente, se especializa en la alfabetización en salud, la cual cobra una fuerte relevancia en el paradigma de atención al paciente a nivel mundial. En cumplimiento de los 17 objetivos para el Desarrollo Sustentable del 2030, se revisan los estudios del profesional y su impacto alfabetizador para la salud del paciente, por medio de implementaciones pedagógicas y comunicación en salud aplicada al ámbito hospitalario.

La información debe ser referida a los aspectos relevantes explicados brevemente, con un lenguaje comprensible de manera que pueda entenderse por los pacientes. Las personas que deseen más información deben poder acceder a esta.

2.2.9. Objetivos del Desarrollo del Milenio 2030 de la ONU

De los diecisiete objetivos de Desarrollo Sostenible del 2030, destaca el objetivo tres, acceso a la salud y bienestar y cuatro de educación de calidad, que establece una serie de estrategias para promover la salud según la Unesco que abarca las esferas económica, social y ambiental comprometidas a movilizar los medios para su implementación y mediante alianzas centradas en las necesidades de las personas vulnerables.

La alfabetización en salud impacta en los objetivos del milenio de la ONU y beneficia al gremio médico a nivel internacional, toda vez que la educación de este está a la altura de

los tratados médicos internacionales, pues el paciente es un interlocutor válido y el uso de la comunicación efectiva genera que el paciente se apropie del conocimiento científico y la adherencia al tratamiento en México.

2.2.10. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico como regulador de la praxis médica.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, (CONAMED) se dedica a resolver asuntos de resolución de conflictos en el binomio clínico. La misma comisión establece que el consentimiento es una de las maneras en la que los médicos pueden dejar prueba fehaciente de la comunicación con el paciente.

Los médicos suelen recibir denuncias por una comunicación disfuncional que, por errores médicos, los pacientes aceptan los fallos médicos siempre que la comunicación con el médico sea satisfactoria (Glezerman, 2017). Las expectativas del paciente siempre serán la salud y ahora lo denominado sistema de salud; la mala comunicación figura entre las quejas más habituales interpuestas hacia la CONAMED en México y esta causal suele ser el motivo de fondo de las demandas (Glezerman, 2017, p. 254).

2.2.11. Marco legal en México

La Suprema Corte de Justicia de la Nación emitió un criterio jurisprudencial el 1 de abril del 2016, sobre el Derecho a la Salud y Seguridad del Paciente, de carácter obligatorio, en relación con las guías o protocolos médicos, la responsabilidad profesional médica, respecto al consentimiento informado y los deberes de los médicos.

Una de las tesis de la suprema corte es que la obligación del profesional consiste en proporcionar medios, y no de resultados. La primera clase de obligaciones supone el

desempeño de una conducta diligente, cuya apreciación está en función de la denominada *lex artis ad hoc* y no sobre los resultados (Moreno, 2016, p. 3).

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se incluye el derecho a la salud (Artículo 4.º párrafo cuarto). En cuanto a la obligación de los profesionales de la salud en informar al paciente respecto a lo que realizarán. Estas obligaciones no están plasmadas de forma explícita, sin embargo, los Tribunales Colegiados de Circuito, así como la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se han pronunciado al respecto en diversos criterios judiciales. El consentimiento informado se considera un derecho fundamental de los pacientes, pues este es consecuencia de diversos derechos establecidos por la Constitución, como el derecho a la salud:

La Ley General de la Salud, en su artículo 80 en materia de prestación de servicios y atención médica, se aborda el tema del uso del consentimiento informado en los hospitales, de manera que se establece que antes de una intervención, el médico tiene la obligatoriedad de permitir la voluntad del paciente (Galván-Meléndez, 2016 p. 108). En el aspecto legal, un derecho fundamental es un derecho irrenunciable, intransferible e inherente.

El consentimiento informado es un requisito que se desprende legalmente del Capítulo IV, Usuarios de Salud y Participación de la Comunidad, de la Ley General de Salud, y consiste en el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos como consecuencia necesaria o explicitación de los derechos a la vida, integridad física y libertad de conciencia.

Artículo 81. En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, el documento a que se refiere el artículo anterior, será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que le acompañe, o en

su caso, por su tutor o representante legal, una vez informado del carácter de la autorización.

Será negligencia médica por transgresión a la *lex artis ad hoc*, si se tiene por satisfecho el resto de los elementos de la acción: la existencia de un daño y que tal acto negligente originó o fue un factor determinante sin haberse acreditado como urgencia o sin recabarse el debido consentimiento informado.

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha emitido un criterio jurisprudencial de carácter obligatorio en relación con el consentimiento informado y la responsabilidad en la que incurrirían los profesionales de la salud que faltaran al mismo o que, aun teniéndolo, realizaran una aplicación negligente de la acción profesional por parte del médico. Lo mencionado por la jurisprudencia puede equipararse a la falta de un principio fundamental de la actividad médica y atentando contra la salud y vida, por lo que también debe existir una responsabilidad por la que debe pagar el profesional de la salud que realizó tal actuación.

El aspecto legal de la Ley General de Salud en México existe desde los setenta en la relación y revisa el cabal cumplimiento de la práctica del profesional de la salud hacia el paciente. También vigila que el servicio institucional y profesional sea capaz de cumplir con los reglamentos internacionales, como el derecho a la salud, o los estatutos nacionales o particulares, que sean capaz de cumplir con el mínimo requerido para garantizar el acceso a los servicios médicos y la calidad de estos.

En mayo de 1986 apareció en el artículo 80, la regulación del consentimiento informado en el Reglamento de la Ley General de Salud mexicana para la atención médica: El hospital debe buscar, a través del historial clínico, todas las evidencias suficientes para intervenir de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo

de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente (Ley General de Salud, 2004).

2.2.12. Lex artis ad hoc

Lex artis ad hoc es el conjunto de reglas universalmente aceptadas para la atención médica; deben utilizar elementos tanto éticos como científicos y médicos para lograr la excelencia en su profesión y sobre todo, el transmitir a sus pacientes de manera correcta lo que deben hacer. Para cumplirlas de forma mínima, es importante adherirse a las guías vigentes para la práctica clínica (García-Villarreal, 2022, p. 442). Dentro de los aspectos críticos que se deben desempeñar en el campo clínico para el cumplimiento de dichas guías, se encuentra la alfabetización en salud a través de la comunicación efectiva en salud con el paciente.

2.2.13. Normas de Atención Médica: NOMS

Legalmente, el consentimiento informado es la justificación de la legitimidad del acto médico, basado en el derecho del paciente a su autonomía o autodeterminación (De Montalvo, 2011, pág. 76). En otros países se le considera como un puente de comunicación entre el médico y el paciente dentro del ámbito clínico (Binetti, 2011, p. 510).

El consentimiento informado entonces debe ser un puente activo, continuo, informado, revocable, y temporal que permita la dignificación de la paciente por medio de la escucha activa y una acción voluntaria, intencional y sin influencias controladoras (Nelson, Beauchamp, Miller, Reynolds & Luce, 2011, pp. 6-16).

El consentimiento informado tiene dos partes: el derecho a la información que debe ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva sobre su proceso de atención, así como conocer los riesgos, beneficios físicos y emocionales, duración y alternativas en caso de que estas existan; ser necesario que el médico corrobore que el paciente ha entendido la información para que se haga preguntas y establezca respuestas a lo propuesto. La segunda parte es la libertad de elección para privilegiar la autonomía y su derecho a decidir.

Con el propósito de insertarse en la economía global se aceptó la estandarización de competencias de calidad de productos y servicios y se ha sumado al uso de Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM) expedidas dentro del Diario Oficial de la Federación (DOF) aprobadas por la Cámara de Diputados Cámara de Diputados en México desde 1984.

La necesidad de responder a las exigencias entre distintos países, se actualizó la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, en 1992, quien señala bases para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas, que sustituyen, a partir del 16 de octubre de 1993, todos los individuos tienen el derecho a la información, a la libre decisión, a la protección de la salud, a la no discriminación, al estándar más alto posible y a gozar de los beneficios del progreso científico. Los gobiernos tienen la obligación de tomar medidas legislativas, administrativas y presupuestarias, para asegurarse del cumplimiento del derecho a la salud de los mexicanos.

Una de las herramientas en las que se ve reflejada esta relación es a través del Consentimiento Informado, que su vez se establece como necesario en la reformada Ley General de Salud (1984), así como en las Normas oficiales mexicanas (NOMS) definidas como lo mínimo a legal en el cumplimiento de regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias en salud que tienen como finalidad establecer las

características que deben reunir los procesos o servicios cuando estos puedan constituir inseguridad de riesgo para la las personas o daño a la salud humana como la NOM-004-SSA3-2012, sobre la conformación del expediente clínico.

La Norma Oficial Mexicana NOM 044-SSA3-2012 establece específicamente:

El paciente, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad (Diario Oficial de la Federación, 2012).

Más adelante, en la NOM-004-SSA3-2012 se define también de otra manera:

En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.

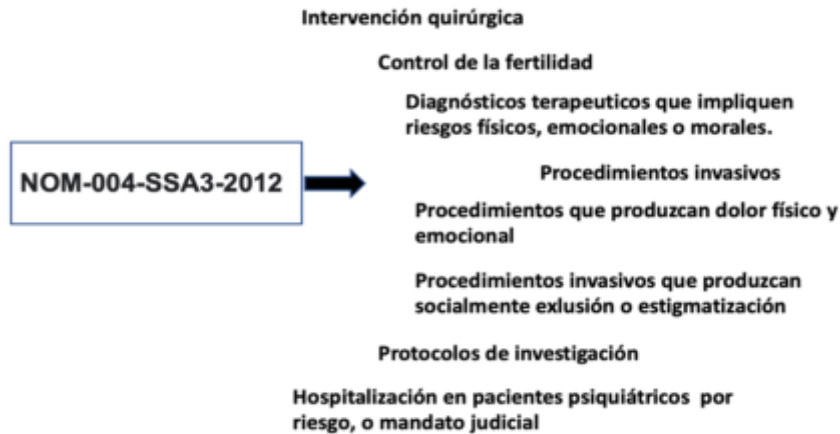


Figura 5. Uso del consentimiento informado según la NOM-004-SSA3-2012. Fuente: Comisión Nacional de Bioética. Secretaría de Salud, 2015.

2.3. Marco de Educación

2.3.1. Modelo de educación constructivista para el logro del aprendizaje

El proceso dentro del constructivismo educativo propone un paradigma de participación e interacción de ambos sujetos para la construcción mutua de quien aprende. El debate sobre la educación, más allá de la función utilitaria que cumple en el desarrollo económico, Unesco (2015), se preocupa por la inclusión y por una educación que desdibuje la marginación y no sea excluyente (Hyslop-Margison & Strobel, citados en Schunk, 2012, p. 230).

Para realizar un proceso de comunicación dialógica es necesario tratar de equilibrar el desajuste en el pensamiento de orden superior en uno de los interlocutores, para generar un marco común de conocimiento desde la teoría constructivista. Dicha teoría de la educación no es sino una epistemología de la naturaleza del aprendizaje (Hyslop-Margison & Strobel, citado en Schunk, 2012. p. 230).

2.3.2. La filosofía educativa que aporta John Dewey

Para Dewey, la educación es el medio a través del cual una sociedad se reproduce a sí misma (Dewey, citado en Feinberg & Torres, 2014. p. 34) por lo tanto, democracia y educación van de la mano para el autor, quien desarrolló una argumentación que buscaba la unión entre la teoría y la práctica.

Como observador social del entorno en que vivió la modernidad en Norteamérica a finales del siglo diecinueve, con un desarrollo vertiginoso, Dewey obtiene una visión panorámica en la que une la epistemología y la ética con la política para dar como resultado un aprendizaje significativo, que va en contra del aprendizaje en masa y la deshumanización, así como la repetición memorizada de los conocimientos adquiridos.

Dewey pensaba que la sociedad moderna estaba en, seria desventaja en relación con la comunicación y a la transmisión de los fines compartidos de una generación a otra. La comunicación es experiencia e implica la participación en actividades sociales y funcionales del grupo (Dewey citado en Feinberg & Torres, 2014. p. 35).

Ante dicha posibilidad, su apuesta por la democratización del conocimiento fue clara a través de la enseñanza pública para encontrarse en un marco común de conocimiento que está en constante cambio. Esta es la invitación constante de que los médicos vean a su paciente más como persona que como una enfermedad.

El encuentro médico se reducirá a lo básico, observar el historial del paciente si es que existe, tomar nota de sus quejas y hacerle un examen físico. Es más, con la llegada de la era digital y las aplicaciones de salud ha cambiado más aún el encuentro con el médico. (Glezerman, 2017, p. 253).

2.3.3. El constructivismo performativo de Vigotsky

El legado psicopedagógico de Vigotsky, faculta al lenguaje, los signos y los símbolos como instrumentos que contribuyen a estructurar la información para ordenar la realidad y facilitar la comprensión del medio. Para el autor, la construcción de sentido es un proceso cotidiano, es una experiencia individual y colectiva de percibir la realidad y de entenderla; dicha configuración es el proceso en el cual los individuos desarrollan una visión común o la noción del nosotros (Vygotsky, 1962).

El análisis de Vygotsky del entorno social faculta el aprendizaje (Shunk, 2012, p. 240) como un proceso que fortalece a los instrumentos culturales que amplían las posibilidades y reestructuran las funciones mentales de la persona. El autor argumenta una teoría opuesta al conductismo de su época en la que se plantea que los animales se adaptan al entorno, mientras el ser humano es capaz de transformar su entorno. Pondera como una de sus grandes contribuciones al desarrollo de la educación, a la conciencia humana, aprender para comprender (Bredo, et. al. citados en Shunk 2012, p. 242).

Lo que el lenguaje permite es la construcción y elaboración de esa red de expectativas comunes, que en palabras de Bruner constituyen “la matriz sobre la cual se elabora la cultura” (Bruner en Gutiérrez F, et al. 2008 p. 883) y que juntamente con las experiencias directas están en la base de la construcción de las representaciones, sean estas compartidas o no con los otros o bien las experiencias obtenidas mediante la observación del comportamiento de los demás. Por tanto, el individuo elabora representaciones de la realidad que le rodea, estructurando su propia síntesis de representaciones ajustadas a las demandas situacionales y a las metas personales, en un contexto de prácticas definidas por la cultura y su entorno.

El intercambio en el plano social supone un “toma y dame” de elementos comunes, favorecidos desde la comunidad humana (Caride, 2015, p.12) consensuados desde el entendimiento y la comunicación para reivindicar desde la pedagogía las representaciones sociales y mentales de los participantes, desde sus procesos de negociación e interpretación de las prácticas sociales, lenguaje, conocimientos, valores, creencias década grupo social ante la posibilidad de compartir y comprender al otro desde lo intersubjetivo como la capacidad natural para compartir significados con los otros.

2.3.4. La educación para la democratización del conocimiento

El conocimiento no es privativo de unos cuantos, la capacidad de aprender es inherente al hombre y, por lo tanto, todos lo pueden hacer, nadie ignora todo, ni nadie sabe todo. El conocimiento compartido es, pues, parte de la esencia humana. La equidad en salud aborda la importancia de eliminar las disparidades en salud al minimizar o eliminar las diferencias en el estado de bienestar y salud de diversas poblaciones y grupos. Como a menudo se cita al Dr. Martin Luther King Jr., “De todas las formas de desigualdad, la injusticia en la salud es la más impactante e inhumana” (King citado en Schiavo 2006, p. 58).

Según los médicos y bioeticistas españoles Lorda y Concheiro en Silva, el consentimiento obtenido sin que el paciente actúa de forma voluntaria no es ético, ni legalmente aceptable (2017, p. 36), es decir, en términos prácticos es inmoral e ilegal el tomar medidas no solicitadas o aceptadas en el cuerpo de un tercero que no confía.

La confianza es importante en la participación, por lo que se necesita el conocimiento, para que el paciente sea capaz de tomar decisiones. La persona debe ser capaz de obtener, procesar y usar nueva información. (Vera, 2016 p.25)

La educación formal debe priorizar los cuatro pilares de la educación (Delors, J. et al. 1996):

Aprender a conocer: un conocimiento general amplio con posibilidad de profundizar en un pequeño número de materias.

1. Aprender a hacer: no limitarse a la adquisición de aptitudes para el trabajo, sino también de la competencia necesaria para afrontar numerosas situaciones y trabajar en equipo.
2. Aprender a ser: desarrollar la propia personalidad y ser capaz de actuar cada vez con más autonomía, juicio y responsabilidad personal.
3. Aprender a vivir juntos: desarrollando la comprensión del otro y el aprecio de la interdependencia

Adela Cortina menciona al pedagogo norteamericano Pierce: todo conocimiento viene mediado por signos y ningún signo puede ejercer su función de presentación para una conciencia sin un mundo real que tiene que pensarse como cognoscible (Cortina, 1995, p. 20). En este caso, la bata blanca médica constituye un símbolo de poder incluso dentro del mismo gremio médico, el cual tendrá que liberarse como un impedimento relacional entre el médico y sus pacientes.

2.3.5. La libertad como aproximación al diálogo en Paulo Freire

Paulo Freire, el pedagogo brasileño inspirado en las necesidades para Latinoamérica, establece que la ruta a la libertad (Freire, citado por Accorinti, 2002, p. 6), se basa en las teorías eurocéntricas e incide en el punto neurálgico de la necesidad de alfabetización para Latinoamérica. Es un crítico existencial de frente a las necesidades de la comunidad oprimida

desde la asimetría económica, de conocimientos, educativa con otros países que resultan opresores.

Para Freire, la educación es conocer; e implementó un método basado en el análisis de situaciones que incluyen la acción participativa para establecer un diálogo. El compromiso ético central de Freire es una noción de la educación para la democracia y la justicia social. (Freire citado por Feinberg & Torres, 2014. p. 37).

El fundamento básico de la ética en Freire está asentado en que todo el conocimiento conlleva una noción de un poder condensado en la clase, el género, la raza y la etnicidad de relaciones e intereses específicos. La educación es un acto político y forma parte de un terreno cambiante, pues no está libre de fuerzas externas ni de un proceso de globalización cultural, económico y tecnológico marginalizantes para un desempoderado sin capacidad de tomar decisiones, por lo que la educación y el poder forman parte de una lucha social, en este caso es justamente la vocación humana de quien ostenta el poder la que sirve para el desarrollo de una conciencia ética. (Freire citado por Feinberg & Torres, 2014. p. 42).

La educación para el cambio social es indispensable en su pedagogía, por lo que la pedagogía de Freire es clave en la lucha contra las desigualdades (Freire, citado por Barranquero & Baeza, 2012. p. 4). Los pacientes necesitan sentirse involucrados y bien representados, deben ser los protagonistas clave del proceso orientado a la acción consensuada.

En el juicio diagnóstico del médico, las diferencias esenciales entre la clínica humana y la clínica veterinaria no llega a ser plenamente “médica” sin alguna participación del paciente en el conocimiento que ese juicio expresa. Con otras palabras: el saber diagnóstico

debe ser, tiene que ser, siempre, un con-saber entre el médico, por una parte, y el enfermo, por otra. (Laín, 1983. p. 381).

2.3.6. La comunicación como educación. El enfoque constructivista.

El proceso constructivista propone la interacción del binomio clínico, de modo que el conocimiento sea una auténtica construcción. Diagnosticar es conocer (Laín, 1983, p. 377), y a través de la experiencia, el médico comienza a interpretar en el encuentro con el paciente. El constructivismo pedagógico se orienta a la acción y esta interacción garantizaría el beneficio de un conjunto de habilidades adyacentes y necesarias para la aplicación eficaz del conocimiento científico.

El diagnóstico solo puede ser verdaderamente “integral” o “interpersonal”, cuando se le individualiza teniendo en cuenta la persona del enfermo en cuanto enfermo. Por encima de la individuación cuantitativa y de la individuación cualitativa debe estar, en el caso del hombre, hállese este sano o enfermo, la individuación personal. (Laín, 1983, p. 385).

Una de las características de la profesión médica se encuentra en que la práctica está intrínseca al conocimiento, por lo que la teoría educativa constructivista cobra forma en esta área de profesionalización en el campo clínico. Los médicos toman como herramienta de trabajo a un paciente que necesita de los conocimientos médicos para lograr la salud y el médico, al mismo tiempo, necesita del paciente para construir su propio conocimiento. Freire (1968), advierte sobre la deshumanización, que esta no solo se encuentra en aquellos que se despojaron de su humanidad, sino también, aunque de manera diferente, en los que a aquellos despojan, en distorsión de la vocación de ser más (p. 25).

Freire abre un camino a la libertad con su pedagogía no solo a la alfabetización de los que no son poderosos en un diálogo educativo, sino que rompe el paradigma histórico de la verticalidad en el aprendizaje, pues conocer es leer el mundo, transformarlo y formar parte del mismo, de tal modo que los pueblos originarios, las personas no instruidas positivamente en las aulas, también se incluyen en la comunidad con un valor que aporta a la comunidad dialógica construyendo categorías de pensamiento que también hacen posible su lectura del mundo, su mundo, su cuerpo, su vida. (Freire citado por Accorinti, 2002, p. 3).

2.3.7. Competencias comunicativas necesarias para la educación del médico

Según la Unesco (2015) Las competencias son para usar la información, el entendimiento, el conocimiento, las aptitudes y los valores que se necesitan para actuar en contextos concretos. Estas tres dimensiones deben aplicarse en la profesión médica, en sus dimensiones del conocimiento en el campo clínico, así como en los valores que persigue la misma.

Existe un proceso cognitivo toda vez que las personas interactúan con otras, comparten información. La forma en la que se reconoce y procesa la información nueva o existente depende del enfoque que se adopte para la comunicación. (Schiavo, 2007, p. 98).

El consentimiento se entiende como una aceptación evolutiva de la relación entre ambos que traspasa y supera visiones paternalistas y reduccionistas para cumplir meramente un ordenamiento legal (Glezerman, 2017). Freire propone que con lo dicho anteriormente se busca la restauración de la intersubjetividad del sujeto vulnerable (Freire, 1968. p. 35).

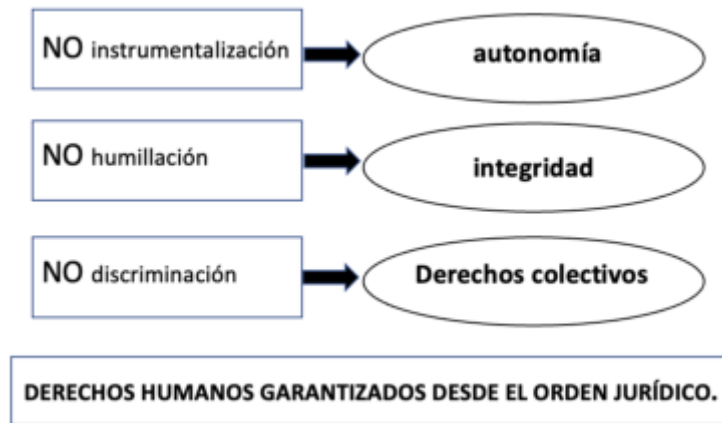


Figura 6. Derechos humanos, según el orden jurídico. Fuente: Corte Interamericana de Derechos Humanos, No. 14, 2018.

2.3.8. Las competencias comunicativas entre los interlocutores

El Informe de seguimiento de la educación para todos (EPT), un movimiento mundial guiado por Unesco, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades de aprendizaje de todas las personas (EPT, 2020) propone un enfoque de competencias fundamentales como son la alfabetización; competencias transferibles como con el análisis de problemas y dar con las soluciones adecuadas, comunicar eficazmente ideas e información entre otras. En este caso práctico, es la alfabetización en salud, la que pone en el centro la necesidad de un proceso de comunicación para el consenso como resultante final del tratamiento en el binomio clínico.

2.3.9. El aprendizaje educativo en la praxis clínica

La Alfabetización en Salud forma parte de la educación a los pacientes que ha sido propuesta por la Unesco para todos los países miembros de la ONU y tienen un impacto las implementaciones pedagógicas en el ámbito hospitalario en cumplimiento de los 17 objetivos para el desarrollo sustentable del 2030. Así mismo, todas las mallas curriculares de la profesión médica incluyen en un primer momento alguna asignatura que hace énfasis en la

comunicación con el paciente. Al mismo tiempo, el médico se ve expuesto interminablemente a la práctica tanto de sus destrezas técnicas, como interpersonales cuando está frente al paciente.

Para Renata Schiavo, la educación para la salud se define como cualquier combinación planificada de experiencias de aprendizaje diseñadas para predisponer, habilitar y reforzar el comportamiento voluntario (Schiavo, 2007. p.37) lo anterior engloba los postulados de las teorías en educación que se proponen para el encuentro del binomio de la relación y a razón del uso del consentimiento informado en el campo clínico.

2.4 Marco de Comunicación

2.4.1. El mensaje: la salud

Es importante definir el significado de salud, ya que es precisamente sobre su interpretación en la que recae toda la significación del fenómeno comunicativo de la presente investigación. El médico y filósofo español Diego Gracia Guillén entiende la salud como la capacidad de llevar a cabo el proyecto de vida que uno se marca (Laporte 2003, p. 2). Salud para la Organización mundial de la salud significa un estado de bienestar físico, psicológico y social que corresponde con la definición de un ser biopsicosocial desde la concepción Bioética. Lo anterior se ha dado con los cambios del contexto cultural de acuerdo a la época, el lugar y los valores sociales vividos en distintas sociedades e incorpora interpretaciones y actitudes que conforman la enfermedad y someten a vivirla de determinada manera.

Pintos (2001) filósofo y antropólogo, se refiere a la salud como el estado por excelencia, un estilo de vida autónomo y responsable por parte del ser humano que la ostenta, capaz de “la realización de valores específicamente humanos” (p.129). Por su parte, los elementos que se incluyeron en la redefinición de la salud se debieron a factores del modelo

biomédico, con la relación de las enfermedades de la conducta y que son previsibles, la vinculación psicológica, conductual y biológica (Cortés, 2009 p.79). Hastings Center (2004) uno de los centros de investigación en bioética más prestigiosos a nivel mundial, define como enfermedad a una alteración fisiológica o mental, basada en una desviación de la norma estadística (p. 36). la persona entonces es incapaz de desenvolverse con normalidad en la vida diaria.

Tabla 2.

Aportaciones y trayectoria y del concepto de salud.

Contexto social	Concepto de enfermedad	Concepto de salud
Existencias de enfermedades infectocontagiosas Peligro de epidemias	Consiste en una lesión producida por la acción de gérmenes patógenos	Ausencia de enfermedades e invalideces
Desarrollo del psicoanálisis Final de la Segunda Guerra Mundial	Existencia de enfermedades psicosomáticas	Bienestar físico, mental y social
Desarrollo de la Ecología, grandes concentraciones humanas por la industrialización	El medioambiente influye en el origen de las enfermedades	Equilibrio con el entorno y adaptación al mismo, Capacidad de funcionamiento
Predominio de las enfermedades crónicas. Desarrollo de las ciencias de la educación	Importancia de la conducta en la prevención de las enfermedades y mejora de la salud	Salud conductual como estilo de vida
Incapacidad del Estado en mantener gastos sanitarios y velar por el mantenimiento de la salud de los ciudadanos	Origen multicausal de la enfermedad	Salud holística integral Salud como desarrollo personal y social

Fuente: La construcción del concepto de salud (Gavidia, 2012, p. 172)

2.4.2. Marco de comunicación general

Marshall McLuhan, filósofo y sociólogo de la comunicación, estableció que la comunicación interpersonal constituye la base de las relaciones humanas, lo cual significa vivir y moverse en un mundo social repleto de sentidos, en el cual la persona constituye la

sede de la consciencia, la voluntad y la intencionalidad, McLuhan (1967). El ser humano desarrolla sistemas y códigos de comunicación, la intención del mensaje, el fin del mensaje, el momento y el lugar.

En 1944, Lazarsfeld, un sociólogo vienés, fundó un “laboratorio de investigación en comunicación” en la Universidad de Columbia (Cambra, 2013, p.135) donde se unía la investigación académica con las aplicaciones prácticas: el *Bureau of Applied Social Research*. Este centro de investigación ha sido el modelo de los actuales centros de investigación en comunicación social universitario, en dónde asocia en su libro “juventud y carrera” y sostiene que la intención de elección de una profesión, se debe a un compromiso previo que implica una ocupación determinada, con un interlocutor.

En la relación, se establecen puentes de diálogo en el campo de la salud por medio de un intercambio de información bidireccional que utilice un “sistema común de signos y comportamientos”. Debe ser accesible y crear “sentimientos mutuos de comprensión y simpatía” entre los miembros del equipo de comunicación y las audiencias previstas (Schiavo, 2007, p.4). El ser humano como sujeto de estudio de la comunicación y la salud simultáneamente comparten carencias, fallos físicos, comportamiento fallido, situaciones culturales, cognitivas y emocionales, de forma que, para lograr una comunicación, el emisor debe identificar el mensaje preciso para su receptor, con los medios y los canales adecuados para este fin.

La comunicación en el campo clínico necesita entrenamiento, practicando que deberán ser deliberados por el paciente. Pensar en el consentimiento informado como un proceso entre dos personas que interactúan un tiempo para reflexionar sobre sus condiciones, entonces se puede decir que el consentimiento informado se establece un acto de habla único.

2.4.3. Declaración de Helsinki

En 1964 la Asociación Médica Mundial (AMM) refrendó en la Declaración de Helsinki la obligación de pedir consentimiento a los pacientes que quisieran participar de forma voluntaria en proyectos de investigación (Artículo 11), para una evaluación de los riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17), una probabilidad razonable que la población estudiada obtenga un beneficio (Artículo 19) y que sea conducida y manejada por investigadores expertos (Artículo 15) usando protocolos aprobados y sujetos a una revisión ética independiente. (De La AMM, 2013).

En los años setenta surgió una nueva manera de hacer medicina. Por primera vez, la complejidad del modelo comunicativo era posible para la deliberación conjunta como consenso comunicativo. La primera colaboración entre cardiólogos y académicos del mundo de la comunicación fue con el Dr. Maccoby fue en un programa clave en 1971 del *Stanford Disease Prevention Program* (Maccoby, 1976, p.31). La comunicación no es ninguna asignatura para los médicos o enfermeros. En 1975, también en Estados Unidos de Norteamérica, en Washington, se crea la División de Comunicación y Salud (*International Communication Association*) ICA para académicos interesados en la comunicación humana del gremio médico.

2.4.4. Multidimensionalidad de la comunicación en el campo clínico

La comunicación tiene tres ejes: educativo, emocional y ético y, por lo tanto, se considera (Bernhardt, 2004, p.2051) una disciplina basada en las ciencias que requieren

entrenamiento y se basan en el uso de diferentes competencias y herramientas utilizadas para entregar un mensaje a través de canales precisos de comunicación (Schiavo, 2007, p.10).

En el paradigma de comunicación, interactúan un emisor y uno o varios receptores, generalmente el médico y el paciente con familiares alrededor de un diagnóstico clínico en donde influyen aspectos no verbales, como parte de la intención del mensaje por parte del médico emisor, hacia la interpretación del receptor (enfermo y/o familiares) en el encuentro del binomio clínico. Puede influir en la intimidad del paciente a la hora de conversar sobre su propio estado de salud, características como la mirada, el tono de voz, si distancia entre los interlocutores, verticalidad, etc.

En la comunicación interpersonal los elementos para el proceso de la comunicación son:

Tabla 2.

Elementos del proceso de comunicación interpersonal.

	Los elementos en el proceso comunicación:
Comunicación interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> ● Signos y símbolos. ● Contexto: Condiciones espaciales, ambientales, etc. sentido semántico y cultural significación de los espacios, objetos del entorno, etc. ● Simetría: “Se presupone” a todos los participantes las mismas posibilidades de intervención y competencias comunicativas equivalentes. En el caso del CI es el médico quien tiene que informar al paciente de tal forma que se intente poner en el conocimiento más pertinaz al paciente acerca de su situación. ● Simultaneidad de los procesos interpretativos ● Feedback: existe una constante retroalimentación entre los participantes, es decir, que la actitud de uno afecta a la del otro, para una toma de decisión. ● Coordinación de la definición de la situación: Los participantes identifican y contribuyen a definir (o, en su caso, a redefinir) el marco de la situación comunicativa en la que participan. ● Delimitación y coordinación de roles: Paralelamente a la definición de la situación, los participantes asumen y coordinan roles adecuados al marco comunicativo.

Fuente: elaboración propia con base en K. Berlo, 2000.

El médico debe ser un intérprete de la situación y, por lo tanto, es necesario que estudie tipos de expresiones verbales, corporales, intencionales y no intencionales. Algunos de ellos son:

Tabla 3.

Tipos de expresiones a interpretar en la comunicación no verbal, por parte del médico.

	Verbales, corporales, intencionales y no intencionales:
Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> ● Escucha activa: Hablar al otro de buen modo, en no forzarlo, en no importunar con algo ni obligarlo a aceptar algo, por ejemplo, una medida o una prescripción. ● La mirada: se miran lo que en cuanto medio de comunicación médica es la mirada, el primer contacto entre ellos (Laín 1977, p. 300). La mirada se expresa en cuanto a que los ojos son los centros vectores principales de la expresión en un primer contacto para una reciprocidad en la comunicación. Laín (1977) llama centro vector de la expresión a la región del cuerpo en el que la actividad expresiva adquiere su intensidad máxima y explícita significación (p.300). La expresión oral entonces asume la función organizadora de la comunicación interpersonal en una relación. ● El médico observa desde su zona centro vector hacia afuera del otro denominado paciente. El Enfermo, según Laín Entralgo, pide y tiene una apertura receptiva de su persona hacia la incalculable fuente de ayuda del médico (303). ● El segundo centro vector de expresión a identificar es la boca dentro en un primer plano y el resto del cuerpo como son los codos, las manos que se van manifestando como vectores de un segundo plano de expresión (Laín 1977, p. 300). ● El cuerpo hablante. El enfermo otorga su cuerpo para la auscultación del médico y es en la objetivación visual del mundo que el paciente ofrece su figura y su realidad descubierta por el tacto (Laín 302). ● Kinésica: movimientos corporales al hablar, muy apegados a la cultura y ambiente del hablante en cuestión. ● Una parte del tratamiento consiste en que el médico “palpe” al paciente. Palpar significa recorrer con la mano (palpa) el cuerpo del enfermo, cuidadosamente y con sensibilidad, para advertir tensiones y crispaciones que puedan confirmar o corregir la localización subjetiva que hace el paciente, llamada dolor. La función del dolor en la vida es la de señalar una perturbación en el equilibrio de ese movimiento vital en el que consiste la salud. (Gadamer, 1996. p.124) ● Proxémica: la distancia entre los hablantes; en algunas culturas prefieren la cercanía, y en otras la distancia hace a los hablantes sentirse más cómodos. ● Paralenguaje: tono, volumen, y rapidez al hablar; estos pueden dar tintes de enojo, urgencia, paciencia, felicidad, duda, etc.

Fuente: Elaboración propia con datos del libro *Health Communication*, (Schiavo 2007).

Entre las herramientas que pueden ser utilizadas a favor del encuentro clínico, están las figuras retóricas de construcción verbal, para dar énfasis al lenguaje técnico del argot médico, que son de difícil comprensión, como son:

Tabla 4.

Herramientas del lenguaje para la construcción verbal.

	Figura retórica de pensamiento para el uso del lenguaje verbal
Comunicación	<ul style="list-style-type: none">● Metáfora: sustitución de un término por otro en virtud de su semejanza. El uso expande la imaginación (Frank, 2017, pág. 341)● Hipérbaton: alteración del orden de los elementos de una frase.● Comparación: unir dos términos en cuanto a su relación de semejanza.● Eufemismo: sustituir un término malsonante por otro más amigable, etc.

Fuente: Elaboración propia con datos de Beltrán, 2008.

2.4.5. *Identidad en la relación.*

Es importante crear un entorno favorable en el campo clínico en el que se pueda compartir, comprender, recibir y analizar la información. Esto requiere una comprensión profunda de las necesidades, creencias, tabúes, actitudes, estilo de vida y normas sociales de todas las audiencias de comunicación clave; para ello, es indispensable crear mensajes que sean fácilmente comprensibles. (Schiavo, 2007, p.7).

“El filósofo y doctor Pedro Laín Entralgo (1977), establece que para que la relación se pueda dar, el médico debe tener suficiencia técnica y buena voluntad para con su paciente, y este a su vez debe depositar su confianza en la medicina y en la persona del médico (Laín,

1977, p. 299).”

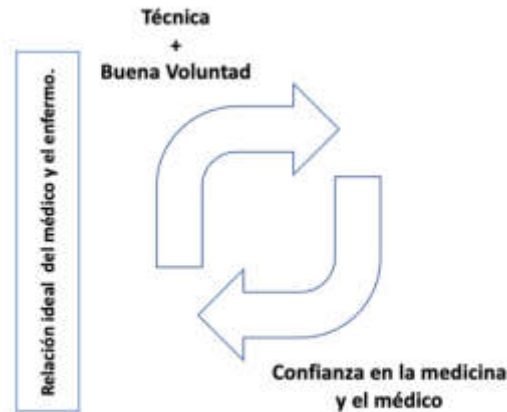


Figura 7. Relación virtuosa en la relación médico-paciente. Elaboración propia con base en Laín, 1983.

2.4.6. *Comunicación dialógica*

La aplicación en el modelo dialógico de Apel y Habermas (Rivas, 2007, p. 64). y la hermenéutica crítica, de Adela Cortina (Cortina.1995), se observa como un modelo de ética deontológica aplicada, desde los principios de respeto, beneficencia y justicia. Su eje principal conlleva la toma de decisiones. Maliandi (2002) establece claramente el alcance de la apuesta apeliana por el discurso en el que pretende responder al planteamiento de la ciencia, frente a la razón, solo es posible desde la pragmática trascendental propuesta por Apel a través de la reflexión y el diálogo. (p. 60).

Existen, para Apel, seis rasgos básicos de la idea del sujeto en la interacción que clasifica en:

Tabla 5.

Rasgos básicos de la idea del sujeto en la interacción.

Rasgos	Características
Sentido	<ul style="list-style-type: none"> ● Es un ser finito ● De un lenguaje histórico ● Comprende su vida con referencia a sus metas ● Se autocomprende ● Distingue la comprensión de la explicación ● Comprende a un tercero.
Intersubjetividad	<ul style="list-style-type: none"> ● No es un ser aislado, su vivir es con-vivir ● Lenguaje es intersubjetivo ● Se relaciona con reciprocidad ● Es solidario ● Es interpelado por el “otro” ● Alcanza su individualización por socialización
Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> ● Es un ser crítico ● Aspira a la emancipación ● Posibilita la reflexión en otros ● Su pensamiento solitario es una comunidad de interpretación ● Posee competencia comunicativa ● Mediante la reflexión, conoce los presupuestos de la argumentación ● Su lenguaje tiene postura performativa proposicional ● Eleva pretensiones de validez y certeza ● Posee autonomía ● Posee autenticidad ● Realiza el experimento mental de dialogar con los ausentes ● Siente culpa ● Recurre a expertos ● Su dolor es reflexivo ● Presenta diversos tipos de racionalidad comunicativa.
Criterio	<ul style="list-style-type: none"> ● Determina la validez por referencia a una comunidad ideal de comunicación. ● La referencia a una comunidad ideal no es una utopía ● Reconoce las condiciones de la argumentación ● Argumenta seriamente. ● Determina la validez de sus opiniones a través de la argumentación. ● Eleva pretensiones de certeza ● Media entre tipos de racionalidad ● Alcanza el entendimiento mutuo ● Recurre al consenso como idea de justicia ● Llega consensos falibles ● Fundamenta las normas jurídicas en normas éticas ● Distingue tres niveles de fundamentación por encima, en y por debajo de las instituciones.
Moral posconvencional	<ul style="list-style-type: none"> ● Se entiende con sujetos de otras culturas ● Para por niveles de desarrollo moral ● Se guía por principios universalizables ● Desarrolla su conciencia moral a través de la argumentación ● Reconoce que la vida tiene un valor intrínseco. ● Adopta la perspectiva de los otros ● Reconoce que queda mucho por saber

- Posee derechos
- Posee derechos internacionales
- Posee derechos humanos
- Es intercultural
- Reconoce los principios universales
- Desarrolla un patriotismo constitucional
- No es eurocéntrico
- Rompe con los rasgos de la integración pre moderna.

Corresponsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ● Asegura la supervivencia de la comunidad real de la comunicación ● Es corresponsable ● Mantienen las condiciones para que haya sujetos con fines ● Su responsabilidad es moral cuando las consecuencias son intencionadas ● Es responsable por los que están a su cargo ● Acepta la incertidumbre del futuro ● Hace pronósticos ● Reconoce pretensiones de derecho de las generaciones futuras ● Asume su responsabilidad por las acciones colectivas ● Distingue ciertos grados de responsabilidad ● Usa violencia contra la violencia ● Es corresponsable por la institucionalización de un derecho internacional ● Defiende una economía social de mercado ● Aspira a la igualdad de oportunidades y la reciprocidad ● Acompaña a la fundamentación de normas con su aplicación.
--------------------	---

Fuente: *La idea de sujeto en la ética del discurso y el desafío .de las directrices anticipadas* (Siurana, 2001, p.172).

Pensar en el consentimiento informado como un proceso significa construir la interacción entre los sujetos, en un control del dominio de la interacción, y un tiempo necesario para reflexionar sobre sus condiciones, entonces se puede decir que el consentimiento informado se establece un acto del habla único.

Juan Carlos Siurana (2001), retoma, la base discursiva de Karl Otto Apel:

- Es un ser que ha de decidir entre diversas opciones
- Cada elección va a configurar la idea de sí mismo y esta tiene sentido en lo que quiere llegar a ser

- La idea de sí mismo depende del lenguaje en la comunidad lingüística a la que pertenece
- No es un ser aislado, para Apel vivir es con-vivir, como sucede en el personalismo bioético, existe un yo, porque existen los otros. (Adaptación de Aparisi 2001, p. 159).

En general, Apel apuesta a que deberán de respetarse todas las condiciones de posibilidad y de validez del conocimiento por las que se hace efectiva la mediación de la conciencia por la praxis por medio del diálogo, pues es un hecho irrefutable el lenguaje que expresa la intersubjetividad humana (Apel 1991, p. 18).

Apel retoma a Charles Peirce quien parte del postulado de que todo el conocimiento está mediado por signos y ningún signo puede cumplir su función de representación para un mundo real que tiene que pensarse como cognoscible (Apel 1991, p. 20), de tal modo que en la relación dialógica la distinción entre lo cognoscible y lo incognoscible solo puede tener sentido si quien tiene el conocimiento puede transmitirlo a la comunidad ilimitada (pacientes) a través de un proceso definido de conocimiento y esto sería, entablando una relación dialógica médico, paciente, pues no puede existir la representación de algo (el conocimiento científico en este caso) sin un intérprete real (el cuerpo del paciente).

Uno de los grandes retos de la aplicación de la ética discursiva es que en el discurso no se tenga representación de los colectivos más afectados por el problema (Apel y Dussel, 2004, p. 95) en este caso el paciente, por lo que es a través del consentimiento informado que se argumentan los medios para que estos puedan ser incluidos en el diálogo, como la condición de comunicación entre dos hablantes, este último como interlocutor válido.

Apel (1985) se apega a la fidelidad de su idea concebida como reflexión trascendental en la que una relación sujeto objeto no se puede lograr, es en una relación entre sujetos que deben entenderse, pues cualquier sujeto que argumenta desde la verdad ya pertenece a una comunidad ideal de argumentantes y es a través de una relación hermenéutica y ética que lograr entablar dicho contacto dialógico y lograr una ética dialógica basada en la responsabilidad (p. 24).

El médico con la mayoría de responsabilidad profesional deberá, para respetar el paradigma de atención centrada en el paciente, generar dos elementos indispensables que están fuera de su capacitación curricular y que facultarán la relación de forma virtuosa: La confianza y la comunicación efectiva y la justicia como fundamento ético que legitima el valor del paciente.

Para Apel (1985b), todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas, pues, sus acciones y expresiones los faculta como interlocutores virtuales de la relación y ciertamente ninguna justificación ilimitada del pensamiento puede renunciar a su interlocución ni a su discusión (Apel, 1985, p. 380).

En *Ética comunicativa y Democracia* (Apel, 1991) y *Conciencia moral y acción comunicativa*, (Habermas, 1985) ambos autores abordan la autonomía de la voluntad Kantiana y lo reelaboran en el principio procedimental de la ética discursiva. Apel construye un concepto fundamental para la ética de una persona, tomada como *interlocutor válido* en una comunidad de hablantes y el de igualdad (comunicativa): nadie puede ser excluido de ella, a priori, cuando se trata de hacer normas que afectan a todos. La pragmática no está basada en normas morales, sino el simple hecho de ser un interlocutor válido al ser acreedor de una dignidad humana. Solo son válidas las normas en las que todos están de acuerdo. Apel

distingue dos partes en la ética: la racionalidad para la corrección de normas hacia la responsabilidad y sus consecuencias de las decisiones conjuntas.

La responsabilidad necesita de la racionalidad para conservar la validez del sujeto hablante y las bases culturales para posibilitar el acto comunicativo. La comunidad ideal de comunicación es, pues, una comunidad inclusiva en la que ninguna persona, en tanto que interlocutor válido, queda excluida.

Independientemente del modelo que se elija en la relación médico-paciente, el común denominador de todos es la comunicación dialógica entre ellos, por lo que es una base para la interacción y la creación de confianza para que entre los dos exista un intercambio de información necesaria y completa de tal forma que mejore los resultados del tratamiento y asegure el éxito profesional del médico “Algunos factores obvios son las referencias culturales comunes, la educación similar, el nivel de intimidad y confianza mutua, el nivel de competencia sobre el tema que se está discutiendo, la apertura a nuevas ideas y el estado de ánimo individual” (Schiavo, 2013, p. 96).

Dentro de la asistencia médica, el consentimiento informado tiene objetivos, elementos, funciones y límites en su aplicación:

El objetivo de su uso que Vera Carrasco (2016) establece, se centra en fortalecer la seguridad de la atención, reconocer y respetar la participación del paciente y dar acceso a su derecho de autonomía como una exigencia jurídica y ética; en su proceso de atención en salud, es copartícipe de sus responsabilidades, asume riesgos sobre su salud. El paciente debe contar con una adecuada información, quedando más satisfecho con la atención, sin tener en cuenta los resultados (p. 60).

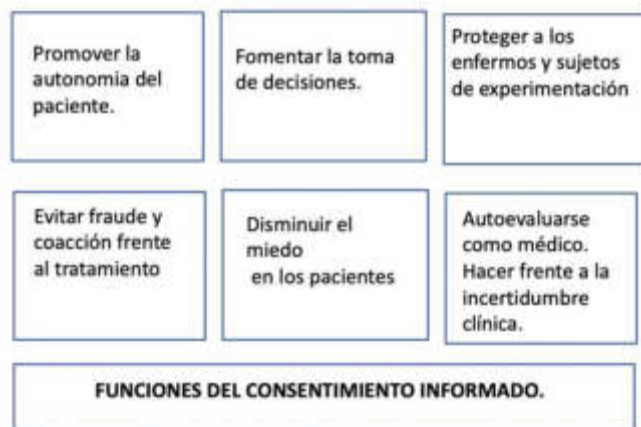


Figura 8. Funciones del consentimiento informado. Adaptado de Vera Carrasco, 2016.

Respecto al tiempo de anticipación del consentimiento, en el caso de que exista el tiempo suficiente, se considera que debe mediar un periodo como mínimo de 24 horas entre el consentimiento (Vera Carrasco, 2016. p. 64). y la realización del procedimiento médico para que el paciente tenga la información y los elementos suficientes para su deliberación voluntaria, libre, también autónoma y es posible que el paciente pueda revocar libremente su consentimiento. Dentro de los límites están el menor incapaz de tomar decisiones por sí mismo y una persona que está inconsciente incapaz de tomar decisiones, en este caso, se solicita un triage médico o en el caso del menor, se necesitará de un tutor mayor de edad o alguno de sus padres para tomar la mejor decisión por él. Otro de los límites está en que el médico solo puede obrar en beneficencia, es decir, que no puede imponer sus deseos, ni el paciente puede solicitar intervenciones en contra de su propia salud.

Como parte de sus derechos como paciente, este puede solicitar una segunda consulta con otro profesional antes de firmar su autorización. Esta autorización no debe ser inmediata, sino luego de 72 horas de reflexión. Sobre el documento, es aconsejable una copia al

participante y preferible que la firme con el testigo. Es necesario contar con lugares apropiados que permitan proteger la intimidad del paciente y la confidencialidad de los datos. Es deseable que el consentimiento informado se realice en un ambiente adecuado tanto para el médico que entrega la información como para el paciente o los familiares que la reciben y deben acceder o rechazar las propuestas. Luego debe archivarse en la ficha o historia clínicas. (Vera Carrasco, 2016. p. 64).

Los elementos que conforman al consentimiento informado (Adaptado de Vera Carrasco, 2016) son:

1. Disponer de información suficiente para imaginar los distintos escenarios del proceso clínico al que se sometería el paciente.
2. Comprender la información adecuadamente que el médico le ha explicado a su nivel de comprensión sin manipular y de manera ética y pedagógica.
3. Encontrarse libre para decidir de acuerdo a sus propios valores
4. Consensuar y preguntar en caso de ser necesario una segunda vez al mismo médico o a otro
5. Ser capaz de tomar su decisión, consensuar con el médico tratante y decidir.
6. Firmar el documento.
7. De manera verbal o escrita, es indispensable que el contenido de la información hacia el paciente sobre el consentimiento informado sea verás, clara y honesta.
8. Describir la intervención y los objetivos que se esperan cumplir al final del proceso.
9. Molestias y riesgos más significativos por su frecuencia o por su gravedad.
10. Beneficios esperados de acuerdo a la interpretación de su propia salud y estadísticas.

11. Dialogar sobre las alternativas existentes. Pudiendo excluir los tratamientos experimentales y los claramente inútiles.
12. Narrar el curso normal de la enfermedad del paciente, y las consecuencias de dejarlo sin tratar.

Tabla 6.

Características clave de la comunicación en salud.

- Centrado en la audiencia
- Basado en la investigación
- Multidisciplinario
- Estratégico
- Orientado a procesos
- Económico
- Creativo en apoyo de la estrategia
- Audiencia y medios específicos
- Construyendo una relación
- Dirigido al cambio conductual o social.

Fuente: Adaptado de *Health Communication* (Schiavo, 2013, p. 12)

2.4.7. El racionalismo estratégico de Karl Otto Apel y Jürgen Habermas (desde la aplicación del principio procedimental de la ética discursiva).

Ambos autores ponen en el centro del diálogo al paciente siempre y cuando esté en razón. En este desarrollo filosófico, ambos pensadores construyen dos conceptos fundamentales para la ética: el de persona, tomada como interlocutor válido en una comunidad de hablantes; el de igualdad comunicativa: nadie puede ser excluido de ella, a priori, cuando se trata de hacer normas que afectan a todos, pues solo son válidas las normas en las que todos están de acuerdo.

La ética del discurso desarrollada por Apel y Habermas toma una comunidad de argumentación cuyos miembros se reconocen recíprocamente como interlocutores válidos. Debe haber más de una persona involucrada, y que los participantes deben fungir como emisores y receptores. Es decir, debe haber alguien que genere y codifique el mensaje, un medio a través del cual viaja el mensaje y alguien que lo reciba, decodifique y ofrezca una respuesta tras un diálogo celebrado en condiciones de simetría.

Saber para comprender en la pragmática del obrar humano a través de la validez de los conocimientos es la propuesta filosófica hermenéutica de Apel. Cualquier miembro de la comunidad inclusiva de comunicación está obligado moralmente a reconocer la totalidad de las necesidades humanas concebidas ahora como exigencias comunicables que deben ser justificadas mediante argumentos (1985a, p. 403). El médico con la mayoría de responsabilidad profesional deberá, para respetar el paradigma de atención centrada en el paciente, generar dos elementos indispensables que están fuera de su capacitación curricular y que facultarán la relación de forma virtuosa: La confianza y la comunicación efectiva.

Puesto que la hermenéutica crítica es una ética para las actividades sociales, se impone descubrir en cada campo la ética adecuada, es decir, se trata de buscar y encontrar máximas y valores exigidos en su ámbito, reconociendo, eso sí, a cada persona como interlocutor válido. Finalmente, y como segunda parte de la comunicación, se hablará de la aplicación de la ética al terreno problemático de la bioética, intentando fundamentar tres principios básicos: el respeto, la beneficencia y la justicia.

Uno de los grandes retos de la aplicación de la ética discursiva es que en el discurso no se tenga representación de los colectivos más afectados por el problema por lo que se argumentan los medios para que estas se incluyan en el diálogo de la relación a través del

consentimiento informado como la condición de comunicación entre dos hablantes: el médico y paciente ente como interlocutor válido (Apel & Dussel, 2004) En el caso de que el otro se tome en cuenta solo a posteriori se convierte en el que recibe el efecto de lo que no fue parte. Es consecuencia del argumentar, pero no de la argumentación misma, el otro no solo es trascendental en él nosotros, sino que es trascendental en la misma comunidad, sin embargo, el otro es ignorado, excluido, no reconocido como momento de una estructura vigente de injusticia (p. 101).

Algo trascendente al caso de los pacientes es la argumentación que aporta Enrique Dussel a Apel (2004) sobre lo que llama mecanismo de exclusión, cuando el primero establece que para que el otro pueda participar en una comunidad de comunicación, debe de reinterpretarse su “no ser” en el mundo de la comunidad de comunicación como una realidad excluida de la exterioridad, pues todo comienza con el reconocimiento de su persona y se le debe atribuir la dignidad que merece como tal. Es levantar la incomunicación negada desde la estructuralidad. Es el juego del lenguaje que se le está siendo excluido al paciente en la comunidad de la comunicación. Escuchar al otro es construir un nuevo sistema en donde el otro pueda habitar una “casa”, un ethos (p. 102).

Hans Georg Gadamer (1996) precursor de la hermenéutica, establece que la vida comunicativa se basa en establecer relaciones desiguales como uno de los aspectos más difíciles a configurarse en el trato entre los hombres. Solo es posible establecer confianza al entablar una relación entre personas (pág. 137). En el caso de la relación comunicativa, viene mediada por signos y símbolos (Pierce) como son la bata blanca del médico, la bata del paciente, que engloba la relación y que cobra sentido en un recinto hospitalario conocido por una comunidad ilimitada en un proceso de atención a determinada enfermedad.

Una pregunta básica en el proceso de comunicación se puede basar desde el principio de universalidad y esta es si ¿la intervención comunicativa por parte del médico, lo tendría que hacer con las mismas competencias éticas y comunicativas cualquier médico en el mundo?

2. 4. 8. El concepto del interlocutor válido de Karl Otto Apel

La persona se considera un interlocutor válido, en tanto se la considera un miembro de una comunidad de argumentantes, que es capaz de manifestar sus intereses. La idea de igualdad se hace comunicativa, en la medida que nadie puede ser excluido a priori del proceso argumentativo que legitima las normas morales, si las consecuencias de estas lo afectan directa o indirectamente. (Apel,1990).

Si la comunicación es el punto de partida de la propuesta de Apel para pensar la fundamentación de la ética, cualquier diálogo que no tenga en cuenta los intereses de los afectados es “inmoral e inhumano por naturaleza” (Châtelet, 1998).

El autor alemán Apel destaca dos conceptos: de persona y de igualdad a través de un interlocutor capaz de manifestar sus intereses, por su parte para Enrique Dussel el paciente es el excluido.

La autonomía es competencia comunicativa para el filósofo alemán, entendida como capacidad para defender sus intereses en una comunidad de argumentantes y a través de un diálogo en condiciones de validez (La Rocca, Mainetti & Isseliv, 2010).

Apel apuesta a la intersubjetividad en donde el paciente a través de la confianza explique sus necesidades y converse con el médico, ninguno puede ser excluido. Zubiri diferencia en su teoría entre responder y ser responsable (Figuroa, 2006, p. 252) la primera

radica en la adaptación al entorno y ser responsable a la elección sobre las posibilidades, es decir, se elige un comportamiento en el mundo.

Un paciente aminorado, carente de información fidedigna y cultura en salud que le hacen vulnerable. La justicia distributiva tiene como presupuesto la justicia como reconocimiento propio de la comunidad ideal de comunicación, de la comunidad inclusiva, de los interlocutores válidos, actuales o virtuales (Apel, 1985, p. 233).

2.4.9. Comunicación en salud

Renata Schiavo, uno de los grandes referentes en el área, en su libro de Comunicación en salud (2007) aclara que la comunicación en salud no puede reemplazar la falta de capacidad, capacitación o infraestructura locales adecuadas (p. 67), sin embargo, independientemente del modelo que se elija en la relación médico-paciente, la comunicación es dialógica por lo que la interacción y la creación de confianza para que exista un intercambio de información necesaria y completa de tal forma que mejore los resultados del tratamiento y asegure el éxito profesional del médico y los mejores resultados para el paciente.

La comunicación en salud se enlaza con los dominios con la salud, (Schiavo, 2007, p. 24) los principios básicos de las actividades de comunicación desde la OMS son: tener una comunicación accesible, factible, creíble y fiable, pertinente, a tiempo y fácil de entender por lo que el uso del consentimiento informado es un eje fundamental para la alfabetización en salud dentro de la comunicación en salud.

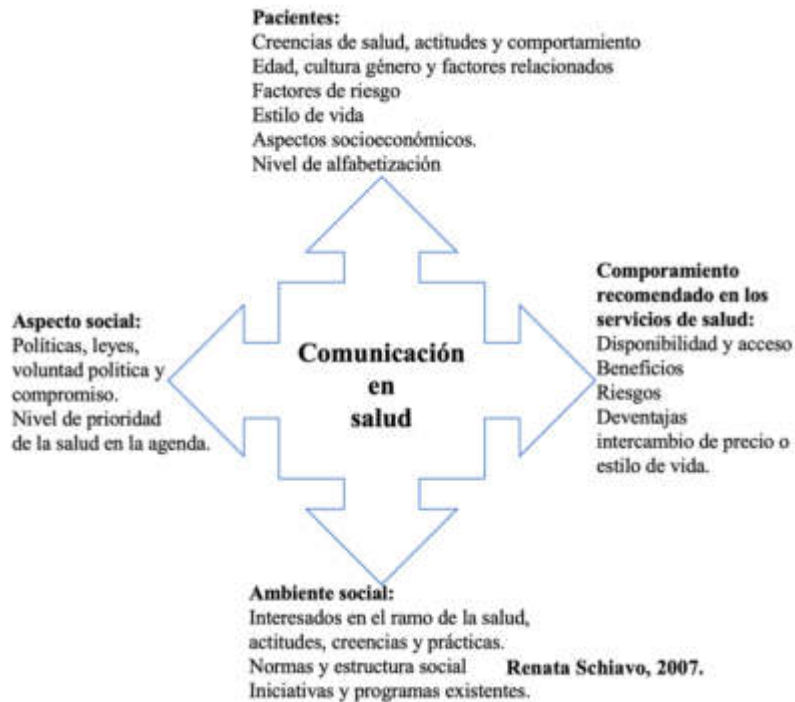


Figura 9. *Comunicación en salud.* Schiavo, 2007.

La comunicación en salud tiene una subespecialidad denominada Comunicación efectiva en salud que fomentan la decisión del paciente de manera efectiva y de cara al modelo de atención centrada en el paciente.

Tabla 7.

Claves de la comunicación en salud.

- Centrado en la audiencia
- Basado en la investigación
- Multidisciplinario
- Estratégico
- Orientado a procesos
- Económico
- Creativo en apoyo de la estrategia.
- Audiencia y medios específicos
- Construyendo una relación
- Dirigido al cambio conductual o social.

Fuente: Elaboración propia con datos del libro *Health Communication* (Schiavo, 2007, p. 12).

2.4.10. *Habilidades efectivas de la comunicación en salud*

A partir del modelo de Biopsicosocial de Sutton, se han desarrollado lineamientos guías respecto a la comunicación. Uno de los primeros trabajos fue el Consenso de Toronto, para consensuar las características de una buena comunicación. Con esta aplicación emergieron las deficiencias y la complejidad de la comunicación en salud con sus pacientes. En 1999, se reunieron en Kalamazoo, el gremio médico nuevamente intentó delimitar elementos para el desarrollo, e implementación de la comunicación interpersonal en salud (Sutton, 2018, p.3).

El punto central de la comunicación efectiva entre médico y paciente, radica en que dicha función clínica central que no puede ser delegada (Simpson, 1991, p.1385).

Tabla 8.

Pasos de la comunicación efectiva en salud en la consulta.

- Saludar al paciente
- Se presenta
- Identifica los motivos de consulta
- Construye la relación con su paciente
- Escucha activamente
- Alfabetiza en salud

- Abre la discusión hacia la interacción
- Recopila información
- Entiende la perspectiva del paciente (colaboración)
- Comparte información (establece un vínculo)
- Se toma una decisión consensuada.
- Se llega a un acuerdo sobre los problemas y los planes de acción para la salud del paciente
- Se actúa y prescribe la acción médica frente al evento de consulta
- asegurar la satisfacción
- Cierre en el alta médica con recomendaciones para la adherencia al tratamiento (cómo hace para lograr que el paciente lleve a cabo las recomendaciones que se le indicaron).

Fuente: Schiavo, 2007, p. 12.

Las habilidades comunicativas del médico que son indispensables para el diálogo son la escucha activa y la alfabetización en salud hacia su paciente. Entre los problemas que se identifican están las diferencias culturales, así como la ansiedad y la insatisfacción relacionada con incertidumbre y falta de información, explicación, y retroalimentación del médico.

Maturana (1999) hace hincapié en la importancia de intercambiar ideas, experiencias, valores a través de transmitir sentimientos, actitudes y expresar lo que se necesita, piensa y siente; entender el mundo (Prieto, Villasmil & Chrinós, 2010).

La relación puede verse como vida, que le ha sido confiada (Gadamer, 1996). un arte, una habilidad e incluso como el cumplimiento de un proceso de: saber hacer, saber transmitir, saber, persuadir, saber comunicar, hacer confiar al paciente, sin transgredir su derecho a decidir por la dignidad que le da su presencia es esa relación en el binomio clínico.

Los ingresos, la educación, las condiciones socioeconómicas, los niveles de alfabetización, el origen étnico, la ubicación geográfica, la raza, la comprensión (o falta de) de las diferencias culturales por parte del proveedor de atención médica y las barreras del

idioma son algunos de los factores subyacentes que pueden influir en la equidad en salud o crear disparidades en la salud.

Es indispensable la sinceridad entre ambos, activar el PGP: por favor, gracias y perdón. Los pacientes pueden mentir por no querer que figure un dato en su historial o por temer las consecuencias; por parte de los médicos, algunos no creen que el paciente tenga que saber determinadas circunstancias o simplemente la falta de habilidades comunicativas les impiden transmitir un mensaje claro sobre la salud del paciente. El médico deberá reflexionar sobre lo que hace y los efectos que produce en el paciente, Gadamer, 1996, p.57).

La falta de tiempo y habilidades comunicativas por parte del médico podría llevar a la erosión de la confianza y el aseguramiento de que la medicina cada vez es más impersonal. La comunicación honesta es mucho más eficaz que la que se basa en la falsedad. Ayuda a que el mensaje sea más nítido, el médico debe ser humilde, pues el ego en la consulta puede propiciar juicios.

2.4.11. Modelos de comunicación en salud

Fundamentan el comportamiento del médico y le otorga confianza, identidad y legitimidad a su profesión con un enfoque bioético clínico, toda vez que es capaz de atender desde el paradigma de atención centrada en el paciente.

2.4.11.1. Modelo Calgary

El estilo de comunicación a implementar deberá ser adquirida por medio de competencias que se verán en los modelos diferentes de comunicación que hay para la entrevista médica, como habilidades del médico hacia la paciente y su familiar a través del modelo Cambridge Calgary durante las cinco fases de la relación para obtener la confianza lo cual requiere de habilidad y conocimientos comunicativos que se traducen en

competencias comunicativas, uno de los ejes principales de la educación médica actual.

(Silverman, 2016)

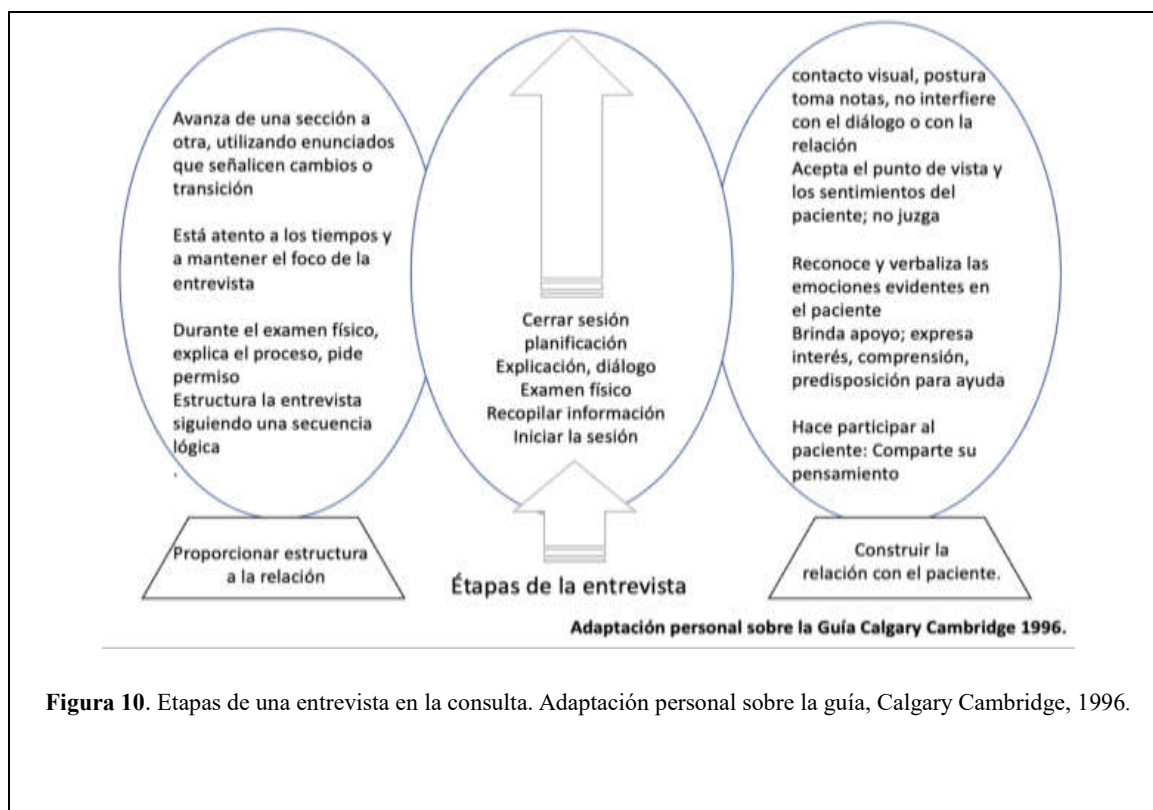


Figura 10. Etapas de una entrevista en la consulta. Adaptación personal sobre la guía, Calgary Cambridge, 1996.

2.4.11.2. Kalamazoo I y II

En mayo de 1999, un grupo de profesionales representantes de la educación médica se reunieron tres días en Kalamazoo Michigan, para establecer elementos necesarios y esenciales respecto a la necesidad de una declaración sobre los consensos internacionales en la comunicación del binomio médico-paciente y funcionen como lineamientos para la enseñanza de la comunicación en las escuelas de medicina a nivel mundial (Duffy, 2004 p. 495).

El motivo principal de esta reunión con médicos de todos los niveles disciplinares y de educación fue el de identificar, especificar y articular la manera de acceder para enseñanza, el asesoramiento y evaluación de la comunicación a través de habilidades y competencias que lograr que fueran útiles para el corpus de un currículo educativo del estudiante, interno y residente de medicina en todos los niveles de la medicina.

Se consensuaron cinco modelos para la estandarización de uno:

1. Modelo E4 del Instituto Bayer para la comunicación en salud.
2. El checklist para la entrevista del modelo Brown.
3. La guía de observación para el seguimiento de una consulta Cambridge Calgary.
4. Método clínico de la atención centrada en el paciente.
5. Las habilidades de enseñanza para la comunicación del modelo SEGUE.

El equipo consideró implementar, evaluar, así como la necesidad de tener una información sobre los estándares de la comunicación en salud. Se acordaron metas que podrían lograr un modelo representativo del encuentro del médico con su paciente para cualquier profesional de la salud. Una característica del modelo Kalamazoo está justo en el modo en el que el cuerpo médico encargado pudo circular los cambios de manera democrática y colegiada entre sus pares, de la misma forma en la que se esperaría el encuentro con el paciente.

La comunidad médica identificó siete actividades que desarrollar:

1. Construcción del contacto con el enfermo.

2. Abrir una discusión, comprendida como una serie de preguntas de rutina, para complementar el historial clínico.
3. Juntar u obtener información acerca del paciente, comprendido como indagar un poco más acerca de sus usos y costumbres, apego al tratamiento, hábitos de salud, e incluso usos y costumbres para conocer más a fondo al otro.
4. Entender la perspectiva del paciente, considerando que quien es el experto (profesional de la salud) tiene la intención de entablar un diálogo basado en la escucha activa, el intercambio de ideas, el establecimiento de una comunicación interpersonal básica, aunque profunda, para así interpretarlo.
5. Intercambiar información, es decir, el experto, será capaz de interactuar al nivel del paciente para consolidar una retroalimentación clara y basada en las necesidades del paciente. Es aquí en donde la comunicación pública de la ciencia toma forma en la comunicación interpersonal del modelo Kalamazoo.
6. Alcanzar un acuerdo sobre el diagnóstico y planear de manera consensuada los planes para la acción terapéutica en conjunto y de manera consensuada como forma parte del proceso de comunicación interpersonal y en conjunto con el modelo CUSP del modelo de atención de comunicación de la ciencia en público.
7. Cerrar la interacción proveyendo un marco estándar de comunicación y un acuerdo orientado a la búsqueda de la salud consensuada por el binomio.



Figura 11. Actividades a desarrollar en la comunicación con el paciente. *Informe Kalamazoo II*. Duffy, 2004.

Este informe resume los métodos de la comunicación médico-paciente según lo determinado por los participantes en la conferencia “Kalamazoo II” celebrada en abril de 2002. La acreditación de los programas de residencia y la certificación de los médicos requiere una evaluación de la competencia en comunicación y habilidades interpersonales. Los directores de programas de residencia y educación médica continua buscaron formas de enseñar y evaluar estas competencias. Se afinaron habilidades de comunicación como el acceso al conocimiento, la percepción, las actitudes a la hora del encuentro tanto del médico como del paciente. Esta segunda parte elaboró competencias y definió herramientas interpersonales para su evaluación dentro del campo clínico, así como se expandió el conocimiento aplicando el conocimiento y retroalimentando las áreas de oportunidad para alcanzar la acreditación de curso o incluso una certificación de comunicación en salud por medio de la simulación de los encuentros médico-paciente.

La comunicación y las habilidades interpersonales forman una competencia integrada con dos partes bien diferenciadas. Las habilidades de comunicación son el desempeño de tareas y comportamientos específicos, como obtener un historial médico, explicar un diagnóstico y pronóstico, dar instrucciones terapéuticas y asesoramiento. Las habilidades interpersonales son inherentemente relacionales y orientadas al proceso; son el efecto que tiene la comunicación en otra persona, como aliviar la ansiedad o establecer una relación de confianza.

Una de las conclusiones de dicho encuentro, significó la legitimación por parte de la comunidad médica en la que se establece que la comunicación efectivamente debe ser enseñada, entrenada y evaluada, tal como cualquier otra habilidad de la currícula médica formal dentro de las facultades de medicina a través de entrenadores y evaluadores estándares para dichos fines. Se reconoce de igual forma que el origen de toda esta estrategia debe incluir la perspectiva del paciente para la toma de decisiones consensuada en el binomio.

Tabla 9.

Cinco maneras de evaluar las habilidades interpersonales y de comunicación.

Evaluación de la observación directa de interacciones con pacientes reales	<ul style="list-style-type: none"> ● Estrategia de medición ● Calificación global de desempeño, dar comentarios para mejorar puede ser un supervisor o compañero ● Lista de verificación de comportamientos específicos ● habilidades generales y específicas
Entrevista exhaustiva y examen de un paciente	<ul style="list-style-type: none"> ● Observaciones breves estructuradas de múltiples encuentros con pacientes reales ● Entrevista exhaustiva y examen de uno o dos pacientes; utilizado por algunos programas de residencia y varios ● juntas certificadoras ● Calificaciones de encuentros simulados con pacientes estandarizados ● Estrategia de medición
Mini examen clínico. Examen clínico oral	<ul style="list-style-type: none"> ● Cursos y talleres de comunicación; centro de aprendizaje en la ACP

	<ul style="list-style-type: none"> ● Reunión anual para el cambio de comportamiento, salud de la mujer
Encuentros individuales simulados.	<ul style="list-style-type: none"> ● Abuso de sustancias, dando malas noticias ● Herramienta de investigación estandarizada no anunciada para medir la calidad de la atención a pacientes ● Lista de Verificación ● Autoevaluación con retroalimentación ● Análisis de tono de voz Herramienta de investigación para identificar paralenguaje en habla filtrada ● Encuestas generales de pacientes Los pacientes completan una encuesta por correo, por teléfono o por Internet ● Calificar las habilidades de comunicación ● Utilizado por organizaciones de atención médica, juntas certificadoras y agencias de acreditación ● Encuesta después de las visitas de los pacientes Los pacientes completan una encuesta sobre la experiencia durante una ● Encontrar; puede incluir la evaluación de las habilidades interpersonales ● Quejas de los pacientes Organizaciones de atención médica
Examen de conocimientos.	<ul style="list-style-type: none"> ● Percepciones, actitudes ● estrategia de medición ● Preguntas de opción múltiple Módulo de autoevaluación en habilidades clínicas ● Ejercicio simulado por computadora ● Programa de computadora interactivo que evalúa la selección de preguntas y estrategia para el diagnóstico ● El cuestionario de empatía y emociones crea una puntuación de actitud de empatía.

Fuente: Elaboración propia con datos de *Enseñar y aprender habilidades de comunicación clínica en la Facultad de Medicina* (Moral, 2017) /

Tabla 10.

Las claves de una comunicación eficaz.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Preguntar sin dar nada por supuesto. ● Es una de las máximas en comunicación profesional sanitario-paciente. ● Dejar hablar ● Nuestro primer objetivo es obtener la información que necesitamos. Por ello, es fundamental que les dejemos hablar y escuchemos de forma activa.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Mostrar convicción • Transmitir seguridad y tener una actitud. Además, para convencerle o motivarle, es importante explicarle las ventajas o beneficios que obtendrán según el caso. • Mostrar una actitud positiva. • No bloquear la comunicación profesional sanitario-paciente. • Utilizar un lenguaje claro y comprensible. • Transmitir sola la información necesaria y en el formato adecuado. • Especialmente, en los primeros contactos, es mucho menor al transmitir “de golpe” toda la información que conocemos sobre el tema. No es bueno saturar con demasiada información, que bloquea y confunde más que clarifica. Es mejor ir aportando información poco a poco, a medida que se va comprendiendo y asumiendo. • Propiciar la confianza y la comunicación profesional sanitario-paciente. • Animar a hacer preguntas o expresar su opinión.
--	--

Fuente: Elaboración propia con datos de *Health Communication* (Schiavo 2017.)

2.5 Antecedentes de la comunicación de la ciencia: el acelerado desarrollo tecnológico y el encuentro con la sociedad

En el siglo XX, Vannevar Bush a raíz de las consecuencias del avance de la tecnología, propone que la ciencia debe destacar las interacciones dialógicas entre ciencia y sociedad, puesto que se entiende la ciencia como una institución social inserta en la sociedad y no independiente de esta (Alcíbar, 2015, p. 3) las personas deben de entender y recibir la información científica y como un interlocutor que pueda ser capaz de interpretar los hechos y deliberar por sí mismo.

La intención del actuar en el desarrollo de la ciencia y la tecnología fue puesta en tela de juicio, por lo que es indispensable la transparencia en la divulgación del conocimiento y del principio precautorio para prevenir daños ocasionados por fenómenos naturales o por la acción del hombre (Estrada, 2011 p. 139).

La comprensión pública de la ciencia se considera actualmente como uno de los valores intrínsecos a las sociedades democráticas (Blanco López, 2004, p. 70). Es necesaria para vivir en sociedades avanzadas que necesitan ser tomadoras de decisiones respecto a la variedad de posibilidades ante su salud. La educación formal y la divulgación científica son intermediarios entre la comunidad científica (médicos). Sara Perrault establece que las resultantes científicas pueden tener consecuencias con el público general (pacientes) (Perrault, S. 2013 p. 167.).

Sugarman argumenta que la confianza es esencial para participar en investigaciones, y ninguna de las regulaciones gubernamentales será capaz de inspirar confianza por lo que es una tarea cognitiva pues la persona debe tener la capacidad de tomar decisiones y así poder decidir sin ser afectado por factores externos, la persona debe ser capaz de obtener, procesar y usar nueva información. (Vera, 2016, p.25)

La comprensión pública de la ciencia consiste en involucrar al ciudadano como parte fundamental de la construcción histórica de la ciencia y la tecnología, y formar un diálogo entre las partes (DeBoer en Gallego Torres, 2022, p. 3). Los médicos suelen recibir más denuncias por una comunicación disfuncional que por errores médicos... según parece, los pacientes aceptan los fallos médicos siempre que la comunicación con su médico sea satisfactoria (...) es un elemento clave en cualquier encuentro entre médico-paciente (Glezerman, 2017).

2.5.1 Comunicación de la ciencia

Para Cortassa, (2008, p.132) la comprensión pública de la ciencia debe contribuir la de sostener una relación con una base de construcción de un diálogo. El lenguaje científico debe ser decodificado al ciudadano como un educador a su alumno.

Bertucci y Quirolo (2008) explican que la ciencia y tecnología debe ajustarse a la realidad presente; no cabe aceptar que ambas son ajenas a valoraciones, presiones e intereses que caracterizan la vida social (p.147). Pues el conocimiento científico de los expertos tiene que ver con decisiones complejas y riesgosas que competen y comprometen al público lego y que necesitan pactar una dialéctica mutua entre ciencia y sociedad, en este caso, el médico y el paciente.

Lo fundamental de la comunicación de la ciencia estriba en el intercambio de conocimientos, la discusión, las sugerencias para su mejoría a través de una conversación profunda que colabore con en la comprensión del conocimiento, pues la cultura científica es enfrentar la verdadera ignorancia y observar detalladamente la naturaleza, con la humildad del que suele equivocarse y lo sabe, y así logra valorar y utilizar lo que le ha servido para aprender a cometer cada vez menos errores (Estrada, 2014, p. 4).

2.5.1.1 Modelos de comunicación pública de la ciencia de Tinker

Alcíbar (2015) cita tres modelos de la CPC elaborados por Tinker con base en varios autores:

1. Modelo de apreciación pública de la ciencia y la tecnología (PAST, Public Appreciation of Science and Technology).

Su característica principal es ser paternalista. El modelo más elemental cuando el público es un mero depósito pasivo de información. Este es un modo PAST unidireccional de comunicar la ciencia. En primer lugar, en este modelo se ignora que el conocimiento científico es un constructo social (Woolgar, en Alcíbar, 2015).

Este modelo de comunicación no es suficiente para la relación pues el “especialista” sólo es un experto en el restringido campo de su especialidad (Fehér, 1990), tal falla tendrá

deficiencias en los mediadores al transmitir la información puesto que no cumple con las expectativas de quienes lo necesitan.

2. Modelo de compromiso público con la ciencia y la tecnología (PEST, Public Engagement with Science and Technology)

Su característica principal es ser informativo y el interlocutor no logra ser autónomo sino adoctrinado. Enfatiza la necesidad de establecer mecanismos que favorezcan una unión entre la ciencia y la sociedad (Brossard y Lewenstein, 2010; Miller, 2001; Trench, 2008;).

3. Modelo de comprensión crítica de la ciencia en público (CUSP, Critical Understanding of Science in Public)

Gira en torno a la noción de alfabetización científica, tiene una base constructivista por que debe haber una construcción de significados y significantes que hagan sentido en estas interacciones. PUS, adopta una posición crítica respecto a los que utilizan estrategias comunicativas como recurso de poder.

El consentimiento como proceso de comunicación al redactarse, deberá contener un lenguaje comprensible, entender y estar de acuerdo de la posible consecuencia que puede tener el tratamiento que están recibiendo los pacientes (Vera, 2016, p.59) pues en esto modelo se establece que las regulaciones son indispensables para garantizar que el trato médico y/o investigación sean llevadas de manera ética.

La comprensión pública de la ciencia CUSP se considera actualmente como uno de los valores intrínsecos a las sociedades democráticas (Cáceres y Ribas, 1996). Hoy día está asumida, por científicos, educadores y divulgadores y se puede analizar esta cuestión desde una perspectiva de utilidad.

El modelo de comprensión crítica de la ciencia en público considera que las formas de conocimiento científicas y las no-científicas tienen valor, por lo que las participaciones de

los agentes sociales involucrados necesitan consensuar en este caso en el binomio de salud pública. Propone una doble obligación: informar y educar y, por otra, la de explorar la ciencia. El trato asume una imagen pública de la ciencia y el no cumplirlo provoca la posibilidad de socavar la calidad de la vida humana (y a menudo de la no humana). La educación formal y la divulgación científica son intermediarios entre la comunidad científica (médicos) y el público general (pacientes).

El individuo hospitalizado está fuera de su ambiente social y cultural, apartado de su grupo social que le inspira confianza y seguridad. Por otra parte, el desconocimiento puede comprometer su capacidad para decidir sobre cuestiones relacionadas con su tratamiento. Sumado a estos factores, el paciente está sometido a los cuidados de profesionales que no conocen su historia, sus experiencias, sus deseos y proyectos de vida. Estos aspectos provocan miedo, ansiedad y conflictos en la toma de decisiones. La desinformación amplía el grado de incertidumbre y puede comprometer la calidad de la asistencia (Silva, 2017, p. 31).

Transferir poder al paciente es en la medicina moderna uno de los pilares centrales de las estrategias de comunicación sanitaria, implica la capacidad para sentirse competente y participar en comportamientos que pueden mejorar los resultados de su salud. (Schiavo, 2007, pp. 58-61). El paciente ha cobrado una presencia per sé y se considera un sujeto tomador de decisiones a través de un acto comunicativo.

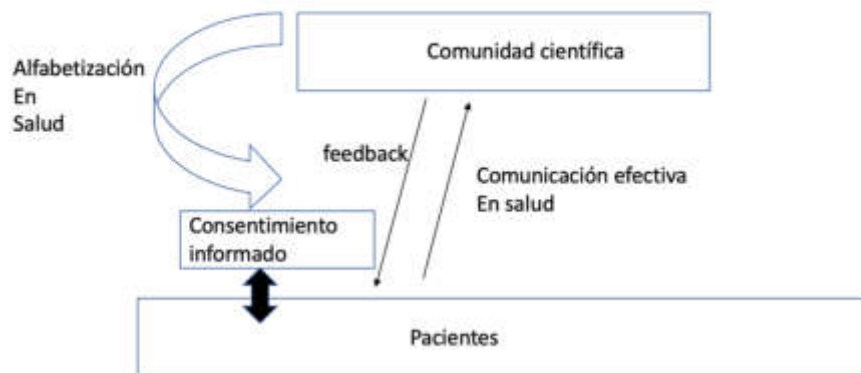


Figura 12. Modelo de alfabetización en salud. Adaptación del modelo de Helen Calsamiglia, 1997.

2.5.2.2 Alfabetización para la comunicación.

Con respecto al consentimiento informado, como un fenómeno de comunicación, el interlocutor debe estar enterado del avance de la investigación científica sino de también comprender el significado de lo que ocurre: de dónde viene, a dónde se quiere ir y qué consecuencias se podrían tener a fin de integrarlo a la cultura personal como es el caso de los pacientes. (Estrada, 2014, p. 5).

La alfabetización científica (Hurd en Gallego-Torres y Ballesteros-Ballesteros, 2022, p. 5), es un término que nació en 1957 a raíz del desarrollo de la carrera espacial y su difusión en Estados Unidos. Para 1983, Miller clarificó este término encaminado a comprender y expresar una deliberación de parte de los ciudadanos sobre los asuntos científicos aprendiendo una especie de segunda lengua (Bybee en Gallego-Torres y Ballesteros-Ballesteros, 2022, p. 5) para alcanzar un proceso de preparación de los ciudadanos para una interacción con el gremio científico.

Una de las tres formas de la democratización de la ciencia es la alfabetización científica que es lo que suceden dentro del proceso comunicativo en la relación médico con

el paciente que consiste en “llevar la ciencia a los ciudadanos” pues los usos de la ciencia en la sociedad sólo pueden ser posibles a través de la democratización, pues la ciencia se forma parte de la antropológica y la política (Rodríguez 2009 p. 232). Entre estos modelos se encuentra el modelo Cambridge Calgary (Silverman, Kurtz, & Draper, 2016) que es un modelo centrado en el paciente en el cual se verificarán las variables para el diagnóstico de una consulta.

Para los profesionales de la salud se incluye la necesidad de educar en habilidades comunicativas y pensar en un constructivismo pedagógico que sea capaz de sentar las bases de una nueva educación para una mayor comprensión de la actualidad de la relación . La educación en temas de Bioética son per sé una innovación fundamental pues conducen a la transformación de la función docente en el área clínica para la generación de la reflexión sobre sus acciones profesionales.²

La importancia de la comunicación para la alfabetización en salud es una pieza central del quehacer médico, y ha crecido cada vez más. Esta competencia, desde una perspectiva de las ciencias que estudian a la Comunicación, debe ser efectiva de lo contrario, el diagnóstico clínico se ve comprometido por la falta de habilidades por parte del médico o de conocimiento y comprensión, por lo que el reconocimiento para el impacto de la alfabetización en salud es crucial para el cumplimiento de los parámetros de acceso a salud universal para la toma de decisiones. Peter Broks señala que:

² Se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta (Sørensen et al., 2012)

En una sociedad moderna "desarraigada", la intención de popularizar la ciencia es para crear un sentido de confianza entre los expertos y el público. Sin embargo, los científicos han sido víctimas de su propio éxito. El distanciamiento que consideran necesario los profesionales para mantener su autoridad es precisamente lo que socava su legitimidad a los ojos del público (Broks, 2001, p. 143).

Un profesional de la medicina debe tomar en cuenta la dimensión afectiva de su enfermo, (Legón, Vega & Brito; 2010) y de la misma manera, es indispensable que el paciente entienda y escuche lo que tiene que decirle quien conoce de ciencia para que exista una hermenéutica interpretativa, solo que para que esto suceda, existe un nuevo rol en el médico: el de ser alguien que enseña (Seoane, 2008).

Es necesario, como dice la autora Rima Rudd (Rudd & Anderson, 2006) de la Universidad de Harvard, que exista un balance entre la alfabetización en salud, las expectativas y demandas del paciente, frente a las habilidades médicas como son los cumplimientos de los objetivos de aprendizaje, el uso de la competencias procedimentales del profesional de salud y sus competencias actitudinales frente al paciente como es el caso de la comunicación, desde la instrucción universitaria y después, en el campo clínico.³

La alfabetización en salud, en una de sus últimas definiciones, se refiere al grado en el cual los individuos y grupos pueden entender, evaluar, actuar en base a información y tomar decisiones sobre un proceso clínico de acuerdo a las necesidades de la salud en beneficio de la comunidad (Freedman et al., 2009; Rudd & Anderson, 2006).

³ El consentimiento informado es también una herramienta para la educación de los pacientes tanto en sus derechos como en sus deberes. El paciente tiene la oportunidad de preguntar y es deber del médico responder estas interrogantes tan claras y completas como le sea posible incluyendo el dolor previsto y las molestias presentadas por el paciente (Sánchez, 2016).

2.5.2 Marco Bioético

Para Enrique Dussel, es necesario recuperar la voz de los excluidos, que quedan fuera en las decisiones por cuestiones económicas, sociales, comunicación, manipulación y culturización (p. 488) en este caso estas son las desventajas del paciente frente a un médico y que han generado la constancia de un modelo asimétrico. Dussel va más allá de la urgencia de la comunicación y la civilidad reflejada en la Bioética, sino que obliga a reconocer ontológicamente y éticamente al “otro” (p. 488) Es aquí en donde el discurso de las minorías toma forma de interlocutor válido que reafirme y reconozca un proceso de emancipación propio.

Para Levinas en la Rocca (La Rocca, 2010 p.487), un hombre se responsabiliza por su alteridad y responde totalmente por el otro en una relación no de conocimiento, sino ética pues este me afecta y me importa, me exige que me encargue yo de él, incluso antes de conocerlo como es el caso del médico frente a su paciente. El paciente se impone como límite de la propia libertad del médico para ello, las leyes fungen como un tercero que media con la justicia cívica y “para convivir se hace imprescindible la presencia de un Estado que garantice seguridad, aunque nos prive de una parte de libertad” (p. 491).

La educación de la profesión médica puede abordarse desde una epistemología del saber ¿para qué? Si bien todas las profesiones tienen una perspectiva clara desde la responsabilidad social, es aún mayor en la medicina. Beauchamp y Childress establecieron los principios bioéticos. La relación "humana" entre médico y paciente es un "encuentro" entre dos personas. Cualquier médico debe tener claro el significado de la palabra "persona" y su trato requiere coraje y bondad ‘humana’. La persona es un ser biopsicosocial, y en el contexto social, cuenta con una dimensión jurídica vasta en derechos inalienables y universales. (Zulueta, 2013, p. 120).

De los cuatro principios cardinales de la Bioética, no existe ninguno por encima del otro: el empoderamiento de la autonomía ubicó a la justicia en su lugar de lo contrario el médico estaría siendo justiciero y no justo; la autonomía coloca al sujeto dueño de su propia individualidad y excluye al egoísmo. José Antonio Seoane, (2008) Establece que, en la relación clínica en el siglo XXI, la esencia del paternalismo es dejar de lado el principio de respeto a la autonomía apoyándose en el principio de beneficencia (p. 2).

Tabla 11.

Principio de beneficencia en la relación clínica.

<p>Obligación positiva de obrar en beneficio de los demás y proporcionar beneficios, protegiendo sus intereses o promocionando su bienestar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente debe ser respetado y tiene la palabra decisiva. ▪ Proclama la actuación profesional en beneficio del cliente. ▪ Falta de simetría entre beneficiario y benefactor. ▪ Si se trata solo de atender el principio de Beneficencia: ▪ Se absolutiza y cae en el paternalismo o la tiranía. ▪ El profesional ve al cliente como a un niño. ▪ Abuso por parte de alguien que sabe y alguien que lo necesita. ▪ Hace que el cliente quede sólo como destinatario de la acción.
--	---

Fuente: *Principios de Bioética* (Beauchamp & Childress 1979)

No maleficencia

En cualquier circunstancia voluntaria o involuntaria la obligación mínima es no hacer daño, se vulnera cuando hay discriminación de cualquier tipo en la relación clínica.

La función tanto del médico como del Estado consiste en vigilar que no se traspasen este límite.

Cuadro 16: No maleficencia en la relación clínica.

- Incluye el deber y el respeto a los derechos humanos
- Habrá que asumir riesgos importantes desde la responsabilidad
- Intención y conciencia recta.
- El trabajo puede verse como:
 - “Puesto de trabajo” - Lo importante es el dinero
 - “Carrera” - Se valora el status, prestigio social, poder
 - “Vocación” - La labor de una persona se convierte en algo inseparable de su vida. Vive para el trabajo que realiza y no sólo de él.

Fuente: elaboración propia con datos de Pachón 2021.

Autonomía

El significado más llano de autonomía consiste en tomar decisiones con voluntad, de manera libre y conscientemente en un marco de la razón. Este principio debe seguirse en ambos interlocutores para un consenso elegido.

Cuadro 17: Autonomía en la relación del binomio clínico

- La autonomía es precisamente el cambio de paradigma del paternalismo médico a la autodeterminación del paciente, entendida como una toma de decisión, razonada, informada, libre y voluntaria.
- Lo válido para estos autores es analizar el concepto de autonomía en términos del estudio de “los compromisos que surgen de la exigencia moral general de respetar la autonomía”. Definen tres condiciones para los agentes autónomos, el actuar:
 - 1. Intencionadamente. 2. Con conocimiento. En ausencia de influencias externas.
- Se considera que tiene dos significados generales: el primero se refiere a que el médico debe solicitar, “pedir permiso” según Engelhardt y el individuo-paciente no sólo debe aceptar y cumplir una propuesta
- de intervención, sino, además, dar su autorización mediante un consentimiento informado y voluntario.

Fuente: Siurana (2010 p. 122).

La autonomía tiene un paradigma básico y es el denominado “consentimiento informado” del que existen varios tipos: tácito o implícito, presunto y expreso; solo este último es válido. El punto clave de la competencia, entendida como la “habilidad para realizar una tarea,

estriba en si los pacientes son sujetos psicológica o legalmente capaces para tomar decisiones adecuadas” (Beauchamp en Thompson, 2008. P.19)

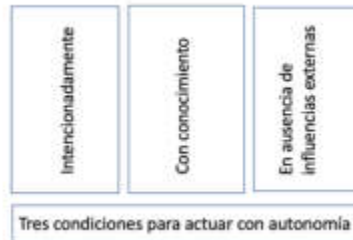


Figura 13. Tres condiciones para que se dé la autonomía en la RMP. *Principios de bioética*. Beauchamp & Childress, 1979.

Justicia

Beauchamp y Childress definen a la justicia, como de tipo distributiva en el campo clínico, como un método que sea distribuidora de beneficios para todos en el rubro de salud. Ser justo, implica entonces tomar decisiones autónomas y no maleficientes. (Beauchamp y Childress en Horton, 2002 p. 44).

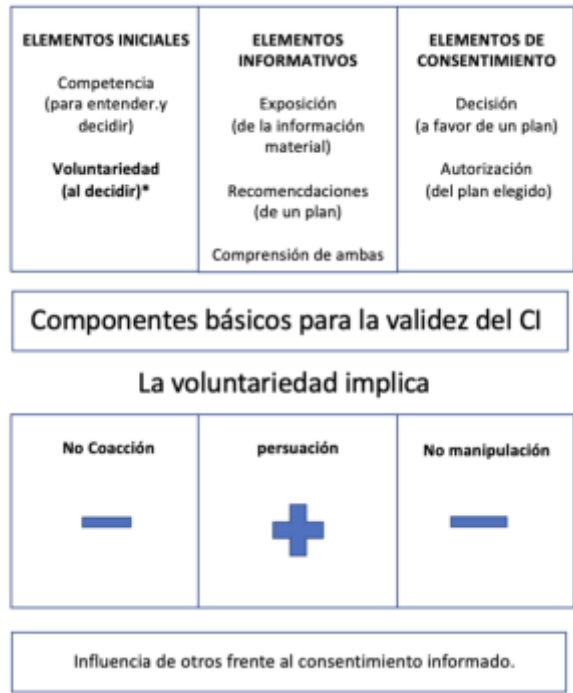


Figura 14. Componentes básicos para la validez del consentimiento informado. *Principios de bioética*. Beauchamp & Childress, 1979

Tabla 12.

El profesionalismo en salud.

<p>Las preferencias del paciente integran el centro moral y legal de la formación en salud con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● conocimiento, ● motivación, ● sensibilidad ● destrezas, ● capacidad, ● juicio, ● comunicación.
--

Fuente: Conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales en formación en salud. *Investigación en educación médica*, Ramos, (2016).

2.5.3 Consentimiento informado

En algunos casos se ve como una molestia, una imposición, un atentado a su autoridad, una negación para poder prescribir libremente, para otros, una estipulación que complica la atención en salud, sin embargo, el objetivo central reside en la libertad, voluntad consciencia del paciente y la realización profesional del médico.

Tabla 13.

Objetivo del consentimiento informado.

- Respeto a la autonomía de elección de los participantes
- Evite el abuso proporcionando información falsa o incompleta
- Evite la explotación al obligar a las personas a participar en una investigación.
- Proteger a las personas con autonomía disminuida o legalmente incompetentes para que consientan por sí mismos requiriendo que el consentimiento sea otorgado por el representante legal de la persona incompetente.
- Puede ser un documento de evidencia en caso de acción legal
- Esta establece que el consentimiento informado debe ser interpersonal de médico a paciente.
- Promover la autonomía de los individuos
- Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones médicas
- Proteger a los enfermos y a sujetos de investigación\
- Evitar el fraude y la coacción
- Alentar a la autoevaluación y autoexamen de los profesionales de la salud
- Disminuir recelos y aliviar temores introducir en la medicina una mentalidad más probabilística y con mayor capacidad de hacer frente a la incertidumbre.

Fuente: elaboración propia con datos de (Faden, Beauchamp 1982).

El Consentimiento Informado es revocable y temporal. Refleja la afirmación de los derechos humanos y dignidad humana, valores fundamentales de las sociedades democráticas, debe partir de un diálogo que enfatice la importancia de la autonomía y la autodeterminación.



Figura 15. Rasgos deseables en un buen médico. elaboración propia con datos del libro *El médico y el enfermo*.

El ministro de salud de la OMS, Dr Samba Corr Sarr, establece que se debe encontrar la forma de su implementación en cualquier circunstancia; cuanto más invasiva sea una intervención y más graves son sus consecuencias físicas, psicológicas y/o socioeconómicas y deberá ser expreso y formalizado (Samba, 2020)

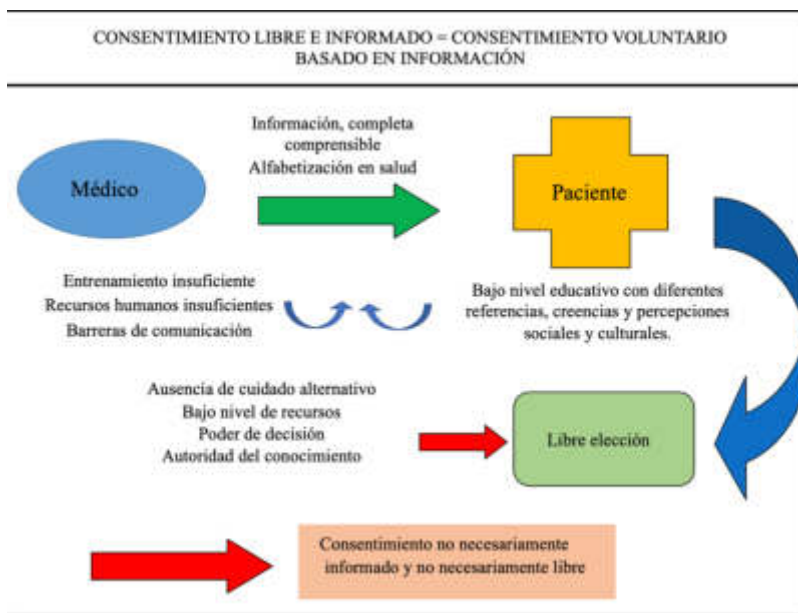


Figura 16. Modelo del consentimiento basado en la información. Elaboración propia basada en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, 1964.

Tabla 14.

Derechos del paciente en el consentimiento informado.

Ética en la educación médica	Posibilidades del paciente
El médico responsable otorga el consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none"> ● Asentimiento ● Disentimiento

Fuente: de elaboración propia con datos de Revista CONAMED 2013.

Es importante que este sea entregado con tiempo suficiente para que pueda ser leído, discutido y aclarado antes de firmar. Es en la explicación cuando el médico se convierte en un maestro de su paciente, puede ser verbal, dejando constancia de historia clínica, requiere de habilidad y conocimientos comunicativos que se traducen en competencias comunicativas

como parte de los ejes principales en la educación médica actual. El consentimiento es también, la posibilidad del uso de una vía legal en caso de no cumplirse.

2.5.3.1 Valor del Consentimiento Informado para la alfabetización.

La comunicación se ha convertido en una habilidad fundamental para los médicos, los pacientes pueden estar en desventaja para ello sirve la alfabetización en salud tomar decisiones en su propio beneficio.

El consentimiento informado también es un acto de honestidad y que debe percibir el enfermo, se puede considerar un rasgo de humildad en un profesional de la salud que conoce sus limitaciones y que es consciente de que, a pesar de realizar los procedimientos aprendidos y practicados a lo largo de su experiencia de acuerdo a la *lex artis* sus actos pueden ser falibles.

El lenguaje médico deberá adecuarse a las características del paciente a su edad a su nivel cultural y capacidad de comprensión para que no se convierta en el obstáculo que impida la comprensión adecuada del mensaje hacia el paciente y no experimente temor y angustia ante el proceso informativo (Allende-Pereza, Cantú-Quintanilla, & Verástegui-Avilés, 2013), el médico debe apoyar en su toma de decisión para lograr un ambiente de intimidad y respeto la dignidad humana. (Allende-Pérez et al., 2013)⁴

⁴ Hay muchas formas de informar, educar al paciente. Se sugiere el uso de técnicas de apoyo didáctico, dibujos, folletos, fotografías, y videos, etcétera. En la entrega de la información deberá considerarse también el aspecto de la personalidad del paciente y su situación presente en la enfermedad. El énfasis del médico deberá estar enfocado en la comprensión del paciente y no en la defensa del médico. El consentimiento informado bien realizado es una herramienta para la educación de los pacientes tanto en sus derechos como en sus deberes. El paciente debe tener la oportunidad de preguntar y es deber del médico responder estos interrogantes tan claras y completas como le sea posible, incluyendo el dolor previsto y las molestias asociadas y en todo momento deberá confirmar que el paciente lo haya entendido (Sánchez, 2016)

Tabla 15.

La autonomía del consentimiento informado en el paciente.

- El profesional no tiene la libertad de interpretar su actuación del paciente o usuario.
- Tiene diálogo.
- Debe considerarse el punto de vista del paciente.
- Establece pactos y acuerdos sobre los servicios profesionales.
- Tiene la oportunidad de elegir qué es lo que desea obtener.
- Es el protagonista de lo que se hace.
- Entiende que la acción del profesional es subordinada a lo que él desea.
- Es el que toma la decisión cuando está debidamente informado por parte del profesional.
- Merece una interacción dentro de un marco de confidencialidad.

Fuente: *Principios de Bioética* (Beauchamp & Childress 1979).

Justicia

El consentimiento informado fue diseñado para salvaguardar la autonomía del paciente, el proceso puede involucrar revelaciones de diagnósticos inesperados, recomendaciones, alternativas según beauchamp, ya no basta con ser un médico excelente, sino con adquirir habilidades humanísticas y de escucha activa. No se debe tomar como comodín para evadir responsabilidades sino como un principio moral integrado dentro de un sistema de principios

La relación es asimétrica pues el profesional de la salud es quien tiene toda la información para el paciente y esto le responsabiliza. El correcto uso del Consentimiento Informado, le permite ejercer el bien desde su dimensión técnica y ética. El diálogo se enfoca en pacientes que hayan discutido algún diagnóstico y sean capaces de tomar una decisión que concuerde con el médico, sin embargo, corresponde a este último la alfabetización en salud.

El consentimiento debe ser validado desde las siguientes características:

Tabla 16.

Legitimación del consentimiento informado según la norma oficial NOM-004-SSA3- 2012.

En la relación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una información adecuada ▪ El paciente debe adquirir la competencia para comprender esa información ▪ Tomar decisiones en ausencia de engaño, falta de información o amenaza. ▪ Información proporcionada ▪ Aceptación del procedimiento propuesto y participación inminente ▪ Informar al paciente no debe ser simplemente una recitación ritual de los contenidos de un documento escrito, sino que se debe transmitir la información, ya sea de forma oral o escrita, en un idioma que se adapte al nivel de comprensión del individuo.
----------------	---

Fuente: elaboración propia con datos de la NOM-004-SSA3- 2012.

Se debe ofrecer una información exhaustiva para explicar claramente al paciente y/o a sus familiares, las posibilidades, probabilidades complicaciones y riesgos para que estos deliberen de acuerdo a sus conveniencias el consenso a tratar.

La información clínica debe ser humana, clara, relevante, expresada en singular para cada caso personal, para así poder disminuir la angustia y comprender la dificultad para decidir lo que sigue para su vida y salud. (Perrault, 2013, p. 150).

Tabla 17.

La praxis correcta en la información clínica. Derechos del paciente.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a la información: Todo paciente tiene derecho a saber cuál es la enfermedad que padece, sus causas, el estado del diagnóstico (provisional o confirmado). Deben comunicar esto de una manera que sea comprensible para el paciente. 2. Derecho a registros e informes: El paciente tiene derecho a acceder a sus registros médicos e informes de investigación. |
|---|

3. Derecho a atención de emergencia independientemente de la capacidad de los pacientes.
4. Derecho al consentimiento informado: Los pacientes tienen derecho a que se les solicite su consentimiento informado antes de someterse a un tratamiento potencialmente peligroso. Los médicos deben explicar claramente los riesgos de recibir el tratamiento y administrarlo únicamente después de obtener el consentimiento explícito por escrito del paciente.
5. Derecho a la confidencialidad, la dignidad humana y la privacidad: Los médicos deben observar una estricta confidencialidad sobre el estado del paciente, con la única excepción de posibles amenazas a la salud pública. En caso de que un médico realice una inspección física a una paciente, esta última tiene derecho a que una persona femenina esté presente durante todo el procedimiento. Los hospitales también tienen la obligación de proteger la información de los pacientes frente a amenazas externas.
6. Derecho a una segunda opinión: Los pacientes tienen derecho a buscar una segunda opinión y los hospitales deben facilitar cualquier información o registros que el paciente requiera para ello.
7. Derecho a la transparencia en las tarifas. Los medicamentos, dispositivos e implantes esenciales deben cumplir con las tarifas establecidas por la Autoridad Nacional de Precios Farmacéuticos (NPPA).
8. Derecho a la no discriminación: Los proveedores de servicios no pueden negar el tratamiento por motivos de género, casta, religión, edad, orientación sexual u origen social. Además, va en contra de la Carta negar tratamiento basándose en el estado de salud de un paciente, incluido el estado serológico respecto del VIH.
9. Derecho a una atención segura: Los hospitales deben garantizar un ambiente higiénico y sanitizado para brindar sus servicios.
10. Derecho a elegir opciones de tratamiento alternativas si están disponibles: los pacientes tienen derecho a considerar alternativas de tratamiento e incluso rechazar el tratamiento.
11. Derecho a elegir la fuente para la obtención de medicamentos o pruebas: Cualquier farmacia y laboratorio registrado es elegible para proporcionar a los pacientes los bienes y servicios que requieran.
12. Derecho a una adecuada derivación y traslado, libre de influencias comerciales perversas: En caso de traslados o derivaciones, el paciente tiene derecho a una explicación que justifique el traslado, así como a la confirmación por parte del hospital que lo recibe sobre su aceptación de la transferencia.

13. Derecho a la protección de los pacientes involucrados en ensayos clínicos: Los ensayos clínicos deben cumplir con todas las normas y protocolos dependientes de la Dirección General de Servicios de Salud.
14. Derecho a la protección de los participantes involucrados en investigaciones biomédicas y de salud: Los estudios que involucran a pacientes deben seguir las Directrices Éticas Nacionales para la Investigación Biomédica y de Salud con Participantes Humanos.
15. Derecho a recibir el alta del paciente o recibir el cuerpo del fallecido del hospital: los pacientes tienen derecho a ser dados de alta y no pueden ser detenidos en un centro proveedor de servicios de salud por motivos de procedimiento, como disputas de pago.
16. Derecho a la educación del paciente: además de información sobre su condición, los pacientes tienen derecho a conocer los servicios de salud pública, como los planes de seguros y los hospitales caritativos.
17. Derecho a ser escuchado y buscar reparación: retroalimentación y comentarios a sus proveedores de servicios de salud y presentar quejas según sea necesario. Además, tienen derecho a reparación en los casos en que se viole cualquiera de sus derechos.

Fuente: *Carta de derechos de los pacientes*, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar (MOHFW), 2018.

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

La planificación de la presente investigación se llevó a cabo en dos etapas, ya que se aplicaron dos enfoques, cualitativo y cuantitativo, de manera independiente. Es una investigación mixta, transeccional, exploratorio-descriptiva y no experimental, necesaria en el campo de la comunicación pública de la ciencia aplicada al área de la salud para atender al nuevo modelo de atención centrada en el paciente a través del correcto uso del Consentimiento informado, en donde el profesional de la salud deja de ser el protagonista de la práctica clínica para dar prioridad al paciente. Desde el enfoque cualitativo y cuantitativo se emplearán algunas técnicas de investigación para analizar este fenómeno clínico que ocurre a diario en los hospitales.

Los pacientes son personas con la necesidad de ser auxiliadas, llevadas de la mano hacia una acción terapéutica con el objetivo de ser tomados en cuenta para el beneficio de su propia salud. El paciente es quien padecerá la afectación positiva o negativa en la que recaiga el actuar del equipo médico en el campo clínico. A continuación se describe el proceso metodológico para el levantamiento y análisis de datos utilizados en este proyecto de investigación.

3.1 Tipo de investigación

Como se mencionó, esta investigación es de tipo exploratorio-descriptiva, con un enfoque mixto. Todd, Nerlich y McKeon (citados en Hernández, Fernández y Baptista, 2010) establecen que el enfoque mixto ofrece varias ventajas, como el obtener una perspectiva más precisa del fenómeno y, por lo tanto, más integral, completa y holística.

La investigación cuantitativa nos proporciona una visión amplia y panorámica del fenómeno de estudio, la comunicación entre el médico y el paciente. La investigación

cualitativa se apoya en el conocimiento constructivista y hermenéutico para profundizar en la práctica médica de los hospitales dentro del campo clínico sobre la comunicación, que se ejerce en la práctica frente a los pacientes de obstetricia y pediatría en este caso. Su mirada es un acercamiento más profundo al fenómeno estudiado.

La investigación de tipo exploratorio-descriptiva nos ofrece la posibilidad de conocer más de cerca el fenómeno de la comunicación en un entorno propio, el noreste de México, de tal forma que se genere un preámbulo para próximas investigaciones si fuera necesario. Tiene su origen en la necesidad de describir un problema de investigación enfocado en investigar un momento crucial de la vida biológica, emocional e histórica del paciente que necesita atender su problema de salud y esta comienza con relación comunicativa con el médico tratante en turno.

Es descriptiva porque se busca, a través del diagnóstico de comunicación, obtener una descripción de los procesos comunicativos que subyacen en la relación médico-paciente y bajo qué modelo de comunicación de la ciencia operan estos procesos, y acercarnos a la concepción de alfabetización en salud que tiene el médico, cómo se utiliza, así como el uso del consentimiento informado, al establecer el abordaje de las distintas dimensiones de la comunicación que se presentan.

Como señala Creswell (citado en Hernández, Fernández y Baptista, 2010), a través de un diseño mixto se pudo obtener una visión más completa en donde, en la fase cualitativa, se obtuvo una recolección de datos a través de grupos focales y entrevistas con los que se pudieron medir las competencias médicas, los recursos legales a los que la práctica médica debe ceñirse como objeto de estudio, profesional y ético garantizados en la Ley Federal de Salud y en cualquier institución legitimada por el Sistema Nacional de Salud.

Se obtuvo un diagnóstico general de la comunicación y el uso del consentimiento informado de acuerdo al marco legal, con los indicadores generales que se establecieron para observar la relación del binomio médico-paciente y, más tarde, por medio de la investigación cuantitativa, los pacientes pudieron manifestar la percepción de la relación con su médico a través de una encuesta en línea que se aplicó con personas que acudieron a una consulta médica durante el periodo de mayo 2019 a mayo 2020.

La planificación de la primera parte de la investigación respondió a un modelo cualitativo, discrecional o intencionado, compuesto por dos tipos de recopilación de datos: ocho grupos focales con estudiantes de medicina de quinto año denominados internos, quienes atienden en hospitales, tienen la suficiente educación médica para interactuar con los pacientes, pero aún no están titulados y no cuentan con una cédula profesional.

El siguiente paso es por medio de entrevistas a profundidad en forma de cuestionario a ocho médicos generales, ya titulados y estudiantes de posgrado denominados residentes o R4 de las mismas áreas que los internos de medicina en las áreas de Obstetricia y Pediatría. Estos residentes cuentan con más de cuatro años de ejercer la práctica clínica durante el semestre de agosto a diciembre del 2019.

Con la investigación cualitativa se pretendió lograr una visión comunicativa, y por lo tanto hermenéutica, por medio de entrevistas a profundidad con los médicos titulados para corroborar su percepción acerca de su formación en comunicación asertiva e identificar categorías como confianza, empatía, escucha activa, respeto y consenso con sus pacientes entre otros. Los resultados se integran al diseño en paralelo con análisis y un reporte final que culmina con una propuesta final de comunicación en salud en un hospital público.

Los grupos focales fueron grabados en audio y luego transcritos textualmente y sistematizados de acuerdo con los métodos de análisis cualitativos reconocidos.

La investigación cuantitativa a pacientes se hizo por medio de una encuesta abierta durante ocho meses de mayo 2019 a febrero 2020 en donde se preguntó a más de seiscientos pacientes para poder obtener una descripción de los procesos comunicativos que subyacen en el binomio clínico y bajo qué modelo de comunicación de la ciencia operan estos procesos, y la concepción de alfabetización en salud que tiene el médico, cómo se usa, así como el uso del consentimiento informado a través del diagnóstico de comunicación pública de la ciencia que se establece con ellos.

No es una investigación experimental, las variables de estudio se observaron en su ambiente de campo clínico a través de los reportes de sus actores a manera de narrativas dentro de su entorno natural en sus rotaciones clínicas. Es transeccional porque las variables se midieron una sola vez y se observaron en un tiempo determinado, 2019-2020.

3.2 Hipótesis del estudio

H1: El uso de la comunicación que se ofrece por parte del médico tratante es suficiente para asegurar la interacción de su paciente para ser tomador de decisiones sobre su salud.

H2: La falta del consentimiento informado y el uso de una comunicación efectiva en salud del médico tratante hacia su paciente suceden aún desde el modelo paternalista.

H3: El modelo de comunicación de la ciencia utilizado por parte de los médicos hacia su paciente responde al modelo de comprensión crítica de la ciencia en público, en donde se consensua alrededor del fenómeno del consentimiento informado.

H4: El profesional de la salud cumple con los principios profesionales normativos bioéticos hacia su paciente en un hospital público.

Tabla 18.

Cuadro de variables.

Variable	Definición conceptual (qué se entiende por el concepto en abstracto)	Definición operacional (cómo se puede observar en concreto)	Indicadores (cómo se puede medir) (lo que se va a preguntar en un cuestionario, entrevista, grupo focal)
-----------------	---	--	---

<p>Comunicación en salud</p>	<p>Se refiere a un tipo de comunicación interpersonal que se establece desde 1995 en el Consenso de Toronto, como comunicación efectiva integrada para alcanzar uno de los objetivos de la Organización Mundial de la salud (OMS), con características específicas orientadas a la mejora del proceso comunicativo en el binomio en salud.</p>	<p>Comunicación verbal No verbal Paraverbal Confianza Claridad en la información Facilitar el desarrollo Liderazgo participativo</p>	<p>Saludar al paciente Se presenta e identifica los motivos de consulta Construir la relación Escucha activa Abrir la discusión ¿Hay interacción? Recopilar información Definir el problema Entender la perspectiva del paciente (colaboración mutua) Compartir información (establecer un vínculo) Se dice el diagnóstico Decisión consensuada. Entendimiento del CI Llegar a un acuerdo sobre los problemas y los planes de acción. Posibilidades de acción frente al evento inminente. Elección del paciente. Asegurar la satisfacción. Cierre en el alta médica con recomendaciones de adherencia al tratamiento.</p>
------------------------------	--	--	--

<p>Principios normativos bioéticos de la profesión médica</p>	<p>En la relación , los principios establecidos desde el Informe Belmont (principio de beneficencia, principio de no maleficencia, principio de justicia y autonomía), constituyen el elemento de orientación metodológica fundamental para ejercer la profesión médica desde una postura formal, ética y universal para alcanzar el propósito de preservar y mejorar la salud de la sociedad.</p>	<p>Autonomía Beneficencia No maleficencia Justicia</p>	<p>Nivel de respeto del médico hacia el paciente en la toma de decisiones sobre la atención a su salud</p> <p>Información de los beneficios del estudio, tratamiento o procedimiento</p> <p>Información de posibles consecuencias negativas</p> <p>Toma de decisiones consensuada (autorización o rechazo) por parte del paciente y del médico</p> <p>Tratamiento ecuánime del médico hacia el paciente respetando sus diferencias de sexo, edad, estrato socioeconómico, religión, etnia.</p>
---	--	--	--

<p>Consentimiento informado</p>	<p>Es la garantía primordial que garantiza el respeto a la dignidad de los sujetos que participan en un evento clínico o una investigación.</p>	<p>Es la información en forma de acuerdo escrito que debe ser revisada y validada. La información debe de darse en términos sencillos para que el público lego o paciente la comprenda, previa explicación informativa para su comprensión. La interacción de la comunicación no es única durante el proceso de la entrega del consentimiento sin embargo debe tener claro que en cualquier momento no aceptar, revocando el consentimiento. El médico debe tener la obligación ética de garantizar que la persona tiene sus capacidades de decisión. El informe Belmont establece que en el consentimiento informado debe darse información, comprensión y voluntariedad.</p>	<p>Informar del objetivo del estudio, tratamiento o procedimiento médico</p> <p>Potenciales beneficios</p> <p>Posibles molestias y riesgos</p> <p>Alternativas</p> <p>Derechos del paciente</p> <p>Responsabilidades del médico y centro de salud</p> <p>Generar confianza</p> <p>Disminuir ansiedad</p> <p>Evitar miedo del paciente</p> <p>Evitar desconfianza</p> <p>Evitar desinformación</p> <p>Evaluar comprensión del procedimiento escrito o expreso denominado consentimiento informado firmado por el paciente de manera voluntaria</p>
---------------------------------	---	--	---

<p>Modelos de comunicación pública de la ciencia</p>	<p>Explican la emergencia de cambios estructurales en la práctica científico-tecnológica y cambios en los modos de comunicar la ciencia, la diversidad de actores sociales relacionados con la producción, gestión, comunicación y recepción de conocimientos científicos, y la desigual percepción que se tiene del público receptor.</p> <p>1 Modelo de apreciación pública de la ciencia y la tecnología No existe una "comprensión" sino una "apreciación" de la ciencia.</p> <p>2 Modelo de compromiso público con la ciencia y la tecnología La ciencia es una entidad fija, sin fisuras, hacia la que el público debe moverse para comprometerse con ella.</p> <p>3. Modelo de comprensión crítica de la ciencia en público. de carácter multidimensional y contextual. También se conoce como modelo de deliberación y tiene una base constructivista, es relacional y subraya que la ciencia es una parte interactiva de la sociedad, participan todos los agentes sociales involucrados sobre asuntos tecno-científicos es necesario para alcanzar el consenso, y propone</p>	<p>De los tres modelos de Sara Tinker es sólo el tercer modelo de Comunicación pública de la ciencia el que corresponde a ser constructivista. Se centra en la producción de sentido del uso de la ciencia. Atiende a los hechos y se mantienen en los foros públicos por las interacciones entre las intenciones y necesidades relación médico-paciente en este caso.</p> <p>Es un modelo de comunicación interactivo Se identifica que la ciencia no está aislada de otras instituciones sociales, Hay formas de conocimiento científicas y las no-científicas tienen valor.</p> <p>Es indispensable la participación de todos los agentes sociales para alcanzar el consenso. El experto tiene la obligación a informar y educar al público (paciente) Asume que hay una imagen pública de la ciencia ambivalente que de no hacer cumplir el modelo puede socavar la calidad de la vida humana.</p>	<p>Se puede mediar a través del compromiso activo por parte del médico</p> <p>Acción de enseñanza por parte del médico científico experto hacia su paciente</p> <p>El centro de la comunicación está en el beneficio de lo mejor para el paciente</p> <p>Se llega a un consenso real entre los participantes de la práctica clínica o sólo se impone la razón del médico o científico experto</p> <p>Hay un acuerdo mutuo en el que el paciente y el médico alcanzan un consenso en el tratamiento</p> <p>El paciente delibera lo que quiere incluso y no es lo mejor para él y el médico se siente frustrado ante la deliberación (CUSP)</p> <p>Cómo queda con la decisión la imagen pública del médico ante una deliberación del paciente.</p> <p>Si adocina y sólo informa es paternalista, "es culpa del paciente, no saben o no entienden lo que necesitan" (PAST)</p> <p>Es dialógico, explica, propone, manipula en un paternalismo positivo, "consensúa",</p>
--	---	--	---

	<p>informar y educar al público y asume que hay una imagen pública de la ciencia ambivalente.</p>		<p>acuerda y establece un compromiso para la adherencia al tratamiento (PEST)</p>
--	---	--	---

Estrategias de comunicación asertivas en la relación : de superioridad o inferioridad (verticalidad) hay una diferencia en la relación	Procesos de comunicación aplicados a una función clínica central que no puede ser delegada. Solamente es el médico titulado, que permiten obtener el consentimiento informado Si bien, la mayor parte de la información diagnóstica es esencial para el trato del paciente, son las habilidades comunicativas las que determinan el cumplimiento del médico como interlocutor del paciente.	Métodos de escucha activa y empatía. Uso apropiado de preguntas abiertas, frecuentes, resúmenes, la aclaración y la negociación son factores que afectan positivamente la calidad y cantidad de información reunida; Factores con impacto negativo, habilidades incluyen dar explicaciones claras, verificar la comprensión del paciente, negociando un plan de tratamiento, verificar la atención de los pacientes al cumplimiento para promover la adquisición de estas habilidades	Responsabilidad del médico de hacer el procedimiento de manera interpersonal. Competencia narrativa del médico, saber qué y cómo comunicar Cercanía proxémica entre el médico y el paciente. El médico mira a los ojos al paciente cuando lo atiende. El tono de voz es firme, pero conciliador (comunicación verbal y paraverbal). Los gestos son congruentes con lo que dice el médico al paciente (kinésica). Respeto al modo de pensar del paciente. Retroalimentación. Comprensión, compromiso y acción en consecuencia.
--	--	--	--

Fuente: propia con base en las variables de la investigación.

3.2.2 Definición de las variables

Relación médico-paciente

La relación médico-paciente es una forma de relación interpersonal. Se establece una relación entre la persona necesitada o enferma y el profesional de la salud, orientada a su restablecimiento y bienestar biopsicosocial. En la mayoría de los casos, el paciente ubica al médico en un plano de superioridad debido a sus conocimientos y experiencias en su papel de prestador de ayuda, por lo que el paciente se coloca a sí mismo en un plano de inferioridad, lo que determina en ocasiones dificultades en la relación (Sánchez 2014. P. 528).

Ante una situación obstétrica, la falta de educación sanitaria por parte de la paciente es nula o mínima con respecto al médico tratante cuyo entrenamiento ha sido suficiente y al no tener una comunicación efectiva con la paciente y generar confianza en ella, puede poner en riesgo la vida de la mujer gestante y la de la persona recién nacida; esto puede tener consecuencias post parto multivariable de no seguir las guías y normas mínimas de salud establecidas para su cuidado.

Comunicación en salud

La comunicación en salud es un tipo de comunicación efectiva y una **función clínica central** que no puede ser delegada y es responsabilidad del médico (Schiavo, 2013 p.18). La mayor parte de la información diagnóstica esencial surge de la entrevista, y su relación interpersonal hacia la paciente en cuyo caso las habilidades comunicativas del médico determinan su cumplimiento. Entre los problemas que se identifican en el binomio están las diferencias culturales, así como la ansiedad y la insatisfacción del paciente está relacionada con incertidumbre y falta de información, explicación, y retroalimentación del médico.

Consentimiento informado

El consentimiento informado es un vínculo en forma de herramienta de comunicación que se utiliza con un documento que debe ser revisado y validado, sobre el tratamiento, medicaciones y sus consecuencias, de acuerdo al problema de salud que se va a atender. La voluntad en el consentimiento debe ser libre y consciente, para lo cual el médico tiene la obligación ética de garantizar que el paciente tiene sus capacidades de decisión (Binetti, 2011)

- Debe incluir información clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de lo relativo al proceso de atención.

- Dar a conocer los riesgos físicos, emocionales, la duración y las alternativas, si las hubiera.
- El proceso incluye comprobar si el paciente ha entendido la información, propiciar que realice preguntas, dar respuestas a éstas y asesorar en caso de que sea solicitado. Es clave respetar la autonomía del paciente
- Se debe privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir por parte del paciente.

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM), se requiere de un consentimiento informado escrito en caso de que exista un dolor físico o emocional relacionado con el tratamiento o procedimiento a aplicar.

La comunicación en salud es multidimensional, parte de la necesidad del uso de una comunicación eficaz, integrada para alcanzar el objetivo fijado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de mejorar las perspectivas de futuro y la salud de las personas en todo el mundo para satisfacer la creciente necesidad de información, recomendaciones y orientación, destinándolos a mejorar la capacidad y la integración de los canales de comunicación existentes, potenciar la comunicación social y se aplican a todos los materiales y actividades, como los mensajes publicados en las redes sociales destinados a dar visibilidad y difundir información; además, de manera particular, los principios básicos de las actividades de comunicación de la Organización mundial de la salud (OMS) son: accesible, factible, creíble y fiable, pertinente, a tiempo y fácil de entender, por lo que el uso del consentimiento informado es un eje fundamental para la alfabetización en salud dentro de la comunicación en salud.

Comunicación pública de la ciencia

La comprensión pública de la ciencia parte del planteamiento en que la divulgación científica participe políticamente de los procedimientos regulatorios y busca que los ciudadanos puedan contribuir de manera informada a la discusión de diversas perspectivas en que la ciencia popular analiza un modelo participativo de la comunicación de la ciencia, esto es, una discusión en la investigación y la pedagogía de la comunicación sobre las funciones humanística y científica. La comunicación de la ciencia se considera actualmente uno de los valores intrínsecos a las sociedades democráticas (Cáceres y Ribas, 1996).

En este caso se toman los tres modelos de Perrault (2013).

Apreciación Pública de la Ciencia y la Tecnología (PAST), que enfatiza la comunicación científica popular como una transmisión unidireccional de la realidad científica a un público pasivo (Perrault, 2013. p. 12).

Al modelo PEST se lo conoce como modelo de diálogo (Brossard y Lewenstein, 2010 en Alcibar 2015). Los científicos necesitan tener un diálogo real con los miembros del público, escuchando sus preocupaciones, sus prioridades y las preguntas que les gustaría que ayudar a responder con una visión vertical entre los interlocutores como el que sabe y el que no es experto. (Alcibar, M. p. 6) pero el modelo sigue manteniendo el centro de gravedad en la ciencia como una entidad fija a la que el público debe moverse para comprometerse con ella.

El modelo de comprensión crítica de la ciencia (CUSP), se considera una herramienta democrática, equipando al público con la apreciación y comprensión de la ciencia necesaria para entablar un diálogo crítico (Perrault, 2013. Pág 82). Las formas de conocimiento científicas tienen valor para el bienestar social, por lo que las participaciones de los agentes sociales involucrados necesitan decidir por medio de un consenso. Esto propone una doble obligación: informar y educar y, por otra, la de explorar la ciencia.

El trato democrático, se asume una imagen pública de la ciencia y el no cumplirlo provoca la posibilidad de socavar la calidad de la vida humana en el ámbito médico. La educación formal y la divulgación científica son intermediarios entre la comunidad científica (médicos) y el público en general (pacientes).

Cuadro 25: Ventajas del modelo CUSP.

1. Destaca el enfoque relacional en las esferas científicas y sociales específicas que interactúan y se afectan entre sí.
2. Ve la experiencia como una construcción múltiple, más que unitaria. Tienen valor todos los grupos que pueden contribuir y que tienen interés en el resultado de las deliberaciones y discusiones
3. Se centra en informar y educar al público sobre la ciencia. Sugiere una visión de la alfabetización que faculte hacer frente a situaciones específicas y negociar los resultados. La crítica como un complemento de actuar sobre ese conocimiento adquirido.
4. Se ajusta a la realidad de las opiniones del público sobre la ciencia. En este caso, en el campo clínico.

Fuente: *Understanding popular science*. (Broks, 2006).

Principios normativos Bioéticos de profesión médica

Por último, los principios profesionales normativos bioéticos hacia los pacientes responden al correcto desempeño evolutivo de un profesional de la salud en un contexto en donde, a pesar de ser una profesión invaluable, es menester el respeto al otro como persona, independientemente de que su cosmovisión de vida sea opuesta a la de su médico tratante.

Los principios en el Informe Belmont, que se formularon así: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, tanto desde el deontologismo como desde el utilitarismo, estos principios son deberes *prima facie* que deben ser respetados.

Se definen tres condiciones para los agentes autónomos en el actuar: 1, intencionadamente; 2, con conocimiento; 3, en ausencia de influencias externas.

3.2.3 Operacionalización de las variables para su representación en indicadores a observar

1. *Comunicación efectiva en salud (CES)*

- Saludar al paciente
- Se presenta
- Identifica los motivos de consulta
- Construir la relación
- Escucha activa
- Abrir la discusión
- ¿Hay interacción?
- Recopilar información
- Entender la perspectiva del paciente (colaboración mutua)
- Compartir información
- Establecer un vínculo
- Se dice el diagnóstico
- Decisión consensuada.
- Entendimiento del CI
- Llegar a un acuerdo sobre los problemas y los planes de acción.
- Posibilidades de acción frente al evento inminente
- Elección del paciente
- Claridad en la información
- Liderazgo en equipo

2. *Principios normativos bioéticos de la profesión médica (BM)*

- Nivel de respeto del médico hacia el paciente en la toma de decisiones sobre la atención a su salud
- Información de los beneficios y posibles consecuencias negativas del estudio, tratamiento o procedimiento
- Toma de decisiones consensuada (autorización o rechazo) por parte del paciente y del médico
- Tratamiento ecuánime del médico hacia el paciente respetando sus diferencias de sexo, edad, estrato socioeconómico, religión, etnia.

3. *Consentimiento informado (CI)*

- Informar del objetivo del estudio, tratamiento o procedimiento médico
- Potenciales beneficios
- Posibles molestias y riesgos
- Alternativas
- Derechos del paciente
- Responsabilidades del médico y centro de salud
- Generar confianza

- Disminuir ansiedad
- Evitar miedo del paciente
- Evitar desconfianza
- Evitar desinformación
- Evaluar comprensión del procedimiento escrito o expreso denominado consentimiento informado firmado por el paciente de manera voluntaria.

4. Modelos de comunicación pública de la ciencia (CPC)

- Acción de enseñanza por parte del médico científico experto hacia su paciente
- El centro de la comunicación está en el beneficio de lo mejor para el paciente
- Se llega a un consenso real entre los participantes de la práctica clínica o sólo se impone la razón del médico o científico experto
- El paciente delibera lo que quiere incluso y no es lo mejor para él o el médico se siente frustrado ante la deliberación (CUSP)
- Cómo queda con la decisión la imagen pública del médico ante una deliberación del paciente.
- Si adoctrina y sólo informa es paternalista
- "es culpa del px, no saben o no entienden lo que necesitan" (PAST)
- Es dialógico, explica, propone, manipula en un paternalismo positivo, "consensúa", acuerda y establece un compromiso para la adherencia al tratamiento (PEST).

5. Estrategias de comunicación asertivas en la relación (RMP)

- No puede ser delegada.
- Cercanía proxémica entre el médico y el paciente
- El médico mira a los ojos al paciente cuando le atiende
- El tono de voz es firme, pero conciliador (comunicación verbal y paraverbal)
- Los gestos son congruentes con lo que dice el médico al paciente (kinésica)
- Postura corporal
- Gestos faciales
- Compasión
- Elección

3.3 Población y muestra

La población estudiada se compuso de tres grupos diferentes, dos de ellos fueron sujetos con estudios profesionales especializados: los médicos en formación y los ya con experiencia en la práctica médica, de ambos sexos y con intervención con pacientes en los

hospitales públicos de la Zona Metropolitana de Monterrey, internos de medicina de quinto año, así como residentes de especialidad que ya atienden a pacientes en los hospitales públicos Materno Infantil y Metropolitano de la ciudad de Monterrey, Nuevo León. El rango de los médicos que formaron parte de la presente investigación correspondió a jóvenes estudiantes de pregrado y médicos especialistas con cuatro años de experiencia en salud pública.

Un tercer grupo de población observada consistió en personas que se asumieron de manera voluntaria como pacientes y que se tomaron de un universo en línea a través de una encuesta aplicada en la plataforma Google Forms, con una muestra de 673 personas anónimas de distintos estratos socio-económicos y edades que habían acudido a una consulta médica en el periodo de estudio. El muestreo fue no probabilístico de sujetos tipo, voluntarios, seleccionados de manera discrecional a través de la plataforma de Google Forms.

En esta investigación no se incluye información de expedientes clínicos personales de los y las pacientes por ser de carácter confidencial.

3.4 Técnicas e instrumentos de medición

Con fundamento en la revisión de la literatura expuesta en el capítulo de Marco Teórico, se definieron los términos para su observación: Bioética, comunicación dialógica, comunicación efectiva en salud y comunicación de la ciencia, propuestas que convergen en el trato digno al paciente conforme a la nueva forma de trato médico después de siglos de paternalismo en la medicina.

A través de grupos focales y entrevistas a profundidad, los que derivarían en una serie de ítems capaces de medir las habilidades comunicativas, procedimentales, intencionales y éticas del profesional de la salud; para la recolección y cotejo del cumplimiento de las

habilidades médicas y la actuación procedimental, conforme en la *Lex Artis*, la Ley Federal de Salud, así como lo estipulado en las normas oficiales mexicanas; con respecto a la observación de las habilidades comunicativas procedimentales se hizo una revisión conforme al modelo Sorensen, a través de una entrevista a profundidad para los médicos como un recurso de investigación cualitativa y las pautas básicas del consenso de Toronto y Kalamazoo I y II, expuestos en el capítulo del Marco Teórico.

En una primera fase del estudio, para abordarlo desde el enfoque cualitativo, se trabajó en el diseño y realización de ocho grupos de enfoque, y como instrumentos una guía de preguntas divididas en cinco secciones temáticas relacionadas con las categorías en que se dividen los indicadores principales que permitieron guiar el diálogo entre la investigadora y los entrevistados que en su currícula de quinto año atienden a las especialidades de ginecología y pediatría en el trimestre en que se hizo el levantamiento de datos. Las guías para los grupos de enfoque se encuentran en el anexo 2. Los grupos de enfoque se grabaron para luego hacer las transcripciones y sus análisis respectivos.

Por otra parte, se realizaron entrevistas con un cuestionario estructurado con base en las hipótesis y dirigido a los médicos residentes y se buscaron las mismas dos especialidades de los internos para una comparativa similar en los campos clínicos, el cual se aplicó de manera presencial, individual, de manera anónima y escrita por medio de una cita y dentro de las instalaciones de la escuela de medicina del Tec Salud, en un salón de postgrado, de forma presencial en dos momentos: cuatro médicos generales haciendo su especialidad en pediatría y cuatro médicos generales haciendo su especialidad en ginecología y obstetricia para evaluar su percepción respecto a la razón ética por la que en un primer momento decidieron estudiar medicina, así como la percepción del aprendizaje adquirido durante sus estudios médicos sobre el trato al paciente, así como su práctica actual en el campo clínico.

Las entrevistas a profundidad se hicieron con una muestra discrecional voluntaria con médicos especialistas para lograr el cruce de información y diagnosticar finalmente lo que sucede en la llamada relación médico-paciente.

En la fase cuantitativa se aplicó una encuesta corta, mediante un cuestionario semiestructurado, también con base en las hipótesis y se aplicó en la plataforma de Google Forms a los pacientes que decidieron participar de manera voluntaria, para conocer su percepción en el proceso de comunicación dentro del evento clínico con su médico ver Anexo 1.

3.5. El trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo, en su fase cualitativa, en las instalaciones del Tec Salud, en el periodo comprendido del semestre agosto-diciembre de 2019.

La fase cuantitativa se realizó en línea en el periodo comprendido de enero a septiembre del 2020 durante el primer período de la pandemia de COVID-19.

Se hicieron las transcripciones de los grupos de discusión y de las entrevistas, información que se sistematizó en unas tablas para su posterior análisis e interpretación.

Los resultados de la encuesta aplicada a través de la plataforma Google Forms se codificaron en una matriz para luego elaborar tablas y gráficas para su análisis e interpretación.

Finalmente, se ponen en contraste los hallazgos de las dos etapas de la información recopilada para su ulterior análisis, confrontación con las hipótesis de estudio, las teorías expuestas y resultados de otros estudios, y mostrar cómo se contestaron finalmente las preguntas de investigación.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación corresponden a una base fundamentada en las siguientes propuestas: el uso de la comunicación como medio para tomar decisiones, el consentimiento informado como una herramienta para salvaguardar la relación dialógica y la dimensión bioética que le rodea, por último, la comunicación crítica de la ciencia es un modelo vigente en la práctica clínica.

En este capítulo, se profundizan en los resultados que se reportan desde la práctica clínica de ocho grupos focales para los estudiantes internos de medicina que han rotado por los hospitales a los que tienen acceso los estudiantes elegidos para la presente investigación, como son el Hospital Metropolitano, el Hospital Materno Infantil, el Hospital San José y el Hospital Zambrano Hellion todos dentro de la zona metropolitana de Monterrey.

En un segundo grupo, se recogen y analizan las respuestas de médicos residentes de cuarto año estudiando su especialización en las especialidades de Ginecología y Pediatría que atendieron pacientes en los mismos Hospitales públicos y privados antes mencionados y se comparó el desarrollo de las habilidades Bioéticas y comunicativas a comparación de las habilidades autoreportadas por los médicos entrevistados.

Debido a la naturaleza del tema, se tomó en cuenta la visión del otro participante del binomio clínico, por lo que se tiene una alternancia de respuestas recabadas a través de una encuesta electrónica que da un panorama dialógico con respecto a lo que los primeros dos grupos (internos y médicos residentes) quienes dan cuenta de lo que viven en su profesión y los pacientes de lo que perciben en ese mismo campo clínico.

El análisis se realiza con los indicadores del marco metodológico primero se da el resultado de los internos través de los grupos focales, en segundo lugar, se encuentran los cuestionarios a profundidad en donde responden los residentes sus percepciones del trato con los pacientes, por último, se adjuntan las respuestas que arroja el cuestionario en línea hecho a los pacientes a través de Google Forms quienes sacudieron a consultar a un médico en 2019. Las respuestas efectivas para este sondeo fueron de 427 pacientes.

4.1 Análisis de los resultados

Datos cualitativos de los grupos focales y cuestionarios a profundidad para los estudiantes de medicina en distintas etapas de su profesionalismo médico.

Al analizar el proceso de comunicación dialógica en la relación médico-paciente se pretendía comprobar que este es indispensable en el campo clínico. Los datos arrojados en este estudio permiten observar desde la perspectiva científico social que, en el uso de la comunicación de la ciencia, la ausencia de una dialógica consensual lleva a consecuencias como la falta de respeto a la voluntad del paciente, así como falta al código de ética del profesional de salud.

Los estudiantes de quinto año denominados internos, no cuentan aún con cédula profesional que les licencia para ejercer la medicina de forma autónoma en los hospitales a lo que asistieron, sin embargo en los hospitales públicos sí se les permite intervenir directamente con los pacientes en la mayoría de los procedimientos, en este caso particular como el solicitar el consentimiento informado previo a una intervención quirúrgica

justificandolo por la premura y exceso de trabajo de los médicos titulares que participan en los eventos clínicos.

4.1.1 Comunicación en salud

Categorías de análisis que detectan la primera hipótesis de investigación: ¿es suficiente la comunicación que ofrece el médico para asegurar la interacción de su paciente para ser tomador de decisiones sobre su salud.

Tabla 20.

Habilidad comunicativa

Internos	Respuesta
	<ul style="list-style-type: none"> ● Se aprende, no es como que se enseñan en cursos ● También lo traes desde antes. ● Es una habilidad que, si se intenta adquirir, es algo que se puede lograr. ● Hay gente que tiene más facilidad. Todos van a desarrollar una habilidad, unos más que otros, pero el punto de ser médico es llegar a eso. ● Junto con la buena práctica y teoría puedes llegar. ● Es de personalidad. Hay personas a las que se le da más tener una buena comunicación. ● Se aprende mucho observando también, ● Yo digo que es primordial, si no puedes tener una buena comunicación, no puedes conocer a tu paciente, no te voy a contar bien y no sentiré esa confianza de contarte todo lo que estoy sintiendo. Además de sus antecedentes y pues no vas a poder asegurar que lo que tú le estás explicando, para su mejoría o tratamiento, y lo voy a comprender al cien por ciento. ● Si no tienes esa capacidad o no lo desarrollas pues no vas a lograr mucho, sí facilita todo, facilita obtener información, darte información que el paciente siga tus indicaciones, tus recomendaciones y hasta cuando tiene que volver. ● Siento que la desarrollamos, es experiencia. Siento que es muy individual, no es como que todos tenemos una clase, pero también se refleja mucho en cómo eres tú para socializar. ● Personalmente siento que se desarrolla, porque a pesar de que alguien platica mucho en clase, extrovertido va y habla, no es lo mismo hablar con tu amigo que con un paciente o con el papá del paciente, en caso de pediatría, como que cada área tiene su forma

	<p>de hablarle al tutor, al paciente y es algo que vas adquiriendo con el tiempo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es igual de importante, que el tratamiento sí lo es, pero no le dan la importancia. Siento que fue generacional, no sé cuál es el punto de corte en las generaciones, pero como que a nosotros ya no nos enseñó eso, no solo la salud física es lo que importa sino tratar globalmente al paciente, pero siento que mucho de los que son nuestros superiores no tienen el chip en la cabeza
Residentes pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • Creo que una parte ya se trae por la educación que se ejerce en casa y totalmente de acuerdo en que otra parte es adquirida conforme los años de experiencias y lo vivido. • Creo que es algo que es innato pero que se puede llegar a desarrollar. A ciertas personas se les hace muy fácil la comunicación verbal o escrita y hay otros que lo hacen conforme nos enseñan a hacerlo, sólo se necesita querer hacerlo. • Desde mi punto de vista, la habilidad comunicativa es ambivalente, de la manera en que, si influye la personalidad del médico, pero la práctica constante exponiéndose a diversos escenarios de comunicación con los pacientes, desarrolla tus capacidades para que sea efectiva.
Residentes Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Supongo que ambas, tenemos la formación y valores en casa, así como, la enseñanza representada en áreas clínicas, se buscan asesorías y formas comunicativas. • Considero que “ya se trae”, tiene que ver con la formación, personalidad y carisma del médico. También se puede adquirir estudiando y esforzándose en el ámbito comunicativo. • Claro, se aprende en todos los aspectos. Para hablar con los pacientes, familiares de los pacientes, residentes del mismo grado e inferiores. • En parte las habilidades de comunicación pueden adquirirse con el estudio y la práctica, pero debe existir en el médico el interés por comunicarse y hacerse entender.

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion en el área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 21.

Escucha activa en el paciente

Entrevistados	Respuestas
---------------	------------

<p>Internos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Por lo menos que tenga la apertura para escuchar al paciente de propiciar esa relación que a lo mejor yo creo que sí debería de ser ● Cálido, pero si no pues por lo menos la apertura de escucharlo y como que el paciente sepa que puede expresarse y puede dar su opinión. ● Tú eres la herramienta del doctor para ser la escucha de ese paciente. ● Nosotros somos la herramienta para que exista la escucha en un hospital público. ● (Hospital público) Mínimo escuchar, porque tienes toda la mañana para explorarlo y en el piso hay 40 o 50 pacientes y por ti, muchos se sienten escuchados, tú lo ves todos los días que ellos vienen y te cuentan a ti. ● En el área pública, me tocaba muy poco, pero si había que el médico se enfocaba en preguntas de si o no y cuando el paciente se explayaba era de que no te desvíes, querían a lo que iban y rápido para terminar con las listas de pacientes que tenían pendiente y pues eran preguntas muy directas y a veces los pacientes se sentían como que puedo hablar o no puedo hablar, el paciente no está cómodo. ● En el (hospital público) estaban acostumbradas a preguntas de si o no, ya no hablaban tanto y no se explayaban. ● En el caso de ginecología en el (Hospital público) es: tu caso es este y la mayoría el 98% están como tú y como saben que ya hay personas que pasaron por eso. ● (hospital público) No todo mundo tiene el mismo grado escolar o habla de la misma manera entonces hay que ponerse en el mismo nivel que el paciente y hay que escuchar primero la paciente para ver tu como vas a hablarle porque si yo empiezo hablar sin saber los conocimientos que tiene pues probablemente voy a estar desperdiciando diez minutos en algo que no estaba en el nivel. ● Me tocó más en el área privada (Hospital privado) que las personas se explayan y llega un momento en el que el médico interviene para que no se dé más. ● A mayor nivel de jerarquía médica menor escucha. ● (Hospital privado) en la consulta sí se le da amplio espacio al paciente, normalmente deja esa primera consulta hasta el final del día para poder darle más tiempo.
<p>Residentes de Pediatría</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Yo hablo mucho con mis pacientes y siempre que tengo el tiempo me pongo a platicar con ellos. ● Yo nunca lo he hecho porque me da miedo que puedes escuchar. ● Tienes que ser escucha, tienes que ser apoyo, pero también tienes que ser guía, no ● Te vas a dejar llevar por lo que el paciente quiera porque él no sabe las implicaciones como tú la sabes, igual hay que escucharlos.

Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente sabe y entiende de qué se está tratando la situación, que tú le puedas preguntar “a ver ¿estás entendiendo? Explícamelo con tus propias palabras” y él libremente lo pueda hacer y no tenga dudas al respecto. • Como dijimos al inicio, preguntándole al paciente o a la mamá, que, si sabe lo que va a hacer, que lo explique y que si tiene alguna duda.
---------------------------	--

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion en el área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 22.

Comunicación verbal y no verbal

Entrevistados	Respuestas
Internos	<p>Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me toca ver que los médicos dicen, bueno señora aquí usted no está en la cárcel, usted está aquí porque quiere y nosotros estamos atendiendo porque queremos y porque es nuestra responsabilidad. • Yo siempre que tengo pacientes pediátricos creo que es importante decirle que lo vas a escuchar, dirigirte a la mamá gentilmente y escucharla a ella primero y ya como que el niño ve que no pasa nada, es lo primero que ves en la clase de la primera semana. • Depende de cómo es la paciente, pero puedes estar parado, viéndola a los ojos para no poner superioridad, el tono de voz suave, palabras bonitas y cuando está teniendo una contracción te va peor. • Yo si estaba en consulta aquí en el Zambrano y lo que me gustaba de mi tutor es que formaba una relación antes con el paciente y pues los pacientes llegan a ser más abiertos con él, con más confianza, pues llegan y no solo le cuentan de sus problemas médicos, sino también personales. • En caso de pediatría, hay mamás que no solo llevan a consulta al niño o niña, si no van a hablar con el médico. Lo que yo vi con mi tutor es que les pregunta sobre sus tratamientos y pide que expliquen el tratamiento o receta para ver si lo está captando y así la mamá da la versión de lo entiende y el doctor la corrige, es decir, asegura que entendió el tratamiento o manejo que se dio a su hijo. <p>No verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Te puedes dar cuenta cuando la paciente tiene miedo, luego se ve un aumento en su respiración porque se ve que está asustada.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Hay libros que dicen que te quites la bata, porque ven batas y se alarman. Yo lo he aplicado y me quedo la bata y empiezan a llorar porque piensan que eres un extraño. ● Cuando se saluda de darle la mano y verlo a los ojos y darle palmadas cuando se vaya, eso puede cambiarlo mucho, pues el contacto físico cambia mucho la perspectiva. ● En el comportamiento físico, puedes ver porque si está todo titubeando pues ves que no está entendiendo. Está distraído o no te puso atención o no te miró. ● Incluso el comportamiento físico, puedes decir si está en duda o no porque si está todo titubeando pues ves que no está entendiendo. Está distraído o no te puso atención o no te miró. ● Me han dicho muchas enfermeras que me dicen “no le agarres la mano”, si yo estuviera ahí me gustaría tener a alguien, llegas a allá y ella está completamente sola, escuchando pura violencia verbal hacia ella “abra las piernas y no sé qué, ahora sí”.
Residentes de Pediatría	<p>Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En los hospitales públicos puede llegar a ser limitado ya que las personas y el tiempo tan pequeño y tantos pacientes no te lo permiten. ● Es más, un interrogatorio dirigido ● En el área de hospitalización se hace más fácil realizar ya un interrogatorio o tener una comunicación más estrecha con los pacientes, lo que en ocasiones no es productivo porque los padres dicen hasta este momento información vital para la atención del paciente. ● Se me dificulta entablar una relación es la sobrecarga de trabajo que condiciona que muchas veces se cuente con poco tiempo para platicar con mis pacientes y sus cuidadores. ● Trato de siempre mantener una posición firme y seria cuando la información que se dará lo amerita y trato de siempre ser claro con lo que se está explicando, usando palabras comunes que el paciente pueda entender y siempre contestando dudas. <p>No Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En los hospitales de SSA se cuenta en ocasiones con barreras intelectuales ● Recorro en muchas ocasiones a realizar dibujos que les entrego acerca de los problemas que están teniendo los pacientes ● Explicamos con dibujos, o imágenes gráficas para explicarles a mis pacientes qué es lo que haremos

Residentes de Ginecología	<p>Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En los hospitales asistenciales depende mucho de la persona que esté consultando, pero en general por la falta de tiempo (supongo) interrumpen a las pacientes y completan sus frases casi todo el tiempo como “apurándolas” a contestar. ● Muy apresurada, un poco paternalista (y no solamente en los hospitales públicos, también en los privados) ● Al realizar historia clínica se da momento para tribuna libre, donde el paciente pueda expresarse de una manera libre, igualmente el interrogatorio se dirige de manera intencionada para obtener la información deseada. ● Considero que lo he manejado bien ya que no he tenido problemas de respeto, siempre se escucha y se aclara a las pacientes sus dudas. ● Trato de ser clara y no confundirlas con frases que ellas no pudieran entender, les hablo de ti si son de mi edad o más chicas porque siento que se sienten más en confianza. ● La realizo de una manera satisfactoria, intento ponerme a nivel de la persona con la que estoy hablando y explicar ampliamente con las palabras más sencillas y entendibles posible, abierto a responder dudas que puedan presentarse <p>No Verbal</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Viéndola a los ojos, realizando preguntas retóricas y confirmando lo que se escuchó y entendió. ● No verbal: trato de sonreír, de tener una postura libre y no rígida, en ocasiones por ejemplo en una paciente que está en trabajo de parto puedo tocar su abdomen o su hombro como señal de ánimos. ● Muchas veces saludo a las pacientes con un abrazo, cuando doy malas noticias también hago muchos dibujos para explicarles.
---------------------------	--

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion en el área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 23.

Qué hacer para disminuir la ansiedad y el miedo del paciente

Entrevistados	Respuestas
---------------	------------

Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando están ahí por ejemplo con los pacientes pediátricos los llevas al TAC, la mamá se queda fuera y los niños se ponen más nerviosos, hay que platicar con ellos para que disminuya su ansiedad y tú te das cuenta porque empiezan a platicar más, empiezan a optar otras posiciones y sabes que ya está más relajada o segura porque para ellas en el metropolitano, es la primera vez que nos conocen. • Es importante ver que las pacientes tienen una experiencia distinta cuando tú estás con ellas, les das tranquilidad, les haces saber que pueden tener un parto porque muchas de las veces que tenemos pacientes son muy jovencitas.
----------	--

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año en el Hospital Zambrano Hellion octubre 2019.

Tabla 24.

Uso de comunicación en paciente con incomprensión y/o dolor

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos están cerrados como rechazo. • Ya están predispuestas A qué van a llegar y te tienen que esperar. y no me van a atender. Ya es demasiada gente. • Dan por hecho que nosotros somos los que sabemos manejar todo en cuanto a la administración y nos hacen responsables. • En pleno dolor de parto la señora no había firmado lo del consentimiento. Pero les dices con tiempo. Y muchos dicen que no. Y cuando ya están ahí o firma • Dos o tres que se han querido ir y es de que, bueno señora, usted no está aquí a la fuerza. Si se quiere ir, se puede ir nada más que bajo riesgo y si se quiere ir hay que firmar un papel que no nos hacemos responsables. • No siento que tienes que ser pedagogo para poder hablar con alguien, simplemente explicar con palabras sencillas como lo haríamos normalmente sin utilizar palabras médicas y darse a entender.

Tabla 19. Uso de la comunicación en paciente con incomprensión y/o dolor. Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año en el Hospital Zambrano Hellion octubre 2019.

Tabla 25. Diferencia entre la teoría y práctica de su aprendizaje en la escuela de medicina y en los hospitales

Entrevistados(a)s	Respuestas
Internos	<p data-bbox="574 646 755 678">En la escuela</p> <ul data-bbox="625 724 1385 1596" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="625 724 1385 976">● Para tener esa habilidad se desarrolla, a nosotros nos pusieron practicar con simuladores y con actores, en propedéutica nos ponían con actores para ir desarrollando estas habilidades. Cómo comunicarse efectivamente con el paciente, dándonos retroalimentación para saber cómo mejorar nuestro diálogo. <li data-bbox="625 976 1385 1081">● Nos han dicho qué se debe hacer en nuestras clases, es lo que nos dicen que debes asegurarte de que el paciente recibió el mensaje, es decir, retroalimentación. <li data-bbox="625 1081 1385 1155">● Que cuando hay muchos pacientes ya no se les explica nada, ya nada más se dan indicaciones. <li data-bbox="625 1155 1385 1228">● Lo que no te enseñan es lo que tienes que desarrollar ese tacto, hacer la consulta amigable o amena. <li data-bbox="625 1228 1385 1270">● Eso se trae de casa. <li data-bbox="625 1270 1385 1596">● No hay una clase, pero un doctor siempre nos decía que primero hay que escuchar al paciente y que de hecho hay un estudio que dice que primero hay que escucharlo como un minuto y medio aproximadamente y en ese minuto y medio tú puedes saber la mayoría de sus quejas y por eso puede saber en qué vas a abundar sobre el tema y qué preguntas hacer y así puedes tener un aspecto más grande de ideas y descubrir que más tiene el paciente. <p data-bbox="574 1638 771 1669">En la práctica.</p> <ul data-bbox="625 1711 1385 1887" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="625 1711 1385 1816">● Nos ponen a nosotros a explicar desde el primer contacto, somos la mayoría, la mayoría del tiempo nos ponen a escuchar a los pacientes. <li data-bbox="625 1816 1385 1887">● Ya en la mañana en el cambio de turno, se toma el tiempo, sabe que es lo que hemos hecho con esto. Sabe

	<p>lo que va a pasar en estos días, también se les explica o que se les debe hacer estudios especiales y que va a tardar y estará mucho tiempo aquí, para que se prepare.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A veces no se hace mucho hincapié en tener una buena comunicación con el paciente. ● Nuestros jefes nos apuran y no nos explican siendo estudiantes, es una cadena, si ellos no lo hacen bien y no nos explican a nosotros para hacerlo bien, que somos la mano de obra barata para ellos. ● Nos explican el consentimiento informado y te dicen “que no te firmen aquí” (en donde lo rechazan) ● En todas las prácticas dicen “no uses el Kristeller” y siempre si llega el doctor y dice “vamos a darle galleta” significa que le van a dar Kristeller, les vale y se dejan caer con todo el peso arriba de la paciente para que el bebé baje. ● Un maestro del materno dijo: “deben de dejar hablar al paciente la mayoría del tiempo. Que diga todo lo que tenga que decir...” Y después haces preguntas dirigidas, pero se desvían mucho del tema y tienes que tratar de que se enfoquen en el asunto principal de la causa. ● Yo he escuchado a algunos maestros que dicen que, si tienes a un paciente que habla mucho, tratar de que no hable tanto para poder irse al grano.
<p>Residentes de Pediatria</p>	<p>En la escuela</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se me ha dicho que debe ser con respeto y siempre siendo claro con el paciente ante la información que se da. ● En mi escuela de medicina (UASLP) me enseñaron a comunicarme con un lenguaje claro y en palabras sencillas para que las personas puedan entender conceptos que no son muy comunes para ellos. ● Recibí formación para adaptarme para hacer más efectiva la comunicación. <p>En la práctica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En la práctica siempre será más difícil ya que te enfrentas a diferentes culturas, maneras de pensar y personalidades distintas y muchas veces te puede tocar lidiar con personalidades desafiantes o que no comprenden lo que les dices y es complicado.

	<ul style="list-style-type: none"> • Con mis pacientes ahora en mi práctica diaria, con sus padres, siempre identificando su nivel educativo, escuchando sus dudas e inquietudes y tratando de dejar en claro la información que necesiten sobre su abordaje diagnóstico y terapéutico. • Hacerlo de manera formal, directa, responsable pero honesta.
Residentes de Ginecología	<p>En la escuela</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con humanismo y profesionalismo siempre acatando las necesidad y dudas de las pacientes, el cual ha sido del mismo modo tanto en la sección pública y privada. • En clase de propedéutica en la carrera me explicaron en qué consistía un interrogatorio clínico <p>En la práctica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se cuenta con la diferencia de no ser tan extensa la comunicación en un área pública por las necesidades del servicio, sin embargo, si hace el intento de realizarlo en pacientes que no cuenten patologías de gran impacto. • En la práctica aprendes a usar términos que la paciente sienta que le son más familiares y comunes para que tenga un poco más de confianza y te conteste lo que preguntas. • Ha cambiado sobre todo cuando la agenda en hospitales públicos está llena donde hay menos oportunidad de darle tiempo a los pacientes de que se expresen ampliamente y buscamos respuestas a ciertas preguntas predeterminadas • Con comentarios al nivel de edad e inteligencia del paciente y familia.

Tabla 20. Diferencia entre la teoría y práctica de su aprendizaje en la escuela de medicina y en los hospitales. Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 26.

Competencias comunicativas en la aplicación del consentimiento informado

Entrevistados	Respuestas
Internos	

	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno yo nunca le he dado la opción de poder rechazar. • (Hospital público) Tú eres el que muestra del papel de consentimiento informado al momento de realizar los procedimientos o ya lo firmaron antes o enfrente del médico tratante enfrente una enfermera que son profesionales • Los residentes nos explicaban lo que le vas a decir y acuérdate que es esto y esto y esto hasta que lo firme.⁵
--	---

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año en el Hospital Zambrano Hellion octubre 2019.

4.1.2. Consentimiento informado

Categorías de análisis que identifican la operación en el uso del consentimiento informado en el campo clínico por parte de todo el personal de salud incluido.

Tabla 27.

Conocimiento clínico del médico sobre el consentimiento informado

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Son como las hojas de carta poder ya prescritas llaman tienen líneas donde escribes a mano. • Es una herramienta para nosotros para protegernos legalmente de cualquier adversidad que suceda en el tratamiento, si se complica, si es una complicación que el tratamiento puede causar, pues te puedes proteger que le explicaste que esto puede pasar y él aceptó las consecuencias. • Es el documento legal en el que se explica al paciente: qué se le va a hacer, los riesgos que tiene el procedimiento, qué puede ganar, qué puede perder en caso de realizarse el procedimiento, si autoriza o si lo rechaza. • Es como la oportunidad que tenemos nosotros de acercarnos al paciente, y de alguna manera más cercana, explicarle, el parto por qué no evolucionó, por qué se debía de hacer la cesárea, es un momento que nosotros los

⁵ Parte de los usos correctos del consentimiento y la comunicación con el paciente están basados en que está debe ser veraz, transparente, presente, en el tiempo correcto y no como se ve constantemente en las evidencias en el momento del alta, después incluso de haber maniobrado sobre su cuerpo y/o salud.

	<p>internos tenemos para involucrarnos con el paciente, escuchar sus dudas y sus miedos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● De ahí se basa todo, todos los tratamientos se basan, la relación médico-paciente es el pilar de la medicina. ● Es como una decisión del paciente, pero es una decisión informada o sea el paciente está informado de lo que acaba de consentir, valga la redundancia. O sea, está informado, sabe lo que acaba de decidir y tomó la decisión sabiendo pues en sí los beneficios y riesgos y todo lo que implica esa decisión. ● El consentimiento informado es explicarle al paciente este papel me deja dice que puedo hacer ciertos procedimientos sobre su cuerpo en caso de que la necesite y estos papeles para la anestesia o sea como que ese es el requerimiento que tengo para hacer lo que voy a poder hacer, pero nunca explicas lo de cómo se debe hacer los riesgos y los beneficios o sea no explicas todo el contexto es nomás como aquí autorizas esto y ya terminó. ● Es un documento médico legal al que una persona accede, o un procedimiento o una intervención un tratamiento una recomendación médica. ● Es la garantía de una comunicación efectiva, o sea que el paciente entendió y por eso o rechaza o acepta, es como una evidencia. ● Sí, tenemos una clase de medicina legal y sí mencionan eso, pero yo creo que deberían ser un poco mejor que nos informen eso para que lo podamos ejercer mejor. ● Es un documento legal, en donde le dices a la paciente lo que le vas a hacer, procedimiento, consecuencias que conlleva el hacerlo y no hacerlo, qué opciones tiene.
<p>Residentes de Pediatria</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Documento que se encarga de la descripción de lo que se hará al paciente, así como la explicación de los riesgos, complicaciones y beneficios de la atención con la intención de que el médico sea claro con la información y que el paciente autorice todo lo explicado ● La aceptación de cualquier cosa posterior a haber recibido toda la información necesaria para tomar la decisión. ● El documento legal en el que el paciente con información previa, acerca de su patología, cuál sería su abordaje diagnóstico y los riesgos que presenta, acepta la intervención necesaria. ● Documento en el cual el paciente accede, a que se utilice su información o su expediente clínico, para fines de investigación, clínicos
<p>Residentes de Ginecología</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Es una herramienta y papelería médica donde se puede identificar diagnóstico, tratamiento, complicaciones y beneficios

	<ul style="list-style-type: none"> ● Documento que firma un paciente en el que legalmente da su autorización, la cual debe ser con el completo conocimiento de lo que consiste dicho procedimiento o tratamiento ● Documento que explica los beneficios, riesgos y alternativas de procedimientos que se realizan y que dictamina que tanto el médico como el paciente y familiares comprenden. ● Es un documento médico legal, en donde el paciente consiente la realización de alguna acción por parte de la institución de salud (transfusión, internamiento, etc.), donde se explica el procedimiento, los riesgos, beneficios y alternativas.
--	---

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 28.

Tipos de consentimiento informado que conoce y aplica en los hospitales

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> ● De internamiento, tratamiento, de anestesia, de procedimiento quirúrgico, para general anestesia transfusiones para trabajo de parto. ● El consentimiento verbal no está escrito, no es legal y no tiene mucho peso, pero es como un permiso. ● El consentimiento para hospitalización, uno para cesárea, uno para este y uno para el otro y está también el consentimiento informado de anestesiología donde se comenta si autorizan el uso de anestesia, donde se explicaría que hay riesgos de cada medicina. ● También está el consentimiento verbal, no es escrito, no todos los procedimientos conllevan consentimientos informados legales, por ejemplo, que te saquen sangre o que te apliquen algo, el paciente con su misma posición si estira su mano, ya está accediendo al procedimiento. El oral, el escrito, los implícitos, el de atención a parto, el de anestesia, el de cesárea, procedimiento quirúrgico, el de internamiento, el de DIU, el de prueba de VIH, el de transfusión, marsupiración, etc.

Residentes de Pediatria	<ul style="list-style-type: none"> • Tengo entendido que dos, para hospitalización, para intervención quirúrgica, para sedación o anestesia, para un procedimiento mayor. • De internamiento, procedimiento invasivo, anestesiología, quirúrgico. • En mi especialidad aplico de internamiento y procedimiento invasivo (punción lumbar, intubación, colocación de cvc o sondas) • De procedimiento, de investigación y de solicitud clínica.
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Internamiento, transfusión, cirugía operatoria, realización de VIH, planificación familiar, uso de anestesiología o cirugías invasivas o ambulatorias. • Consentimiento de internamiento, atención de parto/cesárea, procedimiento quirúrgico, toma de muestra para VIH, transfusión de hemoderivados, anestesia • Escritos (procedimiento quirúrgico, internamiento, transfusión). • Internamiento, transfusión, procedimiento quirúrgico invasivo, anestesia.

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 29.

Aplicación del consentimiento informado en los hospitales

Entrevistados	Respuestas
---------------	------------

<p>Internos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Por lo menos aquí en los consentimientos que tenemos que entregar le explicaba, así como a grossomodo y le pedía que leyera el consentimiento y yo me quedaba ahí y que si tenía alguna duda que yo le pudiera responder lo haría con mucho gusto y que si le quedaba alguna duda que yo no pudiera responder iba a ir con el médico externo para que nos pudiera apoyar. ● En teoría lo que tendrías que hacer es llegar con el consentimiento informado, y se le explica al paciente, aquí en este consentimiento se le dice que se va a realizar, por ejemplo, una cesárea y corre estos riesgos y cómo se va a hacer, en teoría, en mi experiencia, es de que “nada más firme” y ya firma el paciente, no se le dice nada. ● Muchas veces ya pasó el procedimiento cuando vas a buscar al paciente o a su familiar. ● Es imposible estarle explicando a varios pacientes con este problema de comunicación, qué se le va a hacer y que entiendan todo lo que se va a hacer, hay veces que no encontramos las palabras para comunicar. ● Muchos aun así preguntan eso, ¿para qué es eso o qué me va a hacer? Después, aunque no pregunté al paciente aun así se le debe de explicar. Hay veces en las que se dice vamos a pasar oxitocina no saben. ● Es una representación ya legal, pero en realidad es todo esto el fenómeno el que yo te estoy explicando qué tienes que hacer. ● Qué es el procedimiento que te voy a hacer beneficios y riesgos y alternativas, o sea eso es todo lo que es el consentimiento en sí y pues vaya no siempre tiene que consentir, más bien tal vez te dice que no quiere que se haga el procedimiento. ● Es que siento que hay como un gap ahí, ¿no? Es que siento que está el consentimiento informado y luego la decisión del paciente y tienen una idea de que existe una comunicación, pero en este proceso comunicativo tiene que ver entre el médico y el paciente para qué realmente haya un proceso comunicativo. ● Cuando me mandan a mí, no tengo el conocimiento completo para saber todas las complicaciones que pueden suceder por este procedimiento y el residente sí, ¿cómo le puedo explicar al paciente que le puede pasar eso? por falta de conocimiento. ● Obviamente tengo una idea, y sé lo que va a pasar y le explico todo lo que yo sé, pero si hay algo que no sé, no se lo puedo transmitir al paciente. Yo opino que nos deben de enseñar primero tienes que decirle eso y luego ya lo hacemos nosotros para verificar que estamos en la misma página tanto el residente como estudiante. (No es responsabilidad del interno, ni siquiera del Residente, sino del médico titular el acercar el documento al paciente,
------------------------	---

	<p>puesto que tiene implicaciones legales y éticas en el desarrollo de la intervención médica)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A mí me ha tocado que no, en hospitales públicos, nada más llegan y les dices que firmen y firman ● Los compromisos superan las expectativas. ● No ha progresado, se siguen haciendo las cosas como hace treinta años. ● Siento que siempre es “me puedes firmar esto es para hacerle la prueba de VIH”, pero nunca le decimos que es para tal, nunca profundizamos en lo que le puede pasar, las complicaciones, si en realidad entienden qué es lo que va a pasar, nunca es de ¿entendiste? ● Siento que muchas las firman, muchos consentimientos te das cuenta ya cuando va a parir que no lo tienes firmado, “ok señora, firmame rápido”, la señora gritando y temblando y firmando, incluso después, realmente le explicas “esto es para y asistirle “le dices lo básico y ella firma porque ya quiere parir. Siento que realmente no entiende lo que está firmando, ● Poníamos punción lumbar y dejábamos todo en blanco, hacíamos una rayita para que se guardara el formato en la computadora y poderlo mandar a imprimir, ni siquiera estaba explicado, ni riesgos ni cosas de hacer una punción. ● Nunca le he dicho las complicaciones, siempre es “esto es para poner el DIU para que no tenga más niños”, “este es para el VIH” “este es para la cesárea” pero en realidad nunca les he dicho de “si se les hace la cesárea corres el riesgo de desangrarse”, nada más le digo para qué es y qué está firmando y ya, pero nunca he profundizado. ● La cantidad rebasaba nuestra capacidad de calidad. Estaba imposible. No deberíamos de ser nosotros, deberían de ser los residentes o el médico que la va a tratar, él es el que le debe de explicar, pero también es de “no quiero hacer ese trabajo” y pues no lo hacen. ● Nada más había dos residentes, un compañero y yo, entonces se fue acumulando la papelería y los consentimientos no se firmaban antes de que pasaran las señoras, entonces le dije no vamos a acabar los documentos, historias (clínicas) porque siguen llegando. Entonces nos dijeron que las pasamos y ya en recuperación ya que hicimos todo, ahí lo completaron en la mañana siguiente.
<p>Residentes de Pediatría</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Se debe explicar de manera clara y siempre contestando las preguntas del familiar. En caso de consentimiento escrito se debe mostrar al paciente la información y ésta debe firmar. ● Le pido que me explique nuevamente lo que yo le acabo de explicar. ● Le pregunto si tiene alguna duda y le pido que me explique con sus palabras la información que le di. ● Le pregunto si me entendió, si tiene alguna duda y si puede explicarme lo que se va a hacer.

Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> ● Realizando preguntas acerca de lo que escuchó y entendió, así como otorgar asesoría y consejería por si llega a ser lo contrario. Se lo explican con otras palabras y te da confirmación verbal de su autorización, pregunto si hay dudas. ● Se le solicita que repita con sus propias palabras lo entendido, se preguntan dudas.
----------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 21.

Aseguramiento de la comprensión en el paciente sobre el consentimiento informado

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> ● Te aseguras de que el paciente sí firmó, si lo firmó muy bien, si no lo firmó te regañan, si está mal escrito te regañan porque a nosotros nos ponen a llenar estos formatos, nos regañan las enfermeras o los residentes o el médico titular. ● En la práctica sí me ha tocado ver mucho, que tanto residentes como médicos o enfermeras, les insisten mucho a las pacientes. Muchas veces no se les informa, hablando específicamente sobre la planificación familiar, que ellas pueden optar por ninguna y me ha tocado verbalmente escuchar a enfermeras, residentes y médicos decirles que tienen que escoger una, que no se pueden ir hasta escoger uno. Hay mucha presión y ellos igual lo hacen justificando más como una medicina paternalista, porque no quieren que regresen con sus problemas familiares, económicos, pero creo que no se respeta en la práctica. ● Se pueden aprovechar de la vulnerabilidad del paciente, pueden estar sufriendo y muchas veces el médico puede tomar opciones y llenar el consentimiento por papelería. ● Si estás en urgencias o en zonas donde hay mucha cantidad de pacientes y pues básicamente con la cantidad baja la calidad y tienes que ser eficiente con

	<p>el tiempo y eso no te permite dar la suficiente información al paciente del procedimiento a realizar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En realidad, nunca lo aplicamos de esa manera, siempre es como dicen mis compañeros: “ya pasó firmalo, lo necesito firmado”, y muchas veces lo firman porque ya se quieren deshacer y tú no les explicas porque ya te quieres ir.
Residentes de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • Pues preguntando si quedó alguna duda y en caso de ser así, resolverla y siempre anotar en el consentimiento todos los posibles riesgos y complicaciones. • Cuando les pido que me entreguen el consentimiento informado y me realicen preguntas si es que las tienen. • Le pregunto si tiene alguna duda y le pido que me explique con sus palabras la información que le di. • Explico detalladamente que es lo que se va a hacer y lo hago como me gustaría que me lo explicaran a mí.
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Que sea explicado por la paciente de la misma forma en que yo la expliqué para encontrarnos en la misma sintonía. • Confirmación verbal • Pregunto si hay dudas y si está de acuerdo que firme. • Se le solicita repita con sus propias palabras lo entendido, se preguntan dudas

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 22.

Aceptación del consentimiento informado por el paciente

Entrevistados(a)s	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Asumes, puedes hacer que te explique, qué entendió de lo que acabas de decir, y ya te dicen que va a hacer esto y así, y ya puedes inferir que ya entendió. • Yo siento que es muy difícil, esto va más allá de cómo quieres ser tú como persona. • Te pueden enseñar toda la teoría, pero al final es cosa de ti.

	<ul style="list-style-type: none"> Yo siento que no te enseñan, es algo que tú te puedes dar cuenta, los tipos de valores que tienes y el tipo de persona que quieres ser y cómo vas creciendo. Cuando tú ves que alguien está haciendo algo mal, decidir continuar haciendo las cosas mal o decir eso estuvo mal yo voy a tratar de hacer las cosas diferentes cuando yo esté en su lugar.
Residentes de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> Se debe entregar previo a realizar cualquier procedimiento invasivo mínimo o grande Generalmente el único consentimiento informado que suelo aplicar es el de procedimiento mayor que lo utilizo para cuando se va a intubar un paciente, se le pondrá un acceso venoso central o se realizará una punción lumbar. Me acerco a los padres y les explico el procedimiento que se realizará con sus pros y contras, así como los problemas o efectos adversos que pueden ocurrir y les dejo el consentimiento informado para que lo lean y después me lo entregan firmado o me preguntan dudas si es que las llegaran a tener. Le informo acerca de su patología, posteriormente le explico los procedimientos necesarios para su abordaje, los riesgos y complicaciones que conlleva, aclaro sus dudas y por último pido su firma. Se explica a los familiares que es lo que se va a hacer, cómo se va a hacer, cuáles son los riesgos y beneficios
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> Previo a la realización de cirugías o intervenciones, para que así, sea clarificado cualquier tipo de dudas. Le explicas antes de su ingreso en qué consiste dicho procedimiento y qué autoriza al estar firmando y le pides que escriba con su puño y letra nombre completo y firma, si es analfabeta le pides su huella e idealmente hay testigos de la firma del documento. Corroboras antes de su cirugía o intervención que libremente decidió firmar el consentimiento Antes del procedimiento (para cirugías, transfusión) generalmente en preoperatorio.

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 32.

Conocimiento de los derechos de los pacientes por parte de los internos y médicos titulados.

Entrevistados(a)s	Respuestas
-------------------	------------

Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Yo creo que están escritos por todas las paredes, • pero nadie se los dice. • Los derechos de los pacientes a mí no me han tocado. • Lo más que he visto es que en todas partes ponen “los diez derechos del paciente o del médico”, pero así que digas yo médico voy y le voy a explicar los diez derechos del paciente pues no, tienen que leer o ser muy observadores, incluso es difícil de verlo, no es que están en un lugar a la vista del paciente, en plena sala o en algún lugar central • Se busca instigar a la paciente a que escoja algo que nos conviene a nosotros. • Supongo que todos tenemos ese chip de soy humano y tengo derechos, pero no sé cuál es y el paciente tampoco.
-----------------	---

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año en el Hospital Zambrano Hellion octubre 2019.

4.1.3 Modelo de comprensión crítica de la ciencia en público.

Categorías de análisis que detectan los modelos de comunicación de la ciencia en el campo clínico.

Tabla 33.

Comprensión de la importancia del consenso en el personal de salud

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Me ha tocado ver médicos titulares que escuchan al residente hablar con el paciente, nada más le dice qué hacer. Le pregunta si todo está bien, ¿todo bien? y no habla con el paciente. • Sigue siendo lo mismo, tienes pacientes informados, pero al final sólo reafirman, sí le explicas, pero ¿de qué sirve que le expliques si al final sólo dicen que sí? • Yo creo que estamos ahí, le das la información, pero la decisión como quieras es tuya. • Hay gente que le tiene tanto miedo a su enfermedad y dicen “confío mucho en tí, por conocimientos sé que tú sabes”.

	<ul style="list-style-type: none"> • Yo no estoy acostumbrado, que en el área pública recibir un no. • Me sorprendió al principio así que le dije “bueno es saber los riesgos que esto tiene para que no se le realice esto” y pues si me sorprendí el momento, pero ya después le expliqué los riesgos, sino quieres tu diagnóstico esas son las alternativas y ya después no sé qué pasó, pero el médico convenció la paciente de que si se realizará el estudio diagnóstico de su hijo • No les explicamos lo pones “puede causar muerte”, en la colocación de DIU, atención obstétrica, cesárea. • No se habla del DIU, es el consentimiento que a nadie le importa. • El de VIH, ahora en consulta como que lo he notado “Si no tienes el consentimiento del VIH, no le puedo hacer el elisa para VIH” pero el de DIU es de “ya se lo puse señora, me firma el consentimiento”. • Dice el residente “está bien, todavía tiene tiempo, todavía puede dilatar y bajar”, le dicen “no, ya se desembaraza”. Detesto esa palabra, “desembarazar”.
--	---

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año en el Hospital Zambrano Hellion octubre 2019.

Tabla 23.

Información del estudio o tratamiento hacia el paciente

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Por la cantidad de gente, era como de que "señora" firme si ni siquiera saben lo que están firmando, no, no se les informa. • En un consentimiento informado La verdad, yo no lo explico, no por mala sino porque no sé abordar no sé cómo abordar ese tipo de consecuencias como muerte con una paciente que me ve con cara de que yo soy estudiante porque la verdad por más doctores que nos digamos tenemos cara de niños chiquitos ¿Qué confianza da, que un estudiante que nada más está haciendo papeleo? en ese momento, le pueda decir sí señora, se puede morir.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ya que salió el paciente, es decirle que no firmó estos papeles, no les dicen del procedimiento que les hicieron hace dos días. • Un paciente que se quejaba mucho de un síntoma y nadie le explicó que sus medicamentos les iban a dar esos efectos secundarios. • Llegan complicados los pacientes, los están operando y los familiares no saben qué está pasando, no les informan nada.
Residentes de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • La razón por la que se realizará, el tipo de procedimiento, estudio o tratamiento que se hará, los riesgos, complicaciones y beneficios de este, el tiempo en que tardará. • Que es el procedimiento y en qué consiste, cuánto dura, si se pueden esperar efectos adversos, sus pros y contras. • Le informo los riesgos, beneficios y cómo es que será el procedimiento.
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico, tipo de tratamiento o intervención, tipo de estudio, beneficios, complicaciones, métodos alternativos. • Cómo, cuándo, dónde se realizará dicho estudio, tratamiento o procedimiento. • Los beneficios, los riesgos, qué pasa si no acepta y cuáles son las alternativas. Los beneficios, riesgos y para qué es el procedimiento. • Se explica el procedimiento a realizar, donde, cuando, el por qué se hará, el objetivo de este, lo que puede esperar, los beneficios de realizarlo, los riesgos y alternativas

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 24.

Respeto al paciente frente a un estudio o tratamiento

Entrevistados	Respuestas
---------------	------------

<p>Internos</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● A mí me tocó ver que el 25% de los partos tenían algún procedimiento innecesario en el 95% de los casos hicieron episiotomía sin anestesia ● Luego ponen en justificación del uso de fórceps de acortamiento del tiempo de dilatación y sólo se hizo porque la doctora se quiere ir a dormir a su casa y acorta el tiempo de del parto el procedimiento innecesario. ● En el ámbito público existe un poco menos de esa decisión, no dan alternativa, tal vez porque en el mismo lugar no hay otra opción aquí y pues se asume que no van a ir a otro lado. ● Desde el primer día me dijeron que verifique que no firme en donde dice que lo rechaza. ● A su ingreso se le pregunta, tienen que firmar un consentimiento, antes y después. ● En clase de propedéutica se nos hace hincapié de que tenemos que transmitir la información al paciente. ● Define la práctica de la medicina que es la abnegación entregar todo tu ser al cuidado de una persona, suena medio intenso, porque te descuidas a ti para cuidar a alguien más, pero siento que eso es parte de la medicina, dejar de pensar en ti un momento, lo que te molesta lo que no te gusta y empiezas a ser alguien más en ese momento. ● He visto doctores que, si el paciente no quería el DIU, los doctores se lo ponen. ● Pienso que, le informo todo, yo sé lo que le va a beneficiar, pero al final de cuenta es su cuerpo, su vida, y él tiene la última palabra y yo respeto más eso que mi conocimiento médico, yo estoy ahí para brindar apoyo. ● Me ha tocado hacer en la computadora los consentimientos y te deja en blanco las explicaciones, en el cuadrado blanco tenemos que explicar efectos alternos, cosas así, y pones un punto porque si no no lo puedes mandar a imprimir, es como ya hay algo ahí, realmente está en blanco los consentimientos (se ríe), nada más traen como un papel con una firma.
------------------------	--

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año en el Hospital Zambrano Hellion octubre 2019.

Tabla 25.

Comprensión del paciente en el campo clínico

Entrevistados	Respuestas
---------------	------------

Residentes de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> ● Muchos de los pacientes en los hospitales públicos carecen de comprensión. ● Cualquier persona en momentos de estrés entra en negación ● No
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> ● La mayor parte cuenta con secundaria completa, son pacientes que saben leer y escribir. Sin embargo, considero que situaciones socioculturales influyen en la comprensión de la información que se otorga. ● Por otro lado, si el paciente tiene deterioro cognitivo, solicitamos familiares para contar con el apoyo y las necesidades de actuar. ● La mayoría del tiempo sí comprenden todo cuando se los explicas ● si ● En muchas ocasiones, su nivel socioeconómico es una barrera grande para el pobre entendimiento de su padecimiento y de su manejo adecuado, igualmente existen pacientes que no desean ver la realidad a las cuales están sujetos.

Fuente: Elaboración propia con los datos del cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 26.

Consenso en la toma de decisiones

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> ● La paciente se siente predispuesta a que tiene que firmar y nadie dice lo contrario. ● Es lo mismo, no ha cambiado. En el ámbito público es más así, pero en el privado sí puedes llegar a deliberar. ● En el sector público, los médicos tomaban las decisiones de cómo iba a ser el manejo, decían “se les va a hacer esto, esto y esto, ¿está de acuerdo sí o no?” y si decían que sí se hacía, como que la paciente no tenía más opciones para dialogar con el médico de cómo iba a proceder, no es como que puedan decir, no quiero eso. ● También es más fácil decir “el médico sabe y él me va a llevar a lo seguro, ya no me preocupo, me quito una responsabilidad” ● Normalmente utilizas mucho lo del paternalista: vamos a hacer esto porque te va a ir bien. ● Sí se da la información, pero se impone.

	<ul style="list-style-type: none"> ● Siento que hasta en medicina privada, le imponen las cosas. ● Siento que es algo de medicina, tratar de imponer algo. Es como tú digas te va a recomendar algo un contador cuando el médico te dice algo. ● En el público lo que me ha tocado es que el médico pone el tratamiento y se lo va a dar a sabiendas que el paciente no va a un ambiente privado los médicos son mucho más cuidadosos, aun así, imponen, pero manipulan diferente porque saben que el paciente sí va a hacer preguntas, va a entender un poco más de lo que hablan, pueden preguntar por otro tipo de cosas o no estar de acuerdo. Aun así, el médico la mayor parte de las veces termina haciendo lo que sabe que es mejor o lo que quiere. ● En salud pública porque no tienen otra opción, no tienen a donde más irse. ● El médico en salud pública dice: aquí no la voy a volver a ver, si me reportan equis ● A mí me ha tocado casos donde la embarazada es una adolescente, entonces la mamá es la que está abogando y hace un rollo “no aquí mi hija le duele la panza” entonces va y se queja con alguien superior, y al final terminan haciendo lo que la paciente quiere.
<p>Residentes de Pediatría</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● En muchos de los casos no. Sólo se le explica que su paciente requiera tal o cual estudio y se explica el estudio y ya. ● Creo que muchas veces por la premura de realizar lo antes posible los estudios por la cantidad elevada de pacientes que se atienden. ● No es consensuada en ningún momento, se les informa que es lo que se va a hacer ● En mi opinión, las cosas que se realizan se hacen porque el paciente las necesita, no porque nosotros queramos hacerlas sin objetivo alguno. ● Es una de las diferencias con los hospitales privados, en donde se hace lo que el paciente quiere, como si ellos supieran más que los médicos de las cosas. En muchas ocasiones se les informa o pide el consentimiento, después de realizarlo.
<p>Residentes de Ginecología</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Depende del tipo de procedimiento. Generalmente se le avisa a las pacientes lo que tenemos pensado hacer y las pacientes están de acuerdo. ● Si se hace, porque se involucra al paciente en el proceso de atención de su patología. ● Sí, inclusive con familiares y con especialistas clínicos expertos en el área para contar con más credibilidad, información y aclaración de dudas.

	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, porque son sus derechos.
--	--

Fuente: Elaboración propia con los datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 27.

Alfabetización al paciente en el campo clínico

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudiantes, parece que tienen un poquito más de empatía de compasión. • En privada, las pacientes son como “mi doctor es el que sabe, a mí no me preguntes” • para eso están pagando para que él te resuelva, entregan una relación médico-paciente. Aparte muchas veces el mismo paciente ni siquiera se siente con confianza o con la habilidad o el derecho de preguntar. Me han tocado muchos pacientes que les dices “tiene esto y esto es lo que se hace o lo que queremos hacer, lo que podemos hacer” Y la paciente dice “OK” y nosotros preguntamos tiene dudas tiene preocupaciones quieres saber algo más y él responde “no, no pues usted sabe haga lo que tenga que hacer”. Muchas veces en el público no sé si no se siente con la confianza de preguntar de exigir o de querer hacer otra cosa en el público las pacientes ya están mentalizadas que muchas veces se les va a tratar mal”. • En el público es todo lo contrario, te empiezan a platicar, te empiezan a decir.
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • En muchas ocasiones sí o al menos se intenta • Al menos yo les trato de dar información de todos los aspectos o les informo que hay que hacer. Repito, por la cantidad de pacientes, a veces esto no se puede hacer. • Trato de enseñarles. • Se informa lo que se necesita saber cómo paciente, aterrizado en términos no médicos y de acuerdo con el estado sociocultural del paciente
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Se enseña y se informa acerca de los procedimientos en un nivel que ellas puedan entenderlo en un 100%, no se realiza

	<p>comentarios o palabras médicas precisamente porque va dirigido a una población no médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Siempre procuro explicarles todo lo que necesitan y está en mis manos para que tomen una decisión informada, aunque me tome más tiempo. ● Trato de enseñarles, sin embargo, muchas veces las pacientes sólo son vistas una vez por nosotros y ya hay un plan determinado a seguir. Por otro lado, las pacientes lo que quieren es la resolución del problema a corto plazo y eso es lo que hace que las decisiones tomadas en conjunto sean más difíciles. ● Se les informa para que puedan entender a lo mejor de sus capacidades
--	---

Fuente: Elaboración propia con los datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 28.

Interacción con el paciente

Entrevistados(a)s	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> ● En pediatría, aprendes en base a cómo responde la mamá del paciente lo haces en la práctica y resulta que no tienes un titular, sino entonces cómo aprendes y ves cómo responde el paciente. ● Le empiezas a preguntar cosas personales, hablarle por su nombre o si sabes que tiene hijos, preguntarle cómo le fue en sus embarazos anteriores... ● Tiene mucho que ver la actitud corporal cuando estás intentando hablar con ella, porque me ha tocado ver a internos que están de brazo cruzado “y bueno, ¿qué traes?” “ah tienes otros hijos, si sí qué bueno” como que los interrumpen a los dos segundos. Hay un estudio de eso, es muy común que personal de salud interrumpen a los pacientes en general, y no escuchan, es muy importante dejarlos hablar y hasta que saquen todo. ● Tienes tanta carga que, si no lo haces así, no vas a terminar.
Residentes de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> ● El paciente interactúa y opina o emite sus dudas sobre lo que se le informa que se debe hacer para el tratamiento en muchos casos. ● Generalmente interactúa haciendo preguntas acerca del tratamiento y el porqué del tratamiento. ● Muy poca y limitada, está determinada por la sobrecarga de trabajo. Se trata de hacer lo más eficiente posible.

	<ul style="list-style-type: none"> • Aproximadamente en 20% de los casos interactúan, y un 80% no. • En ocasiones si interactúa y en ocasiones solo se informa
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Se intenta realizar de forma conjunta la interacción, información y recomendación de tratamientos para que sea más sencillo de entender. • Se le pregunta si tiene dudas y se intercambia información hasta que el paciente esté satisfecho con los datos y se siente capaz de tomar una decisión. • Interactúa en algunos casos (manejos de sangrados uterinos anormales o en a consulta de ginecología) pero en muchos otros solo siguen indicaciones (por ejemplo, partos o cesáreas) • El paciente últimamente tiene la decisión de realizar o no cual o que tratamiento, siempre aconsejado por el médico, en caso de rechazo a tratamiento este debe aceptarse dando hincapié en riesgos y beneficios.

Fuente: Elaboración propia con los datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

4.1.4 Principios normativos bioéticos

Es importante reflexionar sobre los potenciales efectos negativos que trae el contribuir dentro del ámbito médico sin principios éticos. La práctica de la medicina se vuelve más sobria y se puede tornar, meramente en un negocio. La bioética al ser una competencia transversal comprueba las acciones ocurridas en los hospitales, por el personal de salud que se entrevistó, tanto en los grupos focales como en las entrevistas a profundidad desde las tres perspectivas planteadas en las Hipótesis de esta investigación: Comunicativa, el correcto uso del Consentimiento informado y de los paradigmas de la Comunicación de la ciencia de tal forma que legitima o enjuicia a la actuación médica.

El concepto de justicia en este ámbito será cubierto siempre y cuando se asegure la distribución adecuada y equitativa de bienes. El sistema de salud universal, tal vez sí lo sea

en términos teóricos solamente pero no en práctica, el trato al paciente no es el mismo en toda la población. Y es que parte de la idea de quién más paga mejor la recibe aun cuando esto no es moralmente justificable. La distribución por costo-efectividad tiene una brecha enorme en salud. Es importante considerar una estrategia desde la comunicación que haga posible una mejoría en el trato al paciente.

Como médicos, les falta comprender la importancia de acompañar al paciente. Es común caer en la práctica cotidiana de la medicina. En la comunicación efectiva en salud, el médico puede encontrar los medios y herramientas para llevar a cabo dicha práctica de una manera más completa. A través de la comunicación con el paciente se comprende el mensaje, para la toma de decisiones conjunta.

Categorías de análisis transversales a toda actuación profesional dentro del campo clínico:

Tabla 29.

Intencionalidad en la elección de la profesión médica.

Entrevistados	Respuestas
Residentes de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> ● Me parece desafiante atender a un niño que solo te muestra ciertos datos de su patología. ● Siempre he tenido preferencia y cierta inclinación hacia el bienestar de los niños en todos los sentidos, además de tener la posibilidad de entablar relaciones con sus padres que son un segundo paciente. ● Me encanta el crecimiento y desarrollo, así como las patologías de la edad pediátrica.
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> ● Me gusta que abarque el área clínica, quirúrgica y acompañas a la mujer en todas sus etapas. ● Tiene varios campos: consulta, quirúrgico, procedimientos. ● Es una especialidad muy completa al completar un área de consulta en el que se interviene de forma directa el seguimiento de las pacientes. ● Por la amplia variedad de campo clínico, es muy amplio, incluye: la realización de procedimientos quirúrgicos (ginecología, oncología, obstetricia, laparoscopia, colposcopia),

	estudios de imagen (ecografías), control prenatal, atención preconcepcional, con seguimiento incluso de por vida de algunas pacientes.
--	--

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 30.

Cualidades de un buen médico

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> ● También me ha tocado ver con médicos que nada más pasan. Y nada más pasan estar escuchando al residente. ¿Qué les está explicando qué onda con el paciente? Y el médico nada más le dice qué hacer. Le pregunta nada más, si todo está bien. ● Que sea congruente, que predique con el ejemplo, si lo que te dice que haga él no lo hace, ¿por qué me estás diciendo eso tú? que te diga que tienes que escuchar a los pacientes, que tenga paciente, que escuche. ● sean personas que en su trabajo estén a gusto, que sean felices porque muchas veces en el comportamiento se puede observar que no tienen esa vocación y cuando es muy fuerte su vocación o están felices en lo que están haciendo tienden a hacerlo de mejor manera. ● Los pacientes no se fijan en tu promedio, sólo se dan cuenta si fuiste buena persona. ● Aparte de lo que decían, su motivo de consulta no es lo que vas a tratar, sino que tomas en cuenta su preocupación, siento que confía más en ti, aunque su queja o consulta no es lo que tenía, pero abordó su preocupación. ● El paciente también quiere a alguien que lo escuche. Basas tus decisiones en evidencias. ● Ser honesto, pero no brusco, saber cómo ser honesto. ● Dar la opción de que puede rechazar el procedimiento porque el consentimiento es un derecho. ● Buena persona, honesto, paciente, tolerante, respetuoso, responsable, correcto. ● Incluyente, tomar el rol de enseñar al paciente, educarlo. ● Tratar al paciente independiente de todo, género, sexo, orientación, darle el trato por igual. ● solidario, empático, humilde, honesto, respetuoso, paciente, tome en cuenta los deseos de la paciente, no sea ignorante, puede ser un médico que sea muy amable y muy buena persona y no sepa nada, sea prudente, no diga comentario

	<p>que no van, que si no sepa vaya con alguien más, que sea ético, equidad con todos, hombre, mujer, orientación sexual, raza. Intentar no desquitarse con la paciente cuando uno tenga sus propios problemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienes que aprender a separar y a filtrar tu actitud hacia las personas
Residentes de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto, honestidad, seriedad, conocimiento claro y empatía • Empatía, habilidad de escucha y comunicación, capacidad de razonar, capacidad de aceptar que no sabemos todo y poder pedir ayuda a algún otro médico, aprendizaje diario y continuo. • Humilde, respetuoso, sensible, actualizado. • Responsabilidad, organización, transparencia, honestidad, serenidad.
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Ética, profesionalismo, humanidad, empatía, conocimiento. • Saber escuchar, tomar decisiones y reconocer cuándo hay que pedir ayuda • Empático, respetuoso, paciente, hábil, actualizado • Interés por sus pacientes, empatía, trabajo duro, responsabilidad

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 31.

Diferencias entre el conocimiento teórico y la práctica clínica

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • La mitad de las cosas las aprendemos haciendo. • En el materno me pasaba mucho, las pacientes me decían que no, me veían muy chiquito y decían que no y hasta que no vieran a alguien más grandecito y entonces ya sí. • Me pasó aquí en el Zambrano, yo hice la historia clínica estaban preparando una cesárea y el papá dijo que no estudiantes. • Ayer nos pasó con uno de los familiares dice: “tú eres estudiante yo no quiero estudiantes, fuera” y se salió y

	<p>pidió una residente. Va la residente y le dice, no, tú eres una señorita, no eres Doctora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y si es seropositiva no la llevan a su cuarto si es seropositiva es un show la aíslan. Me tocó que sí aislaron a una paciente VIH positiva en recuperación la operaron por cesárea, y luego en recuperación la dejaron aislada, aunque no tenía que estar aislada. • Yo lo que hago es preguntar si tienen alguna duda. • Ahorita que estamos en sector privado, también he notado la diferencia de cómo tratan, o sea a la paciente de un sector público se le insisten mucho en los métodos anticonceptivos y la tasa de que ellas se pongan es muy alta y aquí no se les insiste y nunca he visto que pongan un anticonceptivo aquí. • Depende de las decisiones del médico, si todas las decisiones están justificadas a base de un fundamento, ahí no creo que haya algún problema legal. • Yo veo en los residentes y en los compañeros que hay clasismo en los hospitales privados y públicos, porque en los públicos se sienten con más libertad de tratar no tan bien al paciente porque sienten que no va a ver repercusiones contra ellos y eso es lo que yo, incluso en residentes cómo se comportan aquí con pacientes y luego van a hospitales públicos como el Metropolitano y se comportan totalmente diferente con los pacientes. No les explica tanto, también va mucho la carga de trabajo, pero he visto que, si hay una desigualdad económica, la gente se siente con más libertad de hacer lo que ellos quieran y no tratar de lo correcto al paciente. Y luego lo peor es que si lo ves de tus superiores se te pueden pegar a ti si no te das cuenta. • Me acuerdo mucho de que teníamos que hacer un procedimiento a esta paciente y la paciente no quería, hasta físicamente se quitaba a los médicos, de no me toques y no quería que les pusieran nada en sus genitales. Y la estudiante de otra escuela pública dijo se lo tengo que hacer, es sostenerla y yo no voy a sostener a un paciente que no quiere. • Cuando estamos en gine hay diferentes personalidades, pero que los pediatras está súper padre ver cómo tratan a los pacientes, porque en gine son muchos diagnósticos, y en pediatría es como trátalo bien, escúchalos, pregúntale bien, haz todo para que ese paciente sea especial, luego habla con el paciente, lo visitas y le llevas algo. Lo llevamos y hablamos con él, le preguntamos mucho de su vida. Siento que de ahí
--	--

	<p>puedo sacar mucho de cómo tratar a los pacientes. En Gine el trato no es personal como en pediatría.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● En gine le dices “tienes que firmar este consentimiento porque si no, no la podemos pasar”. ● Hablándole calmado, por su nombre, de usted, le explicas todo tranquilo, si no entiende le vuelves a explicar, que no te vea desesperado que ya te quieres ir. ● Le das su atención a la paciente y no nada más que todo rápido, vas con la paciente, le dices “señora le voy a explicar esto, necesito que me firmes...” le das su tiempo pequeñito. ● Si es importante, como que sepan que tienen alguien ahí para ella. ● muchos concordamos que no nos gustan la manera en que tratan a muchas pacientes, que es la violencia obstétrica, entonces todo lo que vivimos es como que okey, eso es lo que no quiero hacer, en mi caso he visto como residentes le dicen a las señoras, casi casi les dicen “ya dejen de estar fregando” no les dicen en esas palabras pero les dan a entender que son un paciente más, “no grite” y es como pues ella también está asustada, sola, semidesnuda. Hay factores que hacen que no se sienten cómodas y aparte no le das un ambiente en donde se pueda sentir segura, contribuye a que la paciente esté más irritable. ● a mí me daría pudor, a veces llevo y veo residentes cuando les van a hacer un tacto y yo como que si les dejo las sábanas e intento dejarlas porque estamos en un área totalmente abierta, y la mayoría de las veces veo que llegan los residentes y quitan todas las sábanas a desnudos y se ve todo ● “la rutina” “robots, hacen lo mismo todos los días” “eventualmente se sensibilizan” “aprenden a hacerlo más rápido”, “muchos pierden el sentido”.⁶ ● También es un ambiente pasivo agresivo.
--	---

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año en el Hospital Zambrano Hellion octubre 2019.

⁶ Se observa que no es suficiente el desarrollo de capacidades comunicativas y existe una falta de sensibilización sobre la importancia del uso de la comunicación efectiva en salud como una competencia central de la educación médica para su desempeño ético profesional.

Tabla 32.

Conflicto entre lo aprendido y la realidad en el campo clínico.

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none">● No es lo mismo que le expliqué a una estudiante. No está mal que nosotros lo hagamos para practicar, pero debe hacerlo el médico que hace el procedimiento y generalmente nos lo asignan a nosotros● Noto mucha diferencia entre ambos sectores, público y privado. considero que la causa por la cual en el público no se da la explicación completa o asegura el consentimiento informado con la seriedad que se le debe de dar es por el flujo de pacientes,● Cuando van a pasar a una cirugía se le dice automáticamente señor por favor firme aquí para poder pasar a la cirugía, lo necesitamos para que pueda pasar si no pues no puede pasar. pero no se da en todo ese tiempo de explicarle todos los asuntos o riesgos de anestesia de lo que se usa.● En el privado si en notado que la atención es muy diferente este se les explica bien el paciente ya los otros familiares el consentimiento de que esto va a pasar en esta ocasión el procedimiento tiene sus riesgos y beneficios y luego viene la anesthesióloga después explicar lo mismo del consentimiento de anestesia● En el ámbito privado he notado que el paciente interactúa más con la toma de decisiones en el abordaje pues porque hay más tiempo al final de cuentas el paciente está pagando. (en los límites de esta investigación no se aborda el tema de calidad en la medicina, sin embargo, en las conclusiones puede verse que hay una diferencia en el paradigma)● Sí me sorprendí al llegar al hospital nosotros aprendemos todo a base de guías y estudios realizados, pero cuando ya llegas a la verdadera práctica clínica, te das cuenta de que no las toman tanto en cuenta.● Estas guías las tomas como pasos a seguir obligatorios, pero ya en la verdadera práctica clínica, sin nada más como recomendaciones. (de hecho, no, las NOMS, es lo mínimo requerido para el trabajo médico)● Muchos médicos dicen que esa es su experiencia y que en eso confían, más en su experiencia que en las guías (Todo lo no cumplido en las NOMS se justifica como aprendizaje basado en evidencias desde la práctica médica otro de los límites de esta investigación pues no se aborda este tipo de aprendizaje)

	<ul style="list-style-type: none"> ● A veces las guías de México no son las más actualizadas, pero hay estudios de Estados Unidos o España que tienen lo más nuevo y funcionan mejor y los médicos que estudian eso, lo aplican. (Las NOMS son lo más estandarizado para la práctica clínica a nivel mundial, lo cierto es que debe cumplirse con estas, y por supuesto, después las aplicaciones de otras prácticas médicas. ● Es muy diferente cuando lo ves y cuando lo haces. Hacerlo es relacionarte con el paciente de otra manera, te dicen que debes de ser empático y tienes que ser todo lo que te dicen. Cuando estas en frente del paciente cambia un poco tu perspectiva, te dicen que tienes que ponerte en los zapatos del paciente, pero siento que es algo muy complicado, esa persona está pasando por muchas cosas que yo nunca voy a entender. ● En clases no se explica completamente porque también se supone que debes de explicar otras opciones que tengan y es lo que he visto que a veces lo hacen incompleto, esto de la parte del consentimiento. ● En la clase te dicen que tienes que explicar todo esto, pero en la práctica no se hace. ● Un doctor que nos ha dado clases dijo: “ustedes están viviendo la medicina como yo lo viví y eso está mal porque ya cambió todo el contexto, pero todo sigue igual, internado guardias y así”. En todo el mundo ya cambió, pero bueno aquí en México no. ● Las NOM-evidencia de lo que estamos haciendo es correcto estadísticamente, es la biblia, lo que puedes hacer y no puedes hacer, para protegerte ● A mi me ha tocado que cuando le dan misoprostol le dan inducto fallida con 3 dosis, una vez me dijo a mí el residente “ve y dásela a escondidas y que no te vea” y ya era la cuarta dosis.
<p>Residentes de Pediatría</p>	<p>* Es en el ámbito privado donde lo que se aprende muchas veces dista mucho de lo que se hace, debido a que hay que mantener a los “padres a gusto para que no se te vayan” (palabras textuales de varios profesores), y se dejan llevar por lo que los padres quieren.</p>
<p>Residentes de Ginecología</p>	<p>En especial en aquellas personas que son influenciadas por otras opiniones de gente no experta.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Es un conflicto porque yo quisiera que todas tuvieran las mejores oportunidades para salir adelante; sin embargo, he aprendido que es su vida y no la mía y no puedo obligarlas a cambiar de parecer. ● Si, muchas veces. ● Generalmente es diferente, ya que los pacientes reales tienen una gama amplia de factores que pueden impedir una comunicación efectiva.

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 33.

Diferencias culturales de la relación entre el médico y su paciente

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> ● En el materno hay señoras que ni siquiera saben hablar bien, no articulan bien, entonces están diciendo algo y de verdad batallo demasiado para entenderles. Ni siquiera saben hablar bien, hablan como con pena. ● Hay señoras que hablan español, pero no es su lengua principal. ● A veces ponen palabras en lugares, donde no van ahí y así, entonces intentas preguntar si es a lo que se refieren. ● Existen muchas barreras culturales y lenguajes con algunos pacientes en algunos sectores, se encuentra más en los sectores públicos, pero podría pasar en cualquier lugar. ● A mí me tocó que un familiar del paciente era testigo de jehová y el paciente era un bebé, y tenía una condición que necesitaba sangre en ese momento y la mamá no quiso, entonces lo que pasó fue que se pasó a demandar, “yo demando del parte del niño porque (no sé qué dijo la interrumpieron)”. Como estaba su pediatra de que quería proteger los derechos de los niños, porque él estaba de “este niño aún no sabe si va a ser testigo de jehová, y nunca va a saber si le diste transfusión y uno de sus derechos fundamentales es preservar su vida” entonces pasó por un consentimiento por un juez y ya se le puso la sangre, pero la mamá seguía sin estar de acuerdo con esto. tenía 5 meses, estaba super chiquito. ● Yo creo que hay mucha desventaja ahí porque, aunque se baje el vocabulario a su nivel a veces no se puede o no va a entender exactamente cómo es lo que queremos explicar sobre los riesgos y beneficios lo que va a pasar con el procedimiento o lo que se tenga que hacer. ● Los de materno sí son tus maestros, ellos sí te explican, pero no los he visto convivir con los pacientes, dejan al residente ser el doctor por completo, entonces está muy hostil, el ambiente que se genera, al menos en el hospital es un ambiente muy hostil, las enfermeras también contribuyen a que el ambiente sea super hostil. Algo que me sorprendió mucho en mi primer día de guardia en el metro, fue que un residente en pediatría nos dijo “si quieren no perder su estabilidad mental, sean falsos, sean falsos con todos,

	<p>sonríeles bien a todos, si te gritan díganle sí ok, amigos con todos, nunca te pelees con alguien”.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siento que no afecta tanto la diferencia cultural sino la diferencia de poder⁷, no importa tanto lo que piensa la paciente sino lo que importa es que yo soy la que lo está tratando y ella fue la que tuvo que ir a ese lugar para ser tratada por ende se tiene que conformar conmigo. • Les he preguntado a las pacientes que han tenido embarazos múltiples porqué lo hacen, la mayoría de las veces es por cómo las tratan en sus casas, durante sus embarazos son reinas y no las hacen trabajar y no las mandan a la calle y tienen una vida mejor y deciden embarazarse otra vez.
--	--

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año en el Hospital Zambrano Hellion octubre 2019.

Justicia

Tabla 34.

Cumplimiento de los principios bioéticos en los médicos titulados dentro del campo clínico

Entrevistados	Respuestas
Residentes de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • Emito mi información con respeto y empatía. • Recibir atención médica adecuada, trato digno decidir libremente sobre su atención, al ser niños los que son mis pacientes, yo me acerco a trabajo social para que ellos vean por el bienestar y la buena salud del menor, si el procedimiento o medicamento es indispensable para la vida, confidencialidad, reciben información y atención oportuna. • Acceden a ellos ejerciendo su derecho de autonomía sobre su atención médica, informándose respecto a sus decisiones y opiniones.
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Acceden a sus derechos al ser atendidos. • Conozco el derecho a tener acceso a la atención médica, a ser tratado con respeto, dignidad y justicia, a rechazar el tratamiento médico, a respetar sus creencias y religión, a ser informado de los procesos, a decidir sobre su tratamiento. • Los pacientes pueden decidir si aceptan el tratamiento que se les propone, tienen derecho a pedir una segunda opinión.

⁷ Desde el punto de vista de Foucault, el nacimiento de la medicina moderna marcó un cambio decisivo en la estructura del conocimiento: una ruptura epistémica. No desafiar el paradigma dominante conduce a un mayor sufrimiento del paciente.

	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes en todo momento cuentan con escritos dentro de la institución donde se explican los derechos fundamentales de los pacientes, estos deben hacerse valer, el derecho a un trato digno, a una segunda opinión, a formar parte activa en la toma de decisiones de su manejo, y a estar informado de su estado actual.
--	---

Fuente: Elaboración propia con los datos obtenidos del del cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

No maleficencia

Tabla 35.

Cumplimiento de la no maleficencia dentro del campo clínico

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca le dices al paciente ¿lo acepta o lo rechaza? sólo dices firme aquí. No le dices qué lo puede rechazar. • Los médicos titulares nos dicen checa que no firme mal, checa que no firme en donde dice que no, que te firme arriba donde dice que sí lo acepta. • No lo ven como que ellos pueden tomar la decisión, sino como que tiene que estar firmado porque sino no va a proseguir. • Corresponde al médico explicar porque finalmente no es nada más el papel sino todo el fenómeno alrededor de eso. Es una cuestión de cómo está planteado en el hospital. • Creo que es una mezcla de paternalismo, falta de recursos y estadísticas. • En gine es como más paternalista que pediatría, pues está con dolores, va a tener un bebé. Aparte la relación es más directa, aquí es bastante indirecta la relación entre paciente, madre y médico. Tienes que ganarte a un tercero. • Hay personas que se pasan por el arco de triunfo las guías de práctica clínica, ya llevan 10 años haciéndolo y les ha funcionado y lo hacen. • Ellos le dicen medicina basada en la práctica. dicen “estamos usando medicina basada en la práctica”, como ellos lo han vivido y saben cómo funciona y siempre le resultan así.

Residentes de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • Pues atiendo a las necesidades de cada paciente y contestó de manera muy pobre en los hospitales públicos, a pesar de hacer nuestro mayor esfuerzo por que existe sobrepoblación del sector y somos muy pocos residentes
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente cuenta con sus derechos a recibir información, consejería y la elección de llevar a cabo intervenciones o no a pesar de ello. • No al 100%, todavía en todos los hospitales es una práctica clínica muy paternalista.

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

Tabla 36.

La confianza del paciente hacia el médico como principio de beneficencia

Entrevistados	Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Yo creo que lo primordial es ganarse la confianza. • Para detener la ansiedad y el miedo, hay que ser honestos con lo que va a suceder, explicar el tratamiento, qué va a pasar para que no se esté haciendo ideas la paciente. • A lo mejor lo que ella está pensando en su mente es mil veces peor que lo que realmente va a pasar, eso da miedo, si ya está informada, si ya sabe qué va a suceder, se puede tranquilizar un poco. • llegando a una buena comunicación con el paciente y después explicándole toda esa información al nivel al que se le necesita explicar con un vocabulario y términos que se necesitan. • En el materno están solas, no hay nadie que las “pele”, con trabajo nosotras las internas éramos las que nos acercábamos. El ginecólogo nunca les habló

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año en el Hospital Zambrano Hellion octubre 2019.

Cómo entender la perspectiva del paciente y atención a sus necesidades

Si bien la relación paternalista de siglos no consideró totalmente a la autonomía del paciente, el tono legal procura que esta sea respetada. El aumento de demandas médicas es la forma de defensa cada vez más común frente al desconocimiento de sus derechos como paciente y por la mala intervención comunicativa de los médicos en la consulta y los procedimientos clínicos. El nuevo paradigma de respeto al otro, toma fuerza.

Tabla 37.

El cumplimiento de autonomía del paciente en el campo clínico

Entrevistados(Respuestas
Internos	<ul style="list-style-type: none"> • Se supone que cuando hablas con el paciente tienes que hablarle en su idioma, en español, pero no médico, es decir explicarlo con analogías. También para tú saber que tu paciente está entendiendo es preguntarle, pedirle que te repita lo que le dijiste. ¿Qué entendió? Entonces el paciente explica con tus palabras como puede y sí está bien el doctor le dice así es, pero si está mal se lo trata de explicar de un modo que lo entienda (en pediatría) en teoría debería de leerse el documento detenidamente, asegurarse de que el paciente está leyendo ese documento, simplemente por honrar esa autonomía que tiene, sin embargo, sobre todo en el sector público, no hay el tiempo, no hay los recursos, hablando específicamente del médico, el mexicano tiene que hacerla de secretario, de enfermero, camillero, entonces por más ganas que tengas tú de honrar esa autonomía, y hacer las cosas bien por la misma falta de recursos, en muchas ocasiones no es posible. • Dialogando con el paciente, el diálogo incluye escuchar y responder. • Número uno, empatía, de nada te sirve tener todo el conocimiento si no eres empatía, pero eso siempre

	<p>pasa, la verdad, me he dado cuenta de que la carga de trabajo te impide seguir realmente al pie todos los protocolos que hay.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eso genera una mala práctica médica, porque no estás siguiendo los protocolos y se supone que están ahí por algo. La carga es tan excesiva que no te da tiempo de cumplirlos a la par. • Para cumplir un protocolo necesitas una cantidad de personas capacitadas. Estamos haciendo cosas al mismo tiempo. (cabe destacar que los internos llevan prácticamente todo el peso de la práctica clínica en los hospitales públicos cuando no les corresponde pues ni tienen aún las credenciales para hacerlo Cédula profesional con connotaciones legales).
Residentes de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • En conjunto con el médico tratante y su familiar. En ocasiones no estoy de acuerdo con ellas y si interfieren con el bienestar del paciente muchas ocasiones involucro a Trabajo social para que llegue al fondo de la situación familiar y veamos que se puede hacer por el paciente. • De manera consentida con sus padres. • Las reviso, analizo e informo a su médico tratante para tomar decisiones.
Residentes de Ginecología	<ul style="list-style-type: none"> • Por la necesidad de realizar la acción bajo la supervisión de un especialista o personal experto en el área, del mismo modo, se informa a familiares para que realicen una toma de decisiones conjunta • Las acepto, aunque no esté de acuerdo con ellas, con el paso de los años me he relajado y sólo acepto que no puedo cambiar su forma de pensar y que no son ni mis hermanas ni familia por lo que no me corresponde ese papel. • Se explican riesgos, beneficios, alternativas y se elige la opción que el paciente desee.

Fuente: Elaboración propia con datos de los grupos de enfoque a estudiantes de medicina de quinto año y cuestionario a profundidad aplicado a médicos estudiantes de especialidad en el Hospital Zambrano Hellion del área de ciencias clínicas octubre 2019.

4.2 Sondeo cuantitativo de respuestas de los pacientes encuestados

A continuación, se presentan en forma cuantitativa con una muestra no probabilística de 472 pacientes, las respuestas con base en las hipótesis planteadas en la investigación. En esta última fase, se establece un sondeo sobre el tipo de características deseables en una consulta y su concepción de lo deseable en un buen médico.

1. Suficiencia en la comunicación del binomio clínico:

Tabla 38.

Habilidades comunicativas deseables en un médico

Logre ser empático con su paciente
Dispuesto a escuchar
Atención suficiente y personal
Ser paciente y claro al momento de explicar
Capaz de facilitar información al paciente.
Abierto al diálogo
Disposición y sea accesible
Saber tratar las emociones del paciente. ⁸
Dar más tiempo a la explicación
Veraz
Que te crea los síntomas
Que hable claro
Que pida permiso para auscultar
Que tome en cuenta la información que le doy
Que sepa describir la situación del paciente
Que responda de manera correcta
Que motive a su paciente.
No malencarado
Que tenga amplio criterio
Dispuesto a hablar con los familiares si es necesario
No molestarse si el paciente investiga su caso

⁸ Mirar a los ojos al paciente cuando le atiende, el tono de voz conciliador y firme, el uso de las manos, los gestos son congruentes, la atención y la escucha activa que este tenga para su consultante, la postura corporal, los gestos faciales son parte importante de la comunicación no verbal, la compasión algunas veces confundida con empatía por los médicos, etc. Esta visión racionalista de las emociones a través de la comunicación no verbal aprendida, se considera superfluas e incluso obstructiva, sin embargo, Aristóteles hace más de 2500 años sostuvo una visión de las emociones formaba parte integral del pensamiento racional (Zulueta, 2013, p 120).

Que se cerciore que el paciente entendió su explicación
Que usen el historial médico para llevar un seguimiento.

Fuente: Elaboración propia con datos del sondeo cuantitativo de los pacientes encuestados en línea (agosto, 2019).

2. Uso correcto del consentimiento informado

Comprensión en lo que dice el médico

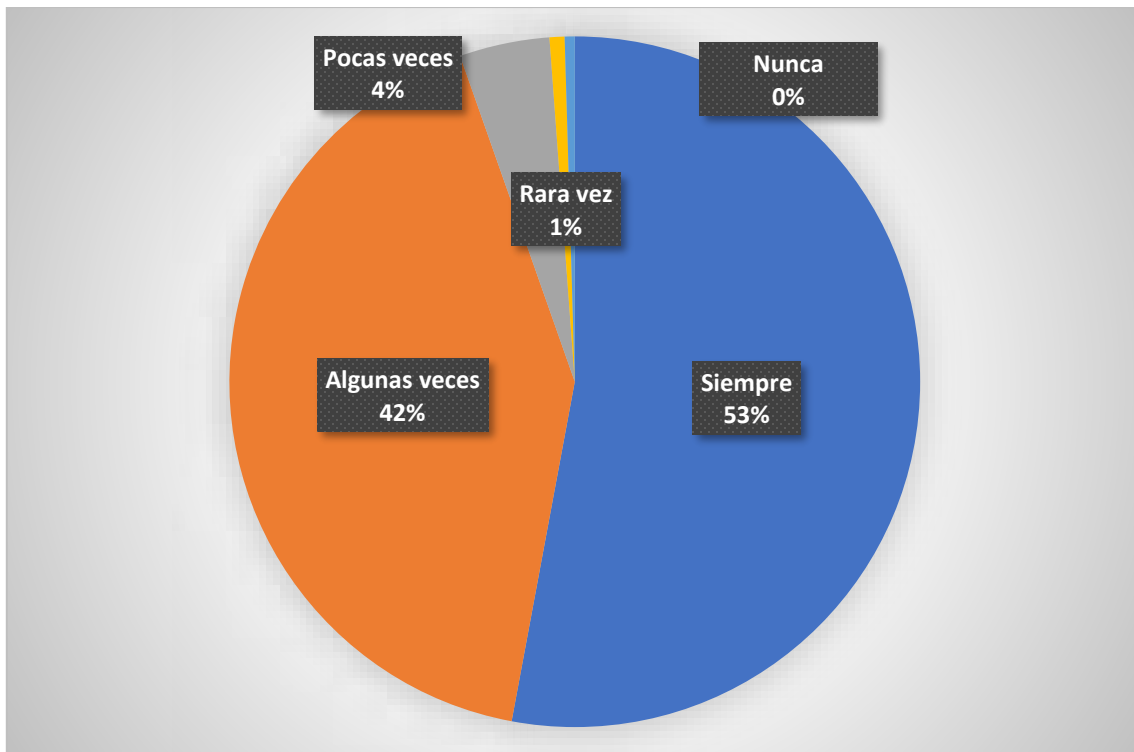


Figura 17. Comprensión en lo que dice el médico. Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019. Fuente: Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

¿Crees que se llega a un consenso a través entre los dos tú y el médico, o este solamente te informa o simplemente procede a actuar?

Hay consenso	Frecuencia	Porcentaje
Se llega a un consenso y se procede a actuar	182	42.7%
Se me informa y se procede a actuar	203	47.7%
Solo procede a actuar	41	9.6%
Total	427	100%

¿Se llega a consensuar?

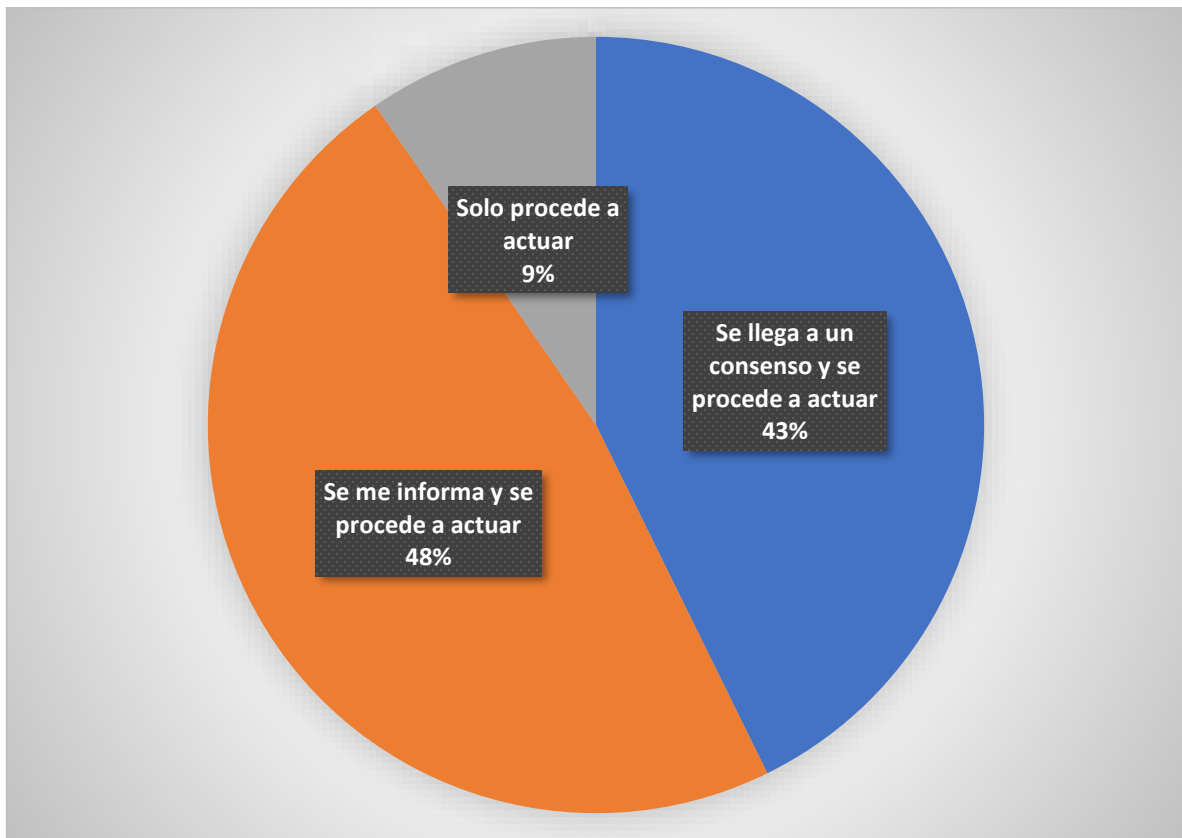


Figura 18. ¿Se llega a consensuar? Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Posible uso del modelo de comunicación de la ciencia utilizado por parte de los médicos hacia su paciente:

Existe una comunicación dialógica en la relación dentro de la consulta ¿Te dan opciones o solo el médico decide el tratamiento que tendrás?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí me da opciones y me invita a tomar una decisión personal	186	43%
Sí me da opciones pero manipula y aunque me recomienda, él toma la decisión	43	10%
Él toma la decisión en mi tratamiento y me informa solamente lo que debo hacer	198	47%
Total	427	100%

Existe una comunicación dialógica dentro de la consulta

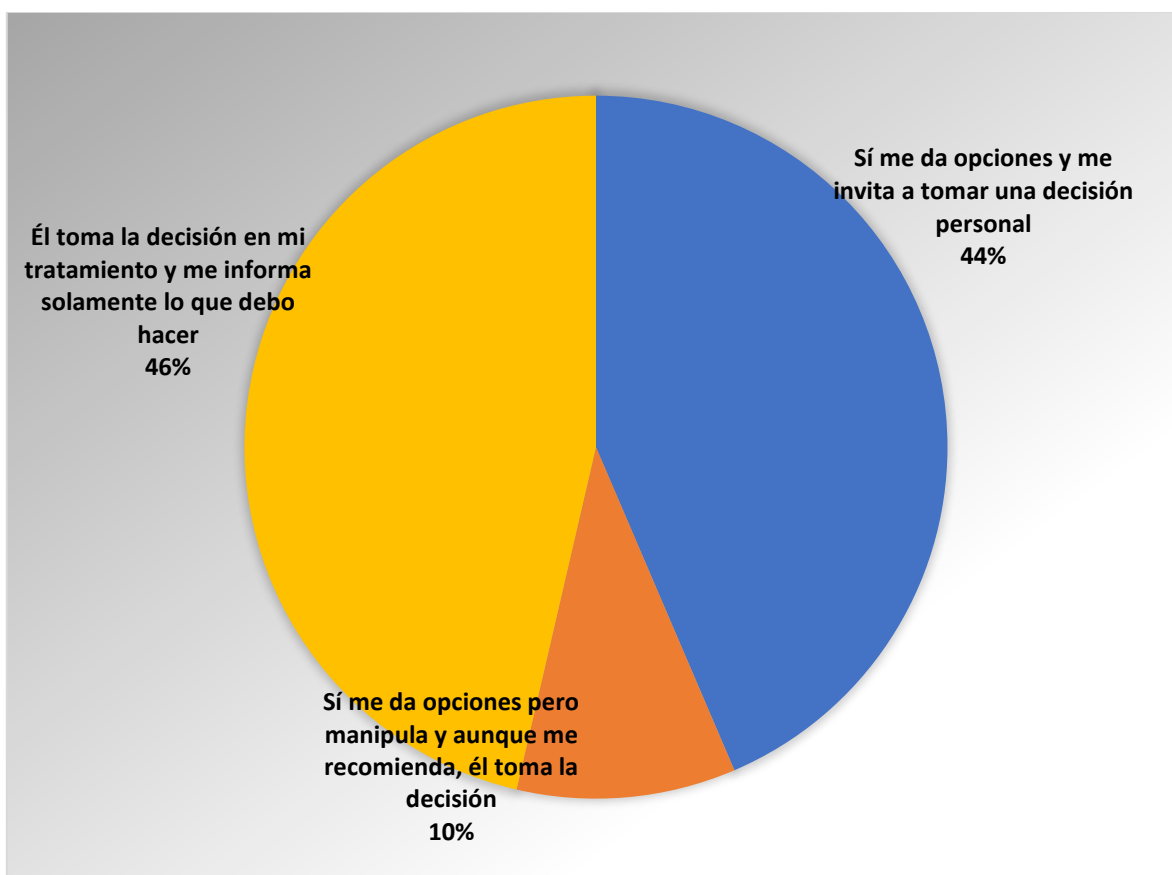


Figura 19. Existe una comunicación dialógica dentro de la consulta. Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Identificar si existe una verdadera atención centrada en el paciente o no

¿El médico se asegura de que comprendas (te explica) lo que te dice en consulta o sólo te receta?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	294	69%
A veces	123	29%
No	9	2%
Total	427	100%

Comprensión en lo que dice el médico

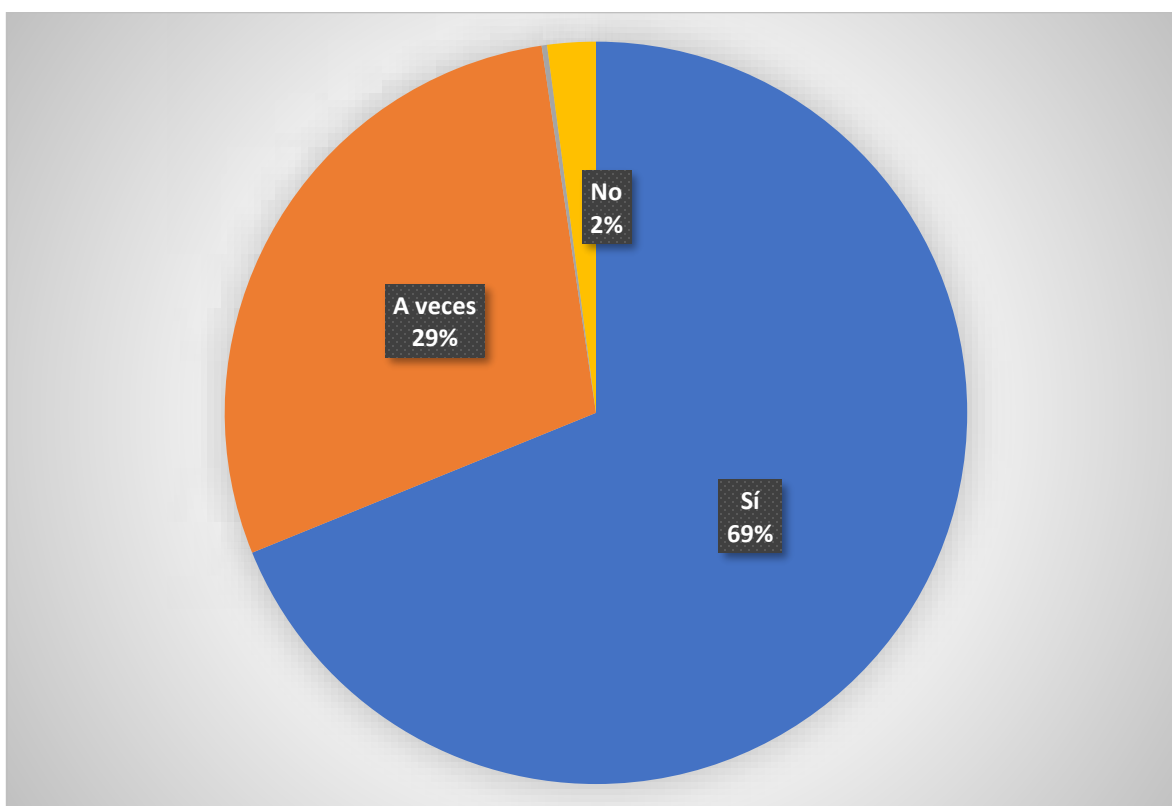


Figura 20. Comprensión en lo que dice el médico. Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuestas con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Existe alfabetización en salud dentro de la consulta en torno al paradigma de atención centrada en el paciente.

¿Tu médico te enseña como un maestro (en una escuela) lo que necesitas saber para alcanzar tu tratamiento?		
	Frecuencia	Porcentaje
Sí	210	50%
A veces	160	38%
No	52	12%
Total	427	100%

En la consulta el médico enseña al paciente

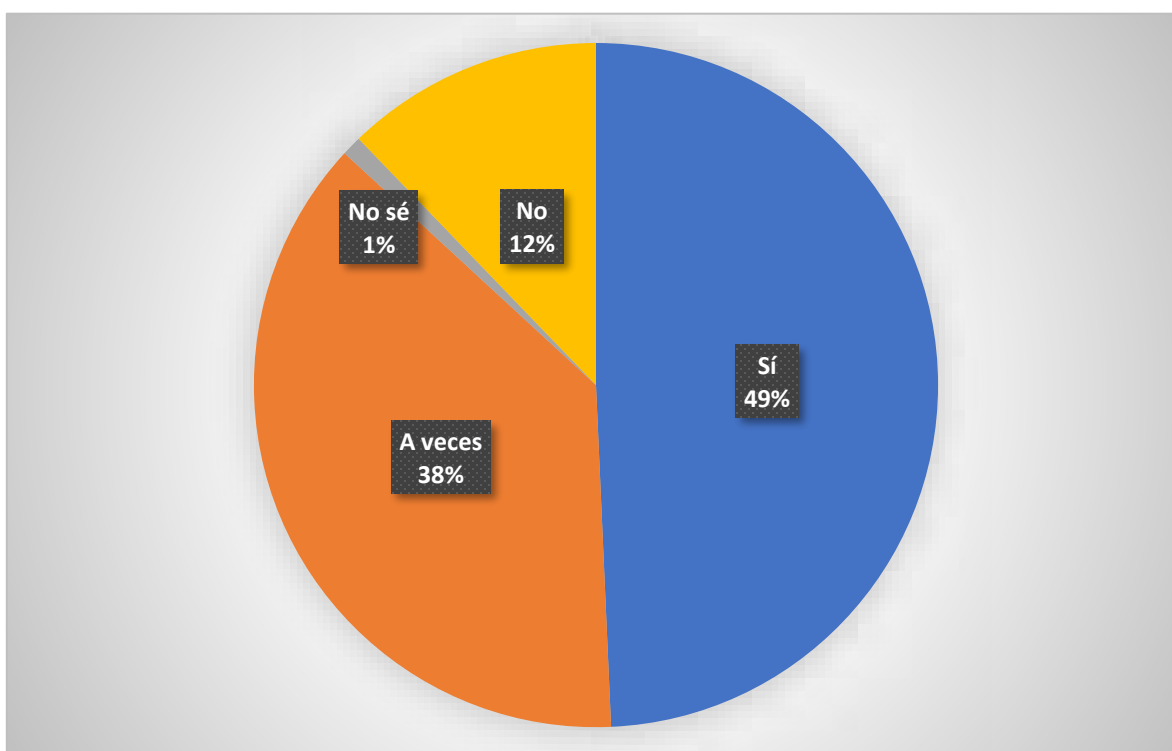


Figura 21. En la consulta el médico enseña al paciente. Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Comprensión del tratamiento

¿Comprendes claramente lo que el médico está diciendo sobre tu tratamiento?		
	Frecuencia	Porcentaje
Rara vez	3	1%
Pocas veces	18	4%
Algunas veces	178	42%
Siempre	226	53%
Total	427	100%

Comprensión del tratamiento

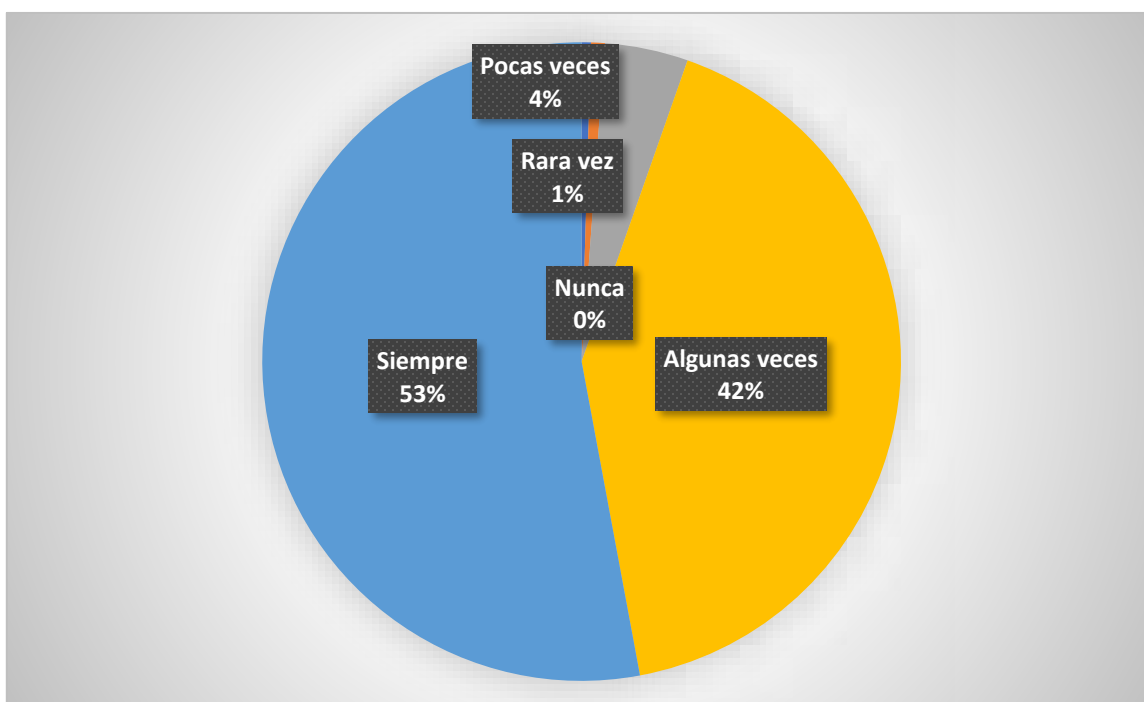


Figura 22. Comprensión del tratamiento. Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Habilidades ideales desde la comunicación de la ciencia de la salud al paciente

Comunicación pública de la ciencia según los pacientes

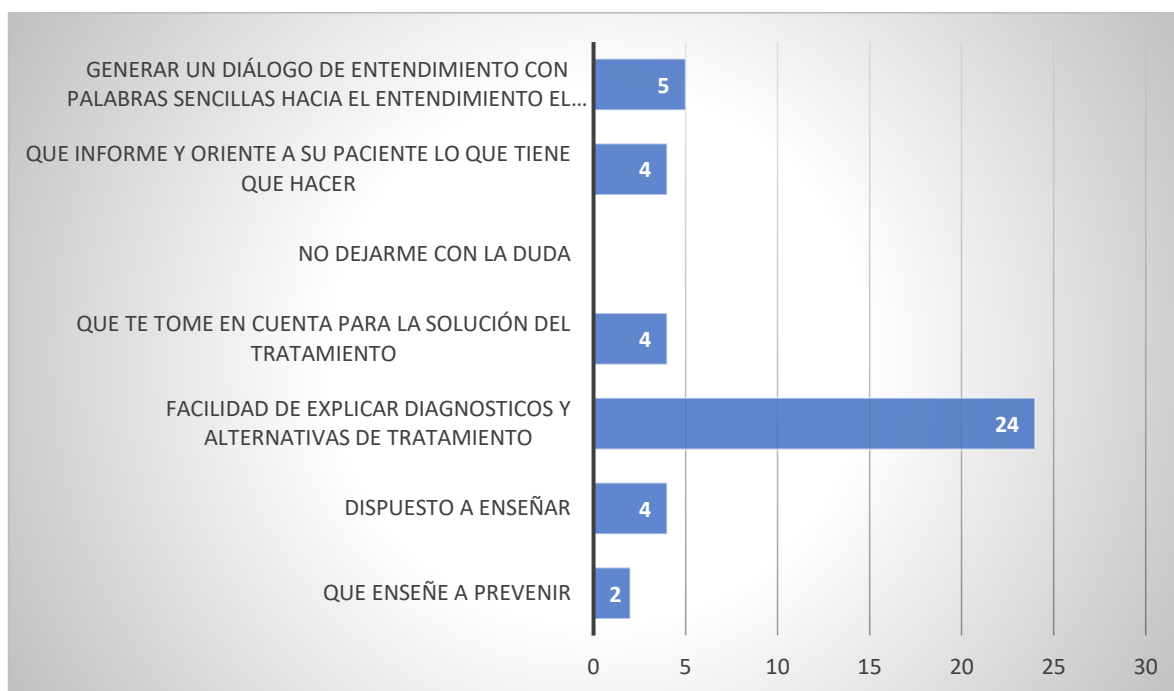


Figura 23. Comunicación pública de la ciencia según los pacientes. Elaboración propia con los resultados más incidentes obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Principios profesionales normativos bioéticos hacia su paciente en un hospital público:

interpretación de lo que es justo para un paciente en el trato

Justicia

Tabla 39.

Análisis: Justicia

Tabla	Frecuencia
Con vocación	15
Trato amable y buena actitud	15
Formado en trato al paciente	12
Dar trato digno al paciente	11
Actualizado.	8
Apasionado de su trabajo con los pacientes	7
Competente	6
Íntegro.	6
Comprometido	6
Incluyente	6
Asertivo	5
Experto	4
Debe tener los suficientes conocimientos	3
Puntual	3
Acertado en el diagnóstico	3
Preparado	2
Prudente en la calidad y cantidad de consultas	2
Preocupado por el paciente	2
Debe cumplir con el paciente moralmente además de científicamente	2
Dispuesto a dar seguimiento	1
Dispuesto a tratar a quien lo necesite	2
Que tenga buen criterio	2
Explorar y hacer estudios	2
Dispuesto a dar un buen tratamiento	2
Que de tratamientos al alcance del paciente	2
Directo	2
Experimentado	1
Dar el tratamiento adecuado	1

Recetar de manera personalizada de acuerdo con su historial clínico	1
Preciso para manejar el mejor tratamiento.	1
Dedicado	1
Pensamiento crítico	1
Curarte	1
Visión amplia	1

Fuente: Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Cuál es un trato justo según los pacientes

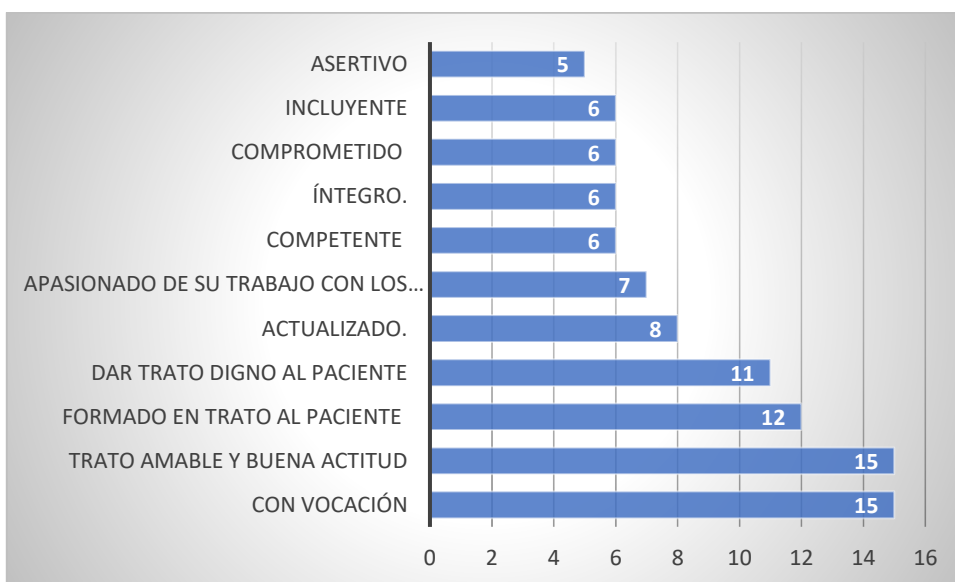


Figura 24. Cuál es un trato justo según los pacientes. Elaboración propia con los resultados más incidentes obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Respuestas cuantitativas como sondeo a los pacientes sobre lo que respecta a la no maleficencia por parte del médico

Tabla 40.

Concepción de actitudes no maleficientes según los pacientes

Concepción de actitudes no maleficientes según los pacientes.	Frecuencia
Respetuoso	73
Honestidad	48
Amabilidad	29
Analítico	9
Que no inventen el diagnóstico	7
Que no sea prepotente.	6
Amigable en su trato.	6
Imparcial	4
Disciplinado.	3
Decidido	3
Que tenga la humildad de referenciar cuando no pueda	4
Que no haga tratamientos que no necesita	1
No inventarse cosas para dar un diagnóstico	1
Pedir una segunda opinión si es necesario	1
Disponibilidad	1
No tener prejuicios	1
No prescribir lo que él maneja como tratamiento	1
Que no haga esperar a los pacientes más de 15 minutos	1
Que no saque ventaja de la enfermedad	1
Que no se deje llevar por sus conocimientos para obviar los cómo se siente el paciente	1
Que no vea por su interés económico	1
Que no pida estudios innecesarios	1
Que recete por enfermedad, no por marcas de medicina	1
Tener humildad, no sea prepotente	1
Organizado	1
Indagar sobre la enfermedad de su paciente.	1

Fuente: Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Cuál es un trato no maleficente según los pacientes

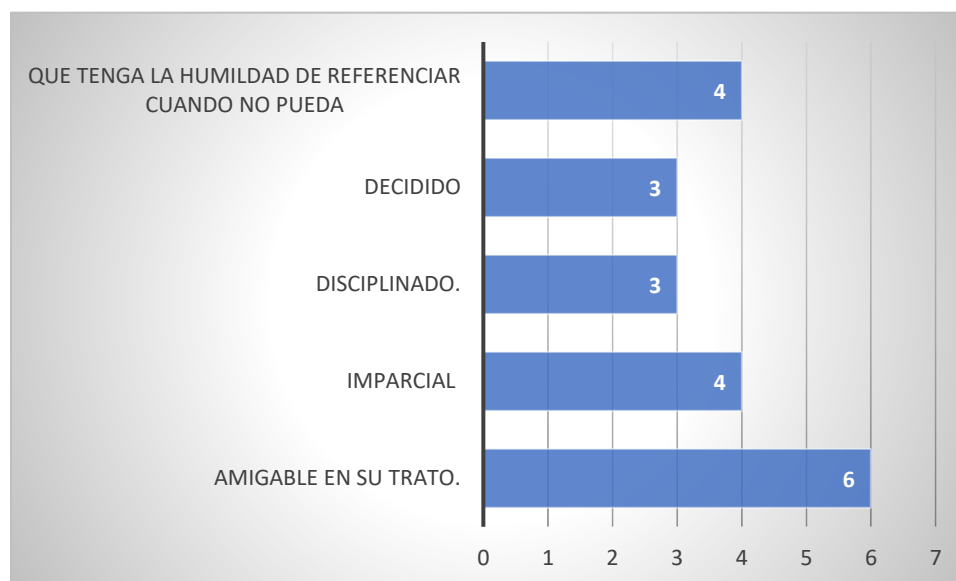


Figura 25. Cuál es un trato no maleficente según los pacientes. Elaboración propia con los resultados más incidentes obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Respuestas cuantitativas como sondeo a los pacientes sobre lo que respecta la beneficencia para un paciente en el trato por parte del médico

Tabla 41.

Concepción de actitudes benéficas

Concepción de actitudes benéficas.	Frecuencia
Trato humano	37
Ser paciente con el paciente	35
Me haga sentir segura	18
Responsabilidad	15
Busca el bienestar el paciente	13
Que no inventen el diagnóstico	7
Que no sea prepotente.	6
Amigable en su trato.	6

Cuidadoso en la manera en que actúa	5
Imparcial	4
Hablar con la verdad y ser transparente	4
Que tenga la humildad de referenciar cuando no pueda	4
Ser considerado	4
Estar informado	3
Ser sensible	3
Que tenga actitud de servicio	3
Disciplinado.	3
Decidido	3
Sabio	2
Eficaz	2
Conocimiento suficiente	2
Cordial	2
Espíritu de servicio	2
Atento a las necesidades emocionales del paciente	2
Dar seguimiento	2
Liberal	2
Capacidad de observación	2
Ser preciso	2
Ecuánime	1
Consciente	1
Laico	1
Compasivo	1
Analítico	1
Que no haga tratamientos que no necesita	1
No inventarse cosas para dar un diagnóstico	1
Pedir una segunda opinión si es necesario	1
Disponibilidad	1
No tener prejuicios	1
No prescribir lo que él maneja como tratamiento	1
Que no haga esperar a los pacientes más de 15 minutos	1
Que no saque ventaja de la enfermedad	1
Que no se deje llevar por sus conocimientos para obviar los cómo se siente el paciente	1
Que no vea por su interés económico	1

Que no pida estudios innecesarios	1
Que recete por enfermedad, no por marcas de medicina	1
Tener humildad, no sea prepotente	1
Organizado	1
Indagar sobre la enfermedad de su paciente.	1
Tolerante	1
Pasión por conservar la vida	1
Atento a las necesidades físicas	1
Comprensivo	1
Práctica	1
Disciplina	1
Conciso	1

Fuente: Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Cuál es un trato beneficente según los pacientes

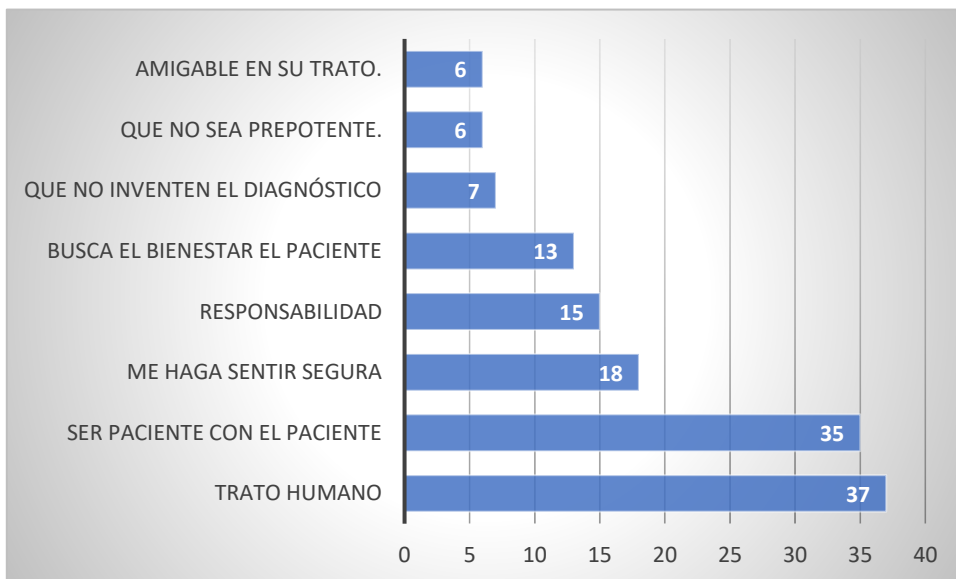


Figura 26. Cuál es un trato beneficente según los pacientes. Elaboración propia con los resultados más incidentes obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Respuestas cuantitativas como sondeo a los pacientes sobre lo que respecta a una interpretación de lo que conviene a un paciente en el trato por parte del médico para ser tomador de decisiones

Autonomía

Cuál es un trato autónomo según los pacientes

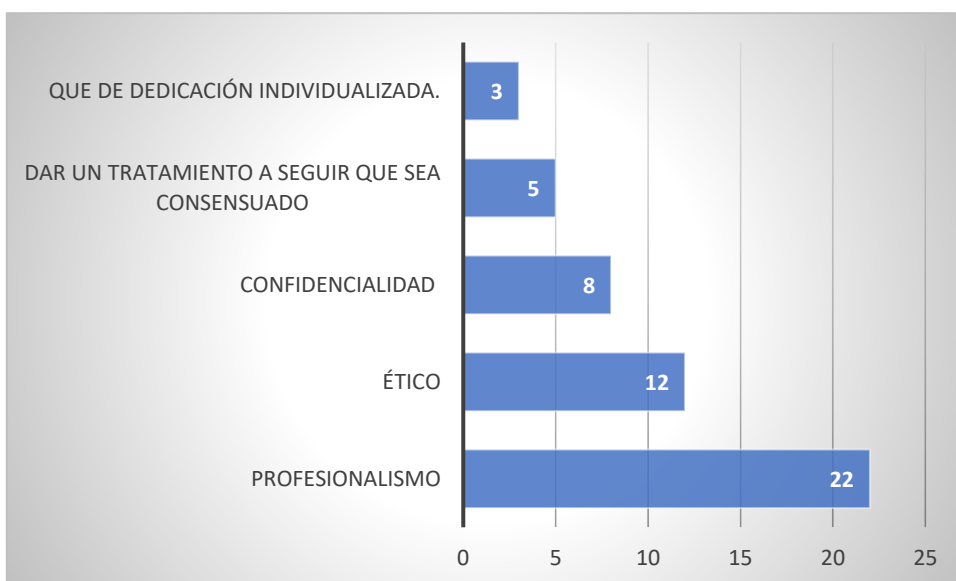


Figura 27. Cuál es un trato autónomo según los pacientes. Elaboración propia con los resultados más incidentes obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Concepto de una consulta ideal entre el médico y el paciente:

La educación médica es una experiencia estresante y a veces abrasiva que puede producir cinismo e insensibilidad, es indispensable por lo tanto no perder la consciencia de lo que los pacientes conciben como un buen médico, aparentemente no tiene que ver con las credenciales o lugar de estudio, sino con las características y competencias comunicativas y humanas del profesional de la salud.

Características deseables en un médico por parte de los pacientes

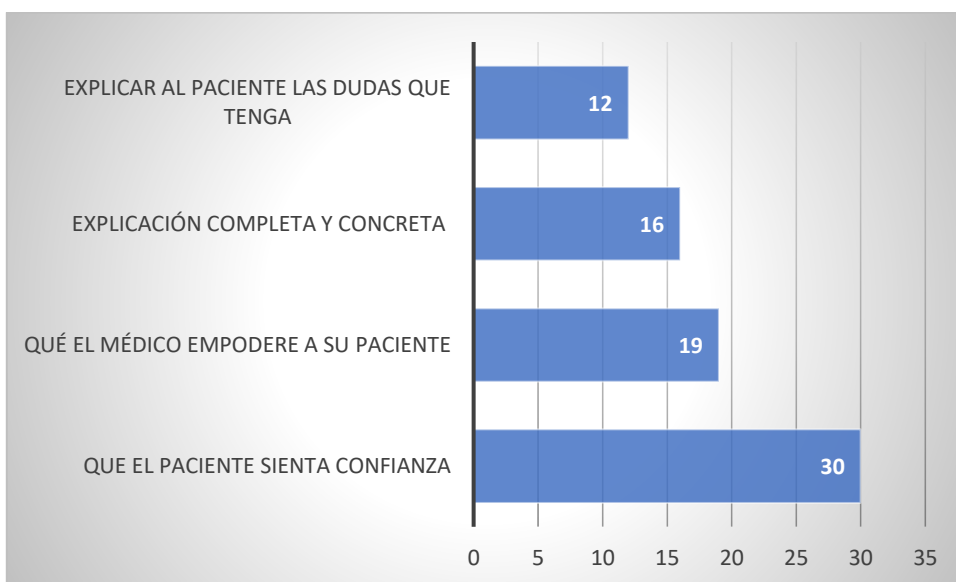


Figura 28. Características deseables en un médico por parte de los pacientes. Elaboración propia con los resultados más incidentes obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Tabla 42.

Características de una consulta ideal entre el médico y el paciente

	Frecuencia
Que el paciente sienta confianza	30
Qué el médico empodere a su paciente	19
Explicación completa y concreta	16
Explicar al paciente las dudas que tenga	12
Que explique con lenguaje común o analogías al paciente.	5
Que me explique a mi altura y no me haga sentir como un tonto	5
Que explique el procedimiento a seguir	4
Que explique la situación detenida y correcta.	4
Que explique el tratamiento, cómo, cuándo y dónde se verá la mejoría	3
Que explique la condición médica	2
Que explique el porqué de su tratamiento	2
Explique resultados y consecuencias	2
Que se asegure que el paciente comprendió	2
Que el médico no decida por él	2
Que informe a su paciente lo que tiene que hacer	2
Explicar lo que puede suceder si no atiende a las recomendaciones médicas.	2
	1

Explicar el diagnóstico hasta que el paciente entienda lo que debe de hacer	1
Que explique el padecimiento	1
Que el paciente esté bien informado	1
Que el paciente de opciones de tratamiento	1
Que considere lo que tú le estás diciendo	1
Que acepte tu decisión	1
Que facilite la comunicación	1
Que el paciente entienda el diagnóstico	1
Que atienda las dudas de su paciente	1
Ayudar a que el paciente no se sienta abrumado	1
Que dé consejo al paciente	1
Consensuar un tratamiento	1
Que el médico dé su punto de vista	1
Qué el médico de la información completa	1
Que se asegure de que entienden sus pacientes	1
Que tome en consideración lo que dice el paciente.	1

Fuente: Resultados obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Tabla 43.

Qué se espera en el trato al paciente

Recibir atención médica adecuada
Recibir trato digno y respetuoso
Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
Decidir libremente sobre tu atención
Otorgar o rechazar tu consentimiento sobre un tratamiento
Ser tratado con confidencialidad
Obtener una segunda opinión
Recibir atención médica cuando hay urgencia
Contar con un historial clínico
Cuando te informes por la atención médica recibida, tener derecho a ser entendido

Fuente: Elaboración propia con los resultados más incidentes obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

Habilidades deseables en un médico (no en los indicadores)

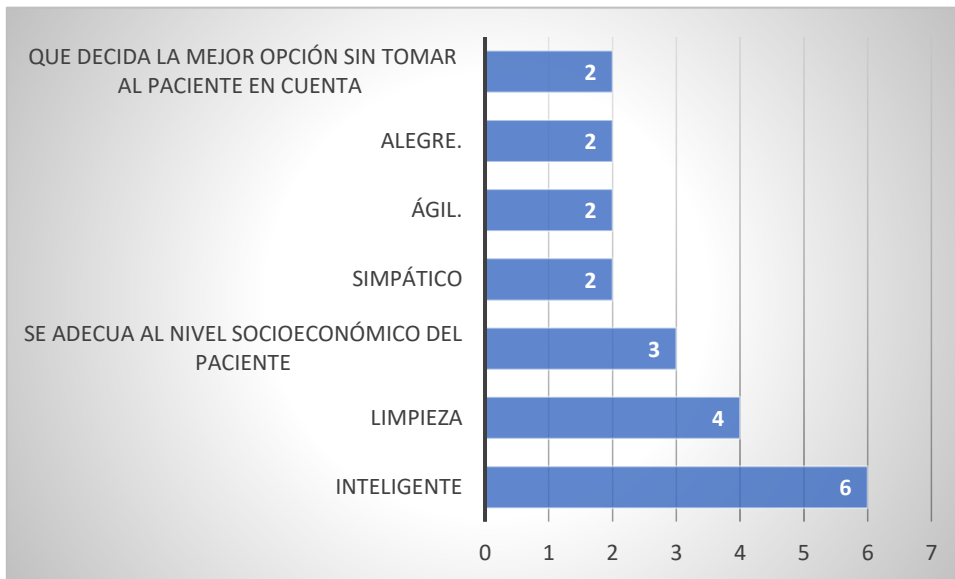


Figura 29. Habilidades deseables en un médico (no en los indicadores). Elaboración propia con los resultados más incidentes obtenidos de un sondeo cuantitativo de encuesta con una muestra no probabilística aplicada a 472 pacientes en agosto de 2019.

4.3 Discusión

Se comprobó en la primera hipótesis que el uso de la comunicación que se ofrece por parte del médico tratante al menos más de la mitad las veces no es suficiente, ve muchas veces a las personas como números, con etiquetas y enfermedades a ser resueltas, y aún no se atiende al paciente como un ente consciente de su tratamiento clínico. La rutina del médico, junto con la falta de entrenamiento humanístico, hace perder la noción de valorar la confianza que un ser humano deposita en otro para restablecer su salud.

Se aporta evidencia a la hipótesis dos, la falta del uso correcto del consentimiento informado y se normaliza la desigualdad, ya que la relación médico-paciente somete a una jerarquización desde el modelo paternalista. El documento, por cuestiones legales, no puede

ser encomendado a los internos, pues éstos no cuentan con una cédula profesional, sin embargo, se evidencia ser una práctica cotidiana en los hospitales como el Metropolitano y el Materno Infantil en donde los internos toman responsabilidades como la que aquí se observa.

A mayor jerarquía del médico, menos escucha y viceversa; aunque en la formación del estudiante de medicina la escucha es crucial en sus tareas a desarrollar en el campo clínico, y no debe desaparecer, pues la falta de voluntad y acción del gremio médico se ponen en riesgo, pues existen políticas que protegen al paciente y de no ponerlo en consideración habría en un futuro, un aumento en las consecuencias legales.

En la tercera hipótesis, en donde el modelo de comunicación de la ciencia utilizado por parte de los médicos hacia su paciente no corresponde al modelo de comprensión crítica de la ciencia en público, se encontró que el modelo CUSP se sigue tomando como una simple recomendación.

En la hipótesis cuatro, cuando el médico sólo se enfoca en la enfermedad, éste no cumple con los principios, sino que se sumerge en tablas, censos, números y objetiviza al paciente, no le reconoce como un semejante. En la elección de la profesión médica, se puede hacer bien o mucho daño directo a las personas y si el médico actúa con conocimientos y capacidad el paciente percibirá la intencionalidad del acto clínico.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

De acuerdo con los objetivos planteados, se realizó un diagnóstico de los modelos de comunicación en salud y el uso del consentimiento informado y su aplicación en la práctica clínica y se encontró que, si bien es inútil responsabilizar únicamente al gremio médico, no es correcto tampoco tomar a la comunicación con una actitud que no tome importancia a ésta, o se excusen que por la falta de tiempo eviten procedimientos, en este caso preciso como el mal manejo en el uso del consentimiento informado. Los profesionales de la salud deben evitar los abusos de poder y fortalecer la necesidad de una relación entendida desde la comunicación, como un diálogo recíproco de los distintos actores, como autoridad dialógica, y que no únicamente se reflejen los intereses del grupo dominante ya mencionado avalados desde el Informe Belmont.

Si bien el uso del consentimiento informado está sujeto al tiempo, las habilidades, y la conciencia que tenga el médico titular en turno, que oriente en el campo clínico a los médicos internos. Se puede observar en los resultados como es que los documentos se otorgan de manera ilícita al momento del alta médica, en el quirófano, la mayoría de las veces sin haberles dejado leer, habiendo explicado y mucho menos otorgado la posibilidad de elección en su tratamiento.

Se verificó si existía una educación de comunicación efectiva en salud y si se da la alfabetización en salud por parte los internos de medicina y en los médicos de cuarto año de especialidad en el campo clínico y se encontró que esta, a pesar de ser una ciencia joven, al igual que cualquier otra disciplina, se aprende de manera formal y se va perfeccionando con

la práctica, tanto como las habilidades adquiridas para ser ejecutadas en los hospitales, que son los internos quienes más conciencia tienen sobre la importancia de la dialógica en el binomio clínico y que se va perdiendo está conforme van creciendo en conocimiento técnico de su especialidad en el área médica, en algunos casos se enfatiza el caso de ginecología y obstetricia.

Se identificó el uso del consentimiento informado, ya que parte de los internos de medicina y los médicos de cuarto año de especialidad mencionaron utilizarlo con sus pacientes en los hospitales de salud y se llegó a coincidir con las recomendaciones de otros países, en que se deben redactar con palabras mucho más comprensibles al paciente y deberán de sustituir los consentimientos anteriores que son escritos en términos legales y lenguaje médico que, si bien no eximen de legalidad, puedan ser cortos, claros, comprensibles y sin tecnicismos, para que las personas que tengan una educación básica puedan entender el objetivo del documento, los beneficios, molestias, riesgos, opciones, alternativas y derecho de revocar el mismo.

Un documento escrito no sustituye la necesidad de ser alfabetizado y abordado por su médico quien deberá disminuir la ansiedad del paciente, evitar que éste tenga miedo, evitar la desinformación y tratar de generar confianza en el procedimiento próximo a consensuar, rechazar o acordar con el interesado.

Se detectó que el modelo paternalista que coincide con la valoración pública de la ciencia y la tecnología (el PAST) que ve al paciente como espectador, y el modelo informacional que coincide con el compromiso público con la ciencia y la tecnología (PEST) donde el paciente se ve como receptor de la información, son utilizados aún por los internos de medicina y en los médicos de cuarto año de especialidad en el campo clínico con sus pacientes en los hospitales de salud, y de forma mucho menos incidente el modelo de

comprensión crítica de la ciencia en público (CUSP), donde el paciente como interactor del modelo clínico, no es tan popular como debería ser cincuenta y tres años después de modelos, tratados, lineamientos, simposios y temas adheridos a la currícula educativa del médico en formación hoy en el 2023.

En el campo clínico actual, sólo debería ser válido el uso del CUSP propuesto por Tinker, (2015, p.13)Apel en donde existe un diálogo informado y consensuado entre las partes. Dicho cambio estructural e histórico apuesta a la gestión, la comunicación, en una comprensión crítica del abordaje médico que sea contextual y multidimensional, en donde participen los involucrados y se proponga un consenso terapéutico. Este ejemplo es claro cuando desde la comunicación pública de la ciencia se establece que es la cultura científica (médica en este caso), la que se incorpora a la cultura popular en la vida del paciente.

De no ser así, la imagen pública médica se irá socavando en contra de la profesión médica. Al no haber la confianza suficiente para establecer una relación terapéutica habrá, por tanto, un aumento en las demandas médicas al no haberse cumplido lo que legal, normativa, ética y desde la comunicación se espera en la relación .

En el campo clínico se comprobó que los principios profesionales normativos que se aplican por parte de los internos de medicina y los médicos tratantes en la relación con sus pacientes en el campo clínico, quienes estudian pediatría y tienen interacción con alguno de los tutores de los menores, se encuentran con mucho más dificultad de tomar decisiones libres, como por ejemplo, ejercer el paternalismo a la hora de tomar decisiones sobre algún tratamiento para el paciente menor y al mismo tiempo están más obligados a tener una comunicación más dialógica, bilateral en donde los interesados acuerden una decisión conjunta, no así con los casos obstétricos y ginecológicos en donde la incidencia dialógica es

mucho menor y hay una alta tendencia a no cumplir con el modelo de comunicación crítica de la ciencia en público y por lo tanto recurrir en prácticas paternalistas en el trato clínico.

Con base en estos resultados, se propone un programa de estrategias que promueva la comunicación efectiva para mejorar la relación como uno de los modelos prácticos en la comunicación dialógica, en el cual cualquier omisión de información general implicaría el incumplimiento de un diálogo. Este modelo dialógico necesita escucha activa, comprensión, negociación y consenso, como lo propone el modelo dialógico del interlocutor válido en Karl Otto Apel.

Se propone también establecer un programa de redacción de consentimientos informados en la Facultad de Ciencias de la Comunicación ad hoc a los servicios clínicos y hospitalarios que cada clínica o recinto sanitario ofrezca para que de manera asequible se logre una decisión informada.

Al establecer el primer contacto, deberá hablarse con palabras simples y comunes que establezcan una intención dialógica con el paciente, evitar tecnicismos como por ejemplo: epidural, dilatación, kristeller, contracción, episiotomía, etc., o incluso frases “clave” que tornan maleficiente y dolosa la intención comunicativa dentro del ambiente hospitalario, como “darle galleta”, “desembarazar”, etc., sátiras o eufemismos no necesarios en momentos de miedo, incertidumbre, desconocimiento y dolor que parecen ser comunes en el campo clínico, de tal manera que se pueda establecer un diagnóstico claro y pertinente acorde con el o la paciente en turno es imprescindible respetar el consenso de Toronto y establecer una comunicación verbal asequible y comprensible para los pacientes.

Los cuatro principios bioéticos deben estar al mismo nivel de cumplimiento. La autonomía del médico está relacionada de forma equitativa con la autonomía del paciente a la hora de poder darle las herramientas o elementos de toma de decisión para un mutuo

acuerdo, de otra forma, el médico incurre en maleficencia e injusticia. De no otorgar la posibilidad de asegurar la capacidad de decisión, informada, voluntaria y libre del paciente, será un abuso de confianza y por lo tanto se comete maleficencia en el trato médico.

5.2 Propuesta

La propuesta como una estrategia de innovación educativa de esta investigación estriba en promover que los médicos deban adquirir las competencias de los especialistas en el campo de la comunicación efectiva en salud para avanzar en la mejora de la relación médico-paciente como innovación educativa, como un tipo de comunicación dialógica especializada en salud, en la que se especializan según su elección, por ejemplo en obstetricia para las circunstancias, de la mujer en el parto, en oncología las formas de abordaje al paciente vulnerado, en geriatría sobre cuidados paliativos en el manejo de un lenguaje especializado en el trato al paciente en el final de la vida, en pediatría, en comunicación efectiva para la infancia, etc., como lo propone Renata Schiavo, una de las investigadoras especialistas que se abordan en el Marco Teórico de esta tesis.

De la observación de los comportamientos distintos entre los estudiantes de quinto año de carrera, y los residentes, los primeros están más atentos a las necesidades del paciente, por lo que es necesario que las figuras a seguir en los médicos titulares, cirujanos, etc., sean quienes les enseñen, por medio del ejemplo y la práctica, la necesidad del uso de las herramientas de comunicación como es el consentimiento Informado.

Considerando que no existen pacientes iguales, los documentos correspondientes a los consentimientos informados en México deberán de ser cambiados por otros modelos y recursos como pueden ser infográficos y videos como sucede en otros países, para poder establecer una construcción del conocimiento para la interiorización de elementos de la

cultura médica (Vigotsky) como una intervención clara para que los pacientes logren la comprensión para el beneficio de su salud.

Se propone hacer uso de material audiovisual para entablar una comunicación pública de la ciencia como un medio de alfabetización en salud, para el conocimiento en la práctica de las Normas Oficiales, el uso correcto del consentimiento informado y la profundización de la comunicación en salud, como la base fundamental de la relación.

Los derechos de los pacientes no son negociables y se deben respetar y proteger con el interés del respeto a las Normas Oficiales que los ponen en el mismo nivel que cualquier otro médico titulado a nivel mundial, el resguardo del Estado, así como el respeto a los cuatro fundamentos bioéticos de ser beneficiente, no maleficiente, justo y autónomo tanto para el médico como para su paciente, al interactuar mutuamente para el establecimiento de las políticas sociales que actualmente esperan ser legítimas dentro del Estado de Nuevo León y del resto de la República Mexicana.

Las condiciones actuales de trato jerárquico a los pacientes evidencian una educación incompleta basada en el tratamiento del soma de un cuerpo biológico sin tomar en cuenta las dimensiones socio emocionales y comunicativas del paciente que se ven opacadas por el sistema burocrático y médico centrista.

Es indispensable luchar por la autonomía humana. Childress afirmaba que es el principio de autonomía lo que facilita el logro evolutivo. Las ciencias exactas y las ciencias humanas en el principio se comprendían como indisociables y esto dejó de existir en el positivismo. Desde el nacimiento de la Bioética se rescata la autonomía del paciente en donde el experto obra su acción sobre el otro que es igual a él.

Por último, la responsabilidad médica debe traducirse en un compromiso auténtico por el uso de las normas oficiales, entendido como el respeto y la aplicación de las normas

mínimas y civilizatorias normadas en forma de leyes y de las reglas de las instituciones públicas como es el gobierno y los reglamentos hospitalarios o las cláusulas establecidas por los comités de bioética dentro del campo clínico como la parte palpable y viviente de una responsabilidad social profesional de la medicina.

5.3 Recomendaciones

La comunicación establecida ya como una competencia central en la educación médica no debe ser soslayada como una capacitación extra, sino parte de la malla curricular y nombrarla en el campo médico como lo que es, una de las cinco competencias básicas para un médico en el trato al paciente.

El médico debe considerar que el uso de la comunicación como ciencia social para mejorar su práctica clínica que le permita establecer una dialógica transparente y honesta con su paciente, colocándolo al centro y podrá garantizar un desempeño verdaderamente profesional y a la altura de cualquier otro colega.

Si bien es indispensable su conocimiento científico, es a través del lenguaje y las formas de comunicación, verbal, no verbal, kinésico, tono de voz, etc., en que las transmisiones de los mensajes irán penetrando en la audiencia denominada pacientes y se irá retroalimentando el feedback en la comunicación. Es importante comprender que no solamente se trata de ser inteligente en lo técnico, sino de actuar inteligentemente y ello implica compromiso, voluntad y tiempo a través de un trato humanizado que le proporcione a su paciente seguridad a lo largo de un tratamiento clínico, lo que ocasionará la lealtad y su adherencia al tratamiento.

Dentro de las recomendaciones de la presente investigación, se encuentra la correcta operatividad de los indicadores para una intervención desde la enseñanza de la medicina en

las universidades alineadas a las normas legales nacionales e internacionales desde una perspectiva integral en la comunicación con el paciente:

Es injusto que quien depende de un médico como profesional en el área en el que se desempeña, sólo utilice al paciente como una herramienta a componer sin tomarle en cuenta como persona. El profesionalismo médico se va a ver comprometido en la medida en que a quien se le otorga una licencia para atender pacientes no los ve con dignidad y respeto, sino como un problema a solucionar de manera individual.

Es imprescindible ver al paciente como una entidad digna de respeto, independientemente del prejuicio de quien está enfrente de una persona ignorante de su condición de salud y está expectante del manejo de la misma a través del respeto universal y comprensión de sus diferencias como edad, sexo, escolaridad, estrato socioeconómico, habilidades, cosmovisión, religión, etnia, etc. Ya no es justificable el paternalismo positivo a través de preconcepciones como el “no va a saber lo que le conviene, yo sí”, etc.

Ante una situación que se siente sin control, los pacientes permanecerán inseguros, desinformados, con incertidumbre, desconfianza y miedo. La falta de información, la incertidumbre y la sensación de que deben tener una voz mínima, justifica fácilmente que sea mejor no preguntar. La lengua evoluciona a través del tiempo y la sociedad, lo que provoca que se extingan algunas palabras y usen unas más que otras, por lo que se propone el uso de la palabra **consultante o enfermo**, en lugar de *paciente*, pues acerca a la interacción del binomio en términos de educación pública de la ciencia en la práctica clínica.

BIBLIOGRAFIA

- Accorinti, S. (2002). Matthew Lipman y Paulo Freire: conceptos para la libertad. *Utopía y praxis Latinoamericana*, 7(18), 35-56.
- Adashi, E. Y., Walters, L. B., & Menikoff, J. A. (2018). The Belmont Report at 40: reckoning with time. *American Journal of Public Health*, 108(10), 1345-1348.
- Agoritsas, T., Deom, M., & Perneger, T. V. (2011). Study design attributes influenced patients' willingness to participate in clinical research: a randomized vignette-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(1), 107-115. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.007>
- Alcíbar, M. (2015). Comunicación pública de la ciencia y la tecnología: una aproximación crítica a su historia conceptual. *Arbor*, 191(773), 1-13.
- Alexander, L. (1949). Medical science under dictatorship. *New England Journal of Medicine*, 241(2), 39-47.
- Allende-Pérez, S., Cantú-Quintanilla, G., & Verástegui-Avilés, E. (2013). La trascendencia del Consentimiento Informado en bioética y la complejidad de informar al paciente terminal su pronóstico en la primera visita: visión del paciente y familiares en el Instituto Nacional de Cancerología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(4), 244-249.
- Apel, K. O. (1991). Teoría de la verdad y ética del discurso. *Paidós*.
- Apel, K. O., & Dussel, E. D. (2004). Ética del discurso y ética de la liberación. *Trotta*.
- Apel, K. O. (1985). La transformación de la filosofía. *Taurus*.
- Apel, K. O. (1985). ¿Límites de la ética discursiva? En A. Cortina (Ed.), *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria* (pp. 233-262). *Sígueme*.
- Aristóteles. (2004). Ética Nicomaquea. *Gredos*.
- Armando Ortiz, P., & Patricio Burdiles, P. (2010). Consentimiento informado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(4), 644-652. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70582-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70582-4).
- Bandura, A. (2017). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. En *Recent Developments in Criminological Theory* (pp. 135-152). *Routledge*.
- Barranquero, A., & Baeza, C. S. (2012). Teoría crítica de la comunicación alternativa para el cambio social. El legado de Paulo Freire y Antonio Gramsci en el diálogo Norte-Sur. *Razón y palabra*, (80).
- Bassante, A. M., & Rosero, D. (2023). Esferas, inspirando proyectos sociales, educativos y culturales. *Esferas (Guayaquil - Impresa)*, 4, 96-100. Recuperado de <https://doi.org/10.18272/esferas.v4i.2925>
- Beauchamp, T. L., & Laurence, B. (1987). Las responsabilidades morales de los médicos. *Labor*.
- Bedoya Hernández, M. H., & Builes Correa, M. V. (2009). El acto médico como ética de la relación. *Iatreia*, 22(1), 47-54.
- Behrendt, C., Golz, T., Roesler, C., Bertz, H., & Wunsch, A. (2011). What do our patients understand about their trial participation? Assessing patients' understanding of their informed consent consultation about randomised clinical trials. *Journal of Medical Ethics*, 37(2), 74-80. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/jme.2010.035485>
- Beltrán Pérez Rojas, L. (2008). Aportes del Estructuralismo a la Identificación del Objeto de Estudio de la Comunicación. *Razón y Palabra*, (63), Universidad de los Hemisferios, Quito, Ecuador.

- Bergenmar, M., Johansson, H., & Wilking, N. (2011). Levels of knowledge and perceived understanding among participants in cancer clinical trials - factors related to the informed consent procedure. *Clinical Trials*, 8(1), 77-84. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1740774510384516>
- Bernhardt, J. M. (2004). Communication at the core of effective public health. *American Journal of Public Health*, 94(12), 2051-2053.
- Bertucci, A., & Queirolo, M. (2008). Alfabetización científica. Responsabilidad social de los científicos. Resúmenes del Congreso Iberoamericano de Ciudadanía y Políticas Públicas de Ciencia y Tecnología. *Madrid*.
- Bianco, A., Zucco, R., Nobile, C. G. A., Pileggi, C., & Pavia, M. (2013). Parents Seeking Health-Related Information on the Internet: Cross-Sectional Study. *Journal of Medical Internet Research*, 15(9), 268-277. Recuperado de <https://doi.org/10.2196/jmir.2752>
- Binetti, P. (2011). Más allá del consentimiento informado: la relación consensual. *Cuadernos de Bioética*, 22(3), 509-516.
- Black, L., Batist, G., Avard, D., Rousseau, C., Diaz, Z., & Knoppers, B. M. (2013). Physician recruitment of patients to non-therapeutic oncology clinical trials: ethics revisited. *Frontiers in Pharmacology*, 4(1), 25. Recuperado de <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00025>
- Blanco López, Á. (2004). Relaciones entre la educación científica y la divulgación de la ciencia. Asociación de Profesores Amigos de la Ciencia: EUREKA. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, p.p. 70-86
- Bolster, D., & Manias, E. (2010). Person-centered interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(2), 154-165. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.021>
- Bowes, A., Dawson, A., & Bell, D. (2012). Ethical Implications of Lifestyle Monitoring Data in Ageing Research. *Information, Communication & Society*, 15(1), 5-22. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/1369118X.2010.530673>
- Breitsameter, C. (2010). Medical decision-making and communication of risks: an ethical perspective. *Journal of Medical Ethics*, 36(6), 349-352. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/jme.2009.033282>
- Broks, P. (2006). *Understanding Popular Science*. McGraw-Hill Education (Reino Unido).
- Brown, R. F., Shuk, E., Butow, P., Edgerson, S., Tattersall, M. H. N., & Ostroff, J. S. (2011). Identifying patient information needs about cancer clinical trials using a Question Prompt List. *Patient Education and Counseling*, 84(1), 69-77. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.005>
- Brown, R., Bylund, C. L., Siminoff, L. A., & Slovin, S. F. (2011). Seeking informed consent to Phase I cancer clinical trials: identifying oncologists' communication strategies. *Psycho-Oncology*, 20(4), 361-368. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/pon.1748>
- Gutiérrez F, María E, Ball Vargas, Manuela S, & Márquez, Emilia. (2008). Signo, significado e intersubjetividad: Una mirada cultural. *Educere*.
- Budapest, D. (1999). Declaración sobre la Ciencia y el uso del saber científico. In *Conferencia Mundial sobre la Ciencia para el Siglo XXI: un nuevo compromiso*.
- Budin-Ljosne, I., Teare, H. J. A., Kaye, J., Beck, S., Bentzen, H. B., Caenazzo, L., ... Mascalzoni, D. (2017). Dynamic Consent: a potential solution to some of the challenges of modern biomedical research. *BMC Medical Ethics*, 18. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0162-9>

- Bunge, M. (1972). *La Ciencia su Método y Filosofía*. Ed. Siglo XX, Buenos Aires, Argentina.
- Bylund, C. L., Brown, R. F., Bialer, P. A., Levin, T. T., di Ciccone, B. L., & Kissane, D. W. (2011). Developing and Implementing an Advanced Communication Training Program in Oncology at a Comprehensive Cancer Center. *Journal of Cancer Education*, 26(4), 604-611. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s13187-011-0226-y>
- Bylund, C. L., Brown, R., Gueguen, J. A., Diamond, C., Bianculli, J., & Kissane, D. W. (2010). The implementation and assessment of a comprehensive communication skills training curriculum for oncologists. *Psycho-Oncology*, 19(6), 583-593. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/pon.1585>
- Byrne, M. M., Kornfeld, J., Vanderpool, R., & Belanger, M. (2012). Discussions of Cancer Clinical Trials with the National Cancer Institute's Cancer Information Service. *Journal of Health Communication*, 17(3), 319-337. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.626500>
- Calvo, M. (2002). ¿Popularización de las ciencias o alfabetización científica? *Ciencias*, (66)
- Cambra, U. C., & Herrero, S. G. (2013). La I Guerra Mundial y los orígenes de la Teoría de los Efectos. El caso de aliadófilos y germanófilos. *Historia y Comunicación Social*, 18, 125-138.
- Caride, J. (2015). La educación social ante los Objetivos del Milenio y sus procesos de desarrollo. *Revista Educación Social*, 61, 11-23
- Carpeggiani, C., & Picano, E. (2016). The radiology informed consent form: recommendations from the European Society of Cardiology position paper. *Journal of Radiological Protection*, 36(2), S175-S186. Recuperado de <https://doi.org/10.1088/0952-4746/36/2/S175>
- Center, H. (2004). Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas. *Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*, 11, 1-79.
- Châtelet, F. (1998). *Una historia de la razón*. Pre-Textos. España.
- Clayman, M. L., Makoul, G., Harper, M. M., Koby, D. G., & Williams, A. R. (2012). Development of a shared decision-making coding system for the analysis of patient-healthcare provider encounters. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 367-372. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.06.011>
- Coathup, V., Teare, H. J. A., Minari, J., Yoshizawa, G., Kaye, J., Takahashi, M. P., & Kato, K. (2016). Using digital technologies to engage with medical research: views of myotonic dystrophy patients in Japan. *BMC Medical Ethics*, 17. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0132-2>
- CODAMEDY | Comisión de Arbitraje Médico de Yucatán. (2023, 23 de junio). Recuperado de <http://codamedy.ssy.gob.mx/>
- Cófreces, P., Ofman, S. D., & Stefani, D. (2014). La comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, 19-34.
- Comisión Presidencial Coordinadora de la Política del Ejecutivo en Materia de Derechos Humanos - COPREDEH. (2011). Recuperado de <https://www.corteidh.or.cr/>. Recuperado el 25 de abril de 2023, de <https://www.corteidh.or.cr/tablas/28141.pdf>
- Comunicación pública de la ciencia y la tecnología: una aproximación crítica a su historia conceptual. *Arbor*, 191(773), a242. Recuperado de <https://doi.org/10.3989/arbor.2015.773n3012>

- Conbioética. (s.f.). Consentimiento informado. Extraído el 4 de julio de 2020, de https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído el 28 agosto de 2021, de <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos>.
- Cortassa, C. (2008). Comprensión pública de la ciencia. El papel de las representaciones sociales en la interacción epistémica entre expertos y públicos. En *Resúmenes del Congreso Iberoamericano de Ciudadanía y Políticas Públicas de Ciencia y Tecnología*. Madrid: FECYT.
- Cortés Vázquez, E. B., Ramírez Guerrero, E. M., Olvera Méndez, J., & Arriaga Abad, Y. D. J. (2009). El comportamiento de salud desde la salud: la salud como un proceso. *Alternativas en Psicología*, 14(20), 78-88.
- Cortés, D. E., Drainoni, M. L., Henault, L. E., & Paasche-Orlow, M. K. (2010). How to Achieve Informed Consent for Research from Spanish-Speaking Individuals with Low Literacy: A Qualitative Report. *Journal of Health Communication*, 15, 172-182. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499990>
- Cortina, A. (1995). Karl-Otto Apel. Verdad y responsabilidad. En K.-O. *Apel: Teoría de la verdad y ética del discurso*. Barcelona.
- Cortina, A. (1993). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos.
- Cortina, A., & Conill, J. (2000). 10 Palabras clave en ética de las profesiones (pp. 13-28). En *10 Palabras clave en ética de las profesiones* (pp. 13-28). España: Verbo Divino.
- Couceiro, A. (2009). Cinco mitos sobre la enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina. *Revista Educación Ciencia y Salud*, 6(2), 68-74.
- Coulehan, J. (2005). Today's Professionalism: Engaging the Mind but Not the Heart. *Academic Medicine*, 80(10), 892-898.
- Cuesta, U., Gaspar, S., & Díaz, H. (2013). *Comunicación y Salud. Nuevas áreas de innovación*. Madrid: Fragua.
- Dadaczynski, K., Okan, O., Messer, M., Leung, A., Rosário, R., Darlington, E., & Rathmann, K. (2021). Digital health literacy and online information seeking in times of COVID-19. A cross-sectional survey among university students in Germany (Preprint). *Journal of Medical Internet Research*, 23(1).
- De La Amm, P. É. (2013). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
- Montalvo Jääskeläinen, F. (2011). Consentimiento informado y prueba de la Lex artis: la relevancia de la prueba de presunciones. *DS: Derecho y salud*, 21(1), 75-84.
- De Prada Pérez, F. J. (2021). Niebla en agosto (2016) y La sombra del pasado (2018). Aktion T4: el plan de eutanasia nazi para la eliminación de las personas con discapacidad. *Revista de Medicina y Cine*, 17(4), 275-290.
- De Vries, M. C., Houtlosser, M., Wit, J. M., Engberts, D. P., Bresters, D., Kaspers, G. J. L., & van Leeuwen, E. (2011). Ethical issues at the interface of clinical care and research practice in pediatric oncology: a narrative review of parents' and physicians' experiences. *BMC Medical Ethics*, 12. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1472-6939-12-18>
- Ley General de Salud (24 de marzo de 2023). *Diario Oficial de la Federación (DOF)*, 123. Extraído el 4 de julio de 2023, de <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>

- Diario Oficial de la Federación. (2012). NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Recuperado el 31 de julio de 2012, de https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
- Donovan-Kicken, E., Mackert, M., Guinn, T. D., Tollison, A. C., Breckinridge, B., & Pont, S. J. (2012). Health Literacy, Self-Efficacy, and Patients' Assessment of Medical Disclosure and Consent Documentation. *Health Communication, 27*(6), 581-590. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10410236.2011.618434>
- Donovan, E. E., Crook, B., Brown, L. E., Pastorek, A. E., Hall, C. A., Mackert, M. S., & Stephens, K. K. (2014). An Experimental Test of Medical Disclosure and Consent Documentation: Assessing Patient Comprehension, Self-Efficacy, and Uncertainty. *Communication Monographs, 81*(2), 239-260. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/03637751.2013.876059>
- Dorian, N. C. (2010). Documentation and responsibility. *Language & Communication, 30*(3), 179-185. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.langcom.2009.11.003>
- Downing, N. R., Williams, J. K., Daack-Hirsch, S., Driessnack, M., & Simon, C. M. (2013). Genetics specialists' perspectives on disclosure of genomic incidental findings in the clinical setting. *Patient Education and Counseling, 90*(1), 133-138. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.09.010>
- Doyle, S., Lloyd, A., Williams, A., Chrystyn, H., Moffat, M., Thomas, M., & Price, D. (2010). What happens to patients who have their asthma device switched without their consent? *Primary Care Respiratory Journal, 19*(2), 131-139. Recuperado de <https://doi.org/10.4104/pcrj.2010.00009>
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., Cole-Kelly, K., & Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Academic Medicine, 79*(6), 495-507.
- Editorial. *Revista CONAMED*. (2004). Extraído el 4 de julio de 2023 http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/REV31.pdf
- Egan, L. A. V., & Fernández, M. Á. L. (2017). El Derecho a la Salud en una sociedad diversa. *Revista CONAMED, 22*(2).
- Eisnecker, P. S., & Kroh, M. (2017). The Informed Consent to Record Linkage in Panel Studies Optimal Starting Wave, Consent Refusals, and Subsequent Panel Attrition. *Public Opinion Quarterly, 81*(1), 131-143. doi:10.1093/poq/nfw052.
- Eizaguirre, A. E. (2009). Los estudios sobre percepción social de la ciencia. *Acciones e investigaciones sociales, (27)*, 23-53.
- Escámez, J., & Gil, R. (2002). La educación de la ciudadanía. *Paidós*. Madrid: ICCE-CCS.
- Estrada, J. C. O. (2011). Educación y Divulgación de la Ciencia: Tendiendo puentes hacia la alfabetización científica. *Revista Eureka sobre enseñanza y divulgación de las ciencias, 8*(2), 137-148.
- Estrada, L. (2014). La comunicación de la ciencia. *Revista digital universitaria, 15*(3), 1-11.
- Etxeberria, X. (2002). Temas básicos de Ética. *Desclée Bower*. España.
- European Health Literacy Survey. Proyecto HLS-EU. (2010). Recuperado de https://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=4eb0c48c-9c1c-4b7c-a029-77c196215142&groupId=115466
- Evans, R. J. (2005). La llegada del Tercer Reich [The Coming of the Third Reich]. Barcelona: *Península*.
- Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). A history and theory of informed consent. *Oxford University Press*.

- Faden, R., & Beauchamp, T. (1982). El concepto de consentimiento informado. En Beauchamp T. y Walters L. (Eds.), *Contemporary Issues in Bioethics*, Dickenson Publishing Company, Estados Unidos de América.
- Fagerlin, A. (2010). Deficits and Variations in Patients' Experience with Making 9 Common Medical Decisions: The DECISIONS Survey. *Medical Decision Making*, 30, 85S-95S. doi:10.1177/0272989X10380466.
- Feinberg, W., & Torres, C. A. (2014). Democracia y educación: John Dewey y Paulo Freire. *Revista Cuestiones Pedagógicas*, 23, 29-42.
- Ferrer, A., & León, G. (2008). Cultura científica y comunicación de la ciencia. *Razón y palabra*, (65).
- Figuroa, G. (2006). Responsabilidad profesional: máximos, mínimos, excelencia y veracidad. *Revista médica de Chile*, 134(2), 251-257.
- Fink, A. S., Prochazka, A. V., Henderson, W. G., Bartenfeld, D., Nyirenda, C., Webb, A., . . . Parmelee, P. (2010a). Enhancement of Surgical Informed Consent by Addition of Repeat Back: A Multicenter, Randomized Controlled Clinical Trial. *Annals of Surgery*, 252(1), 27-36. doi:10.1097/SLA.0b013e3181e3ec61.
- Fink, A. S., Prochazka, A. V., Henderson, W. G., Bartenfeld, D., Nyirenda, C., Webb, A., . . . Parmelee, P. (2010b). Predictors of Comprehension during Surgical Informed Consent. *Journal of the American College of Surgeons*, 210(6), 919-926. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.02.049.
- Florian Steger, M. D., Görgl, A., Strube, W., & Thomas Becker, M. D. (2011). " Transferred to Another Institution": Clinical Histories of Psychiatric Patients Murdered in the Nazi" Euthanasia" Killing Program. *Israel Journal of Psychiatry*, 48(4), 268.
- Foucault, M. (1978a). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1978b). Medicina e historia: el pensamiento de Michel Foucault. *Organización Panamericana de la Salud*. Recuperado de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39029>.
- Foucault, M. (1978a). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1978b). Medicina e historia: el pensamiento de Michel Foucault. *Oficina Sanitaria Panamericana*.
- Freire, P. (2014). *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. Siglo XXI Editores México.
- Freire, P. (1968). *Pedagogía del oprimido*. Extraído de <https://www.servicioskoinonia.org/biblioteca/general/FreirePedagogiadeloOprimido.pdf>.
- Gadamer, H. (1996). *El estado oculto de la salud* (1st ed.). Barcelona: Gedisa.
- Galdos Silva, S. (2013). *La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3), 455-460.
- Gallego-Torres, A. P., & Ballesteros-Ballesteros, V. (2022). *De la alfabetización científica a la comprensión pública de la ciencia*. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*, 14(26), 1-19.
- Gallego-Torres, A. P., & Ballesteros-Ballesteros, V. (2022). *De la alfabetización científica a la comprensión pública de la ciencia*. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*, 14(26), 1-19.
- Galván Meléndez, M. F., Huerta Guerrero, H. M., Galindo Burciaga, M., Barrientos Ramos, A. A., & Morales Castro, M. E. (2016). *Conocimiento del consentimiento informado*

- clínico en profesionales en formación en salud. Investigación en educación médica*, 5(18), 108-114.
- Galván-Meléndez, M. F., Castañeda-Martínez, L. Y., Camacho-Sánchez, M., et al. (2013). *Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel de atención. Rev CONAMED*, 18(2), 53-58.
- García-Villarreal, O. A. (2022). *Responsabilidad médica profesional, guías para la práctica clínica y lex artis. La importancia de seguir las recomendaciones de las guías clínicas. Gaceta médica de México*, 158(6), 439-443.
- Garner, S. D. (2005). *High-level colloquium on information literacy and lifelong learning. Bibliotheca Alexandrina, Alexandria, Egypt*, November, 6-9.
- Gavidia Catalán, V., & Talavera Ortega, M. (2012). *La construcción del concepto de salud*.
- General, L. A. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas.
- Gracia, D. (1989). Fundamentos de bioética. *EUDEMA UNIVERSIDAD*.
- Gibbons, M. (1999). Science's new social contract with society. *Nature*, 402, C81-C84.
- Girves, B. (2018). El cine como instrumento de propaganda y manipulación de masas en el nazismo: análisis de las películas El Triunfo de la Voluntad y El Judío Süß (Bachelor's thesis, Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales).
- Glezerman, M. (2017). *Medicina de género: La nueva revolución de la medicina: el papel del sexo en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. Plataforma*.
- Grootens-Wiegers, P., De Vries, M. C., Vossen, T. E., & Van den Broek, J. M. (2015). *Readability and Visuals in Medical Research Information Forms for Children and Adolescents. Science Communication*, 37(1), 89-117. doi:10.1177/1075547014558942.
- Hamasaki, T., & Hagihara, A. (2015). *A comparison of medical litigation filed against obstetrics and gynecology, internal medicine, and surgery departments. BMC Medical Ethics*, 16. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0065-1>
- Sutton, H., Grijalva, Maya, P., Barrios, D., Ramírez, S., Téllez, G., ... Torres, H. (1970). *Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural*. Recuperado de <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2015/no1/3.pdf>
- Hanuske-Abel, H. M. (1996). Not a slippery slope or sudden subversion: German medicine and National Socialism in 1933. *BMJ*, 313(7070), 1453-1463.
- Hernández Clemente, J. C. (2019). La relación médico-paciente en la Historia. *La relación médico-paciente en la Historia*, 17-30.
- Hernández-Torres, I. (2015). Las tres dimensiones de la comunicación médico paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. *Revista CONAMED*, 20(1), 17-26.
- Hersch, J., Jansen, J., Irwig, L., Barratt, A., Thornton, H., Howard, K., & McCaffery, K. (2011). How do we achieve informed choice for women considering breast screening? *Preventive Medicine*, 53(3), 144-146. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.06.013>
- Prague Declaration on Ethics Education*. (s.f.). UNESCO. Recuperado de <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/CI/CI/pdf/PragueDeclaration.pdf>
- T4-Denkmal. (s.f.). Recuperado el 19 de septiembre de 2022, de [Recuperado de https://www.t4-denkmal.de/Child-euthanasia](https://www.t4-denkmal.de/Child-euthanasia).
- Horton, J. (2002). *Principles of biomedical ethics-TL Beauchamp & JF Childress*. New York: Oxford University Press, 2001.

- Huepp, F. L., & Fornaris, M. (2011). El desarrollo de la comunicación oral en el proceso de enseñanza aprendizaje. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 3(29).
- Carrió, F. B. I. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179.
- Informed Consent and Health Literacy. Workshop summary.* (2016). Ebook. Recuperado de <https://play.google.com/books/reader?id=NnH2BwAAQBAJ&printsec=frontcover&output=reader&hl=es&pg=GBS.PT111.w.0.0.195>
- International Health (INTEGRAL).* (2017). [Recuperado de https://inthealth.mumc.maastrichtuniversity.nl/international-health-inthealth](https://inthealth.mumc.maastrichtuniversity.nl/international-health-inthealth)
- Isles, A. F. (2013). Understood Consent Versus Informed Consent: A New Paradigm for Obtaining Consent for Pediatric Research Studies. *Frontiers in Pediatrics*, 1, 38. Recuperado de <https://doi.org/10.3389/fped.2013.00038>
- Comelles, J. M. (Ed.), Alemany, S., & Francès, L. (Coords.). (2013). *De les iguals a la cartilla. El regiment de la cosa pública, la medicalització i el pluralisme assistencial a la Vall d'Aro*. [Temes d'Etnologia de Catalunya, 24]. Direcció General de Cultura Popular, Associacionisme i Acció Culturals. Generalitat de Catalunya.
- Juan-Salvadores, P., Michel, M. G., Jiménez, V. D., Martínez, C. R., & Iñiguez, A. R. (2022). Patients' knowledge about their involvement in clinical trials: A non-randomized controlled trial. *Frontiers in Medicine*, 9, 993086.
- Binding, K., & Hoche, A. (1920). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Maß und ihre Form* [Liberalisation de la destruction de vies qui ne valent pas d'être vécues]. Leipzig, Felix Meiner.
- Kiehl, C., Simmenroth-Nayda, A., Goerlich, Y., Entwistle, A., Schiekirka, S., Ghadimi, B. M., . . . Koeniga, S. (2014). Standardized and quality-assured video-recorded examination in undergraduate education: Informed consent prior to surgery. *Journal of Surgical Research*, 191(1), 64-73. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.01.048>
- Kleiderman, E., Knoppers, B. M., Fernandez, C. V., Boycott, K. M., Ouellette, G., Wong-Rieger, D. Avard, D. (2014). Returning incidental findings from genetic research to children: Views of parents of children affected by rare diseases. *Journal of Medical Ethics*, 40(10), 691-696. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101648>
- Kreuter, F., Sakshaug, J. W., & Tourangeau, R. (2016). The Framing of the Record Linkage Consent Question. *International Journal of Public Opinion Research*, 28(1), 142-152. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/ijpor/edv006>
- Kumar, D., Murugan, M., Prasad, B., & Devi, R. (2018). Good doctor and bad doctor: A qualitative study of first-year medical students' views on professionalism. *RHiME*, 5, 55-65.
- La Rocca, S., Mainetti, M. M., & Isseliv, J. P. (2010). Libertad, igualdad y fraternidad en el paradigma de la bioética latinoamericana: El aporte de la ética dialógica y de la ética de la liberación. *El Ágora USB*, 10(2), 483-494.
- Labrie, N. H. M., & Schulz, P. J. (2015). The Effects of General Practitioners' Use of Argumentation to Support Their Treatment Advice: Results of an Experimental Study Using Video-Vignettes. *Health Communication*, 30(10), 951-961. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10410236.2014.909276>
- Labrie, N., & Schulz, P. J. (2014). Does Argumentation Matter? A Systematic Literature Review on the Role of Argumentation in Doctor-Patient Communication. *Health*

- Communication*, 29(10), 996-1008. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10410236.2013.829018>
- Lacadena, J. R. (1993). La mediación de la Filosofía en la construcción de la Bioética (*Vol. 15*). Universidad Pontificia Comillas.
- Laín Entralgo, P. (1969). *El médico y el enfermo*. Madrid: Ediciones Guadarrama.
- Laín Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. España. Salvat.
- Laín Entralgo, P. (1983). *La relación médico-enfermo: Historia y teoría*. Madrid. Revista de Occidente.
- Laporte, J. (2003). *Una reflexión sobre la salud*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Larroyo, F. (2019). *Diálogos, Platón*. Editorial Porrúa México.
- LaVallie, D. L., Wolf, F. M., Jacobsen, C., Sprague, D., & Buchwald, D. S. (2012). *Health Numeracy and Understanding of Risk Among Older American Indians and Alaska Natives*. *Journal of Health Communication*, 17(3), 294-302. doi:10.1080/10810730.2011.626497
- Ledesma-Ayora, M. (2014). *Análisis de la teoría de Vygotsky para la reconstrucción de la inteligencia social*. Universidad Católica de Cuenca (Ecuador).
- Lev Semionovich Vygotsky (1999). Recuperado de [http://web.archive.org/web/20170306052538/Recuperado de http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/Publications/thinkerspdf/vygotskys.PDF](http://web.archive.org/web/20170306052538/Recuperado%20de%20http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/archive/Publications/thinkerspdf/vygotskys.PDF)
- Lex Artis Ad Hoc* (1990). Recuperado de http://codamedy.ssy.gob.mx/wp-content/uploads/lex_artis.pdf
- Ley General de Salud* (2017). Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_270117.pdf
- Liu, W., Gerdtz, M., & Manias, E. (2015). *Challenges and opportunities of undertaking a video ethnographic study to understand medication communication*. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3707-3715. doi:10.1111/jocn.12948
- López-Pérez, L., & Olvera-Lobo, M. D. (2015). *De la alfabetización científica a la comunicación pública de la ciencia: el caso de España*. En *La comunicación científica: una perspectiva universitaria* (pp. 185-213).
- López, J. S., Martín, J. C., & Martínez, F. J. (2021). *Informe Belmont. Una crítica teórica y práctica actualizada*. *Journal of Healthcare Quality Research*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2020.01.011>
- Lucas, A. G. (1999). *Sociología De La Comunicación*. Trotta.
- Luque, J. S., Quinn, G. P., Montel-Ishino, F. A., Arevalo, M., Bynum, S. A., Noel-Thomas, S., Mariñelarena, J. M., & Estrada, L. C. (2010). *Códigos de ética en medicina: su tránsito por la historia*. *Cirujano General*, 32(1), 49-52.
- Maccoby, N. (1976). *The Stanford Heart Disease Prevention Program*.
- Macías Llanes, M. E., & Aguirre del Busto, R. (2001). *Hermenéutica y valoración: alternativas de la Bioética contemporánea*. *Humanidades Médicas*, 1(1), 0-0.
- Makoul, G. (2001). *Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement*. *Academic Medicine*, 76(4), 390-393.
- Maliandi, R. (2002). *Concepto y alcances de la ética del discurso en Karl-Otto Apel*. *Tópicos*, (10), 59-73.
- Marsh, V. M., Kamuya, D. M., Mlamba, A. M., Williams, T. N., & Molyneux, S. S. (2010). *Experiences with community engagement and informed consent in a genetic cohort*

- study of severe childhood diseases in Kenya. BMC Medical Ethics, 11.*
doi:10.1186/1472-6939-11-13
- Martínez Bullé Goyri, V. M., & Olmos Pérez, A. (2016). *De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas. 2016, 34.*
doi:10.22201/ijj.24484873e.2016.145.4993
- Masters, B. R. (2014). *Principles of Biomedical Ethics, Seventh Edition.* Eds: Tom L. Beauchamp and James F. Childress. Oxford University Press, 2013. *Graefes Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology, 252(9), 1523-1524.* Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s00417-014-2676-5>
- Matthias, M. S., Salyers, M. P., & Frankel, R. M. (2013). *Re-thinking shared decision-making: Context matters. Patient Education and Counseling, 91(2), 176-179.* doi: 10.1016/j.pec.2013.01.006
- Matusitz, J., & Spear, J. (2015). *Doctor-Patient Communication Styles: A Comparison Between the United States and Three Asian Countries. Journal of Human Behavior in the Social Environment, 25(8), 871-884.* doi:10.1080/10911359.2015.1035148
- McLuhan, M. (2015). *La teoría de la comunicación de Marshall McLuhan: El butronero. Palabra Clave, 2015.*
- McLuhan, E. (Diciembre de 2015). *La teoría de la comunicación de Marshall McLuhan: el butronero. Palabra Clave, 18(4), 979-1007.* Recuperado de <https://doi.org/10.5294/pacla.2015.18.4.2>
- McCann, S. K., Campbell, M. K., & Entwistle, V. A. (2010). *Reasons for participating in randomized controlled trials: conditional altruism and considerations for self. Trials, 11.* Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1745-6215-11-31>
- McComas, K. A., Yang, Z., Gay, G. K., Leonard, J. P., Dannenberg, A. J., & Dillon, H. (2010). *Individuals' willingness to talk to their doctors about clinical trial enrollment. Journal of Health Communication, 15(2), 189-204.* Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10810730903528058>
- McLuhan, M., Fiore, Q., & Agel, J. (1987). *El medio es el mensaje.* Paidós.
- McStay, A. (2013). *I consent: An analysis of the Cookie Directive and its implications for UK behavioral advertising. New Media & Society, 15(4), 596-611.* Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1461444812458434>
- Meacham, M. C., Starks, H., Burke, W., & Edwards, K. (2010). *Researcher perspectives on disclosure of incidental findings in genetic research. Journal of Empirical Research on Human Research Ethics, 5(3), 31-41.* Recuperado de <https://doi.org/10.1525/jer.2010.5.3.31>
- Meade, C. D. (2012). *Formative research on perceptions of biobanking: What community members think. Journal of Cancer Education, 27(1), 91-99.* Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s13187-011-0275-2>
- Mellado, J. M. (2016). *Autonomy, consent, and responsibility. Part II. Informed consent in medical care and in the law. Radiologia, 58(6), 427-434.* Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rx.2016.06.010>
- Mendick, N., Young, B., Holcombe, C., & Salmon, P. (2010). *The ethics of responsibility and ownership in decision-making about treatment for breast cancer: Triangulation of consultation with patient and surgeon perspectives. Social Science & Medicine, 70(12), 1904-1911.* Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.039>

- "Mensaje de la Secretaria de Salud A setenta años de haberse sentado las bases del Sistema Nacional de Salud se han obtenido importantes logros en materia de salud" (2014). Recuperado de http://codamedy.ssy.gob.mx/wp-content/uploads/lex_artis.pdf
- Menon, N. (2020). *The growing need for legally adopting the Patients' Rights Charter in India. Supremo Amicus*, 18, 609.
- Miller, D. M., Moore, S. M., Fox, R. J., Atreja, A., Fu, A. Z., Lee, J. C. Rudick, R. A. (2011). *Web-Based Self-Management for Patients with Multiple Sclerosis: A Practical, Randomized Trial. Telemedicine and E-Health*, 17(1), 5-13. Recuperado de <https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0133>
- Miyamoto, K., Iwakuma, M., & Nakayama, T. (2015). *Residents' awareness and attitudes about an ongoing community-based genome cohort study in Nagahama, Japan. Public Understanding of Science*, 24(8), 957-969. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0963662515574455>
- Mooi, J. K., Whop, L. J., Valery, P. C., & Sabesan, S. S. (2012). *Teleoncology for Indigenous patients: The responses of patients and health workers. Australian Journal of Rural Health*, 20(5), 265-269. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2012.01302.x>
- Moore, P., Gómez, G., Kurtz, S., & Vargas, A. (2010). *La comunicación médico-paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas?. Revista médica de Chile*, 138(8), 1047-1054.
- Montauti, J. M. (2018). *Relación médico-paciente. Edicions Universitat Barcelona*.
- Moran, M. (2020, 17 de junio). *Salud - Desarrollo Sostenible. Desarrollo Sostenible*. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- Moreno, J. O. (2016). *Tesis jurisprudenciales sobre atención médica. BOLETÍN CONAMED*, (5).
- Morgenstern, J., Hegele, R. A., & Nisker, J. (2015). *Simple genetics language as a source of miscommunication between genetics researchers and potential research participants in informed consent documents. Public Understanding of Science*, 24(6), 751-766. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0963662514528439>
- Mundial, A. M. (2014). *Declaración de Helsinki. Principios éticos para la investigación en seres humanos. Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina*, 1(2).
- Murgic, L., Hebert, P. C., Sovic, S., & Pavlekovic, G. (2015). *Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. BMC Medical Ethics*, 16. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12910-015-0059-z>
- Nambiar, M. K., & Govindasamy, S. (2010). *Documenting the languages of the Orang Asli of Malaysia: Some ethical concerns. Language & Communication*, 30(3), 171-178. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.langcom.2009.11.007>
- Nelson, R. M., Beauchamp, T., Miller, V. A., Reynolds, W., Ittenbach, R. F., & Luce, M. F. (2011). *The Concept of Voluntary Consent. American Journal of Bioethics*, 11(8), 6-16. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/15265161.2011.583318>
- Nijboer, F., Clausen, J., Allison, B. Z., & Haselager, P. (2013). *The Asilomar Survey: Stakeholders' Opinions on Ethical Issues Related to Brain-Computer Interfacing. Neuroethics*, 6(3), 541-578. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s12152-011-9132-6>
- Norma oficial mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico (2012). Recuperado de <http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR26.pdf>
- O'Leary, K. J., Kulkarni, N., Landler, M. P., Jeon, J., Hahn, K. J., Englert, K. M., & Williams, M. V. (2010). *Hospitalized Patients' Understanding of Their Plan of Care. Mayo Clinic Proceedings*, 85(1), 47-52. Recuperado de <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0232>

- Olufowote, J. O. (2010). Informed Consent to Treatment's Sociohistorical Discourse of Traditionalism: A Structural Analysis of Radiology Residents' Accounts. *Health Communication*, 25(1), 22-31. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10410230903473508>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Salud y derechos humanos. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Osuna, I. B., Escobar, V. A., & Pérez, M. M. (2016). Helsinki Declaration: changes and interpretation. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(1), 132-142.
- Palomar, A. (2004). La despensa de Hipócrates. Tlalaparta.
- Peces-Barba, Gregorio. (2003). La dignidad de la persona desde la filosofía del derecho. Cuadernos Bartolomé de las Casas. Madrid: Dykinson.
- Peñafiel, C., & Terrón, J. L. (2015). Estudios de comunicación y salud: innovaciones e información científica para el progreso social. Universidad de la Laguna: Cuadernos del CAC/84.
- Perrault, S. (2013). Communicating popular science: From deficit to democracy. Springer.
- Petra-Micu, I. M. (2012). La enseñanza de la comunicación en medicina. *Investigación en Educación Médica*, 1(4), 218-224.
- Platón. (1971). Obras completas, edición de Patricio de Azcárate, tomo 5. Madrid.
- Paik, A. M., Mady, L. J., Sood, A., Eloy, J. A., & Lee, E. S. (2014). A Look Inside the Courtroom: An Analysis of 292 Cosmetic Breast Surgery Medical Malpractice Cases. *Aesthetic Surgery Journal*, 34(1), 79-86. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1090820X13515702>
- Panger, G. (2016). Reassessing the Facebook experiment: critical thinking about the validity of Big Data research. *Information, Communication & Society*, 19(8), 1108-1126. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/1369118X.2015.1093525>
- Paramasivan, S., Huddart, R., Hall, E., Lewis, R., Birtle, A., & Donovan, J. L. (2011). Key issues in recruitment to randomized controlled trials with very different interventions: a qualitative investigation of recruitment to the SPARE trial (CRUK/07/011). *Trials*, 12. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1745-6215-12-78>
- Patel, D. N., Wakeam, E., Genoff, M., Mujawar, I., Ashley, S. W., & Diamond, L. C. (2016). Preoperative consent for patients with limited English proficiency. *Journal of Surgical Research*. (2002), 514-522. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jss.2015.09.033>
- Penney, K., Snyder, J., Crooks, V. A., & Johnston, R. (2011). Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: A thematic content analysis of Canadian broker websites. *BMC Medical Ethics*. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1472-6939-12-17>
- Perrault, S. (2013). Communicating popular science: From deficit to democracy. Springer.
- Pinnock, H., Hanley, J., McCloughan, L., Todd, A., Krishan, A., Lewis, S., ... McKinstry, B. (2013). Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicenter, randomized controlled trial. *BMJ-British Medical Journal*, 347. Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmj.f6070>
- Plan Nacional de Desarrollo. Programa Sectorial de Salud (2013). Recuperado de http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/sectorial_salud.pdf
- Politi, M. C., Lewis, C. L., & Frosch, D. L. (2013). Supporting Shared Decisions When Clinical Evidence Is Low. *Medical Care Research and Review*, 70, 113S-128S. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/1077558712458456>

- Pulley, J., Clayton, E., Bernard, G. R., Roden, D. M., & Masys, D. R. (2010). Principles of Human Subjects Protections Applied in an Opt-Out, De-identified Biobank. *CTS-Clinical and Translational Science*, 3(1), 42-48. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1752-8062.2010.00175.x>
- Delors, J., et al. (1996). *La educación encierra un tesoro*. UNESCO. Francia.
- Pachón Briceño, L. M. (2021). *La importancia de la no maleficencia en la Praxis clínica*.
- Quiceno, J. M. (2012). *Calidad de vida relacionada con salud, resiliencia y felicidad en hombres privados de la libertad*. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 23-33.
- Quinn, G. P., McIntyre, J., Gonzalez, L. E., Antonia, T. M., Antolino, P., & Wells, K. J. (2013). *Improving Awareness of Cancer Clinical Trials Among Hispanic Patients and Families: Audience Segmentation Decisions for a Media Intervention*. *Journal of Health Communication*, 18(9), 1131-1147. doi:10.1080/10810730.2013.768723
- Ramos, A. A., & Morales Castro, M. E. (2016). *Conocimiento del consentimiento informado clínico en profesionales en formación en salud*. *Investigación en Educación Médica*, (p. 108-114).
- Raymond, M. R., Mee, J., King, A., Haist, S. A., & Winward, M. L. (2011). *What New Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud (5 de abril de 2004)*. URL: Recuperado de https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSS.pdf
- Reid, L. (2017). *Concierge, Wellness, and Block Fee Models of Primary Care: Ethical and Regulatory Concerns at the Public-Private Boundary*. *Health Care Analysis*, 25(2), 151-167. doi:10.1007/s10728-016-0324-4
- Remis, José Antonio. "Pasado y presente del juramento Hipocrático: Análisis de su vigencia." *Revista Argentina de Radiología*, 73(2), 139.
- Revista CONAMED (2015). Recuperado de <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/rt/printerFriendly/226/409>
- Rief, J. J., Mitchell, G. R., Zickmund, S. L., Bhargava, T. D., Bryce, C. L., Fischer, G. S., . . . McTigue, K. M. (2013). *Promoting Patient Phronesis: Communication Patterns in an Online Lifestyle Program Coordinated with Primary Care*. *Health Education & Behavior*, 40(3), 311-322. doi:10.1177/1090198112452863
- Rivas García, R. (2007). *Aproximación a la "ética del discurso" de Apel y Habermas, como ética racional ante la crisis de la razón*. *En-claves del Pensamiento*, 1(1), 63-89.
- Rivera Michelena, N. (2016). *Las capacidades humanas desde la perspectiva personológica del profesional competente*. *Educación Médica Superior*, 30(4), 390-398.
- Robey, T. E., Edwards, K., & Murphy, M. K. (2014). *Barriers to Computed Tomography Radiation Risk Communication in the Emergency Department: A Qualitative Analysis of Patient and Physician Perspectives*. *Academic Emergency Medicine*, 21(2), 122-129. doi:10.1111/acem.12311
- Robinson, L. C. (2010). *Informed consent among analog people in a digital world*. *Language & Communication*, 30(3), 186-191. doi:10.1016/j.langcom.2009.11.002
- Rodríguez Aramayo, R. (1988). *La Presencia de la "Crítica de la Razón Práctica" en las "Lecciones de Ética" de Kant*.
- Rodríguez Victoriano, J. M. (2009). *Los usos sociales de la ciencia: tecnologías convergentes y democratización del conocimiento*. *Estudios Sociales (Hermosillo, Son.)*, 17(34), 225-249.
- Rodríguez, B. G. (1977). *Pedro Laín Entralgo. "La relación médico-enfermo"*. *Papers: Revista de Sociología*, 216-222.

- Rodríguez, H. *La relación médico-paciente*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(4). Artículo disponible en URL: Recuperado de <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Siglo XXI.
- Rothman, D. J. (1982). *Were Tuskegee & Willowbrook 'studies in nature'?* *Hastings Center Report*, 5-7.
- Rubin, D. L. (2012). *Listenability as a Tool for Advancing Health Literacy*. *Journal of Health Communication*, 17, 176-190. doi:10.1080/10810730.2012.712622
- Rudd, R. E., & Anderson, J. E. (2006). *The health literacy environment of hospitals and health centers*. *Harvard School of Public Health, Harvard*.
- Sabesan, S., Simcox, K., & Marr, I. (2012). *Medical oncology clinics through videoconferencing: an acceptable telehealth model for rural patients and health workers*. *Internal Medicine Journal*, 42(7), 780-785. doi:10.1111/j.1445-5994.2011.02537.x
- Sánchez, A. W. (2016). *Consentimiento informado en Oncología. Reflexiones sobre su aspecto ético*. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 15(5), 285-291.
- Sánchez Arrastía, Dagmara, & Contreras Olivé, Yanetsi. (2014). La relación médico-paciente y su importancia en la práctica médica. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 528-533. Recuperado en 10 de abril de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400011&lng=es&tlng=es.
- Scarduzio, J. A., & Geist-Martin, P. (2010). *Accounting for Victimization: Male Professors' Ideological Positioning in Stories of Sexual Harassment*. *Management Communication Quarterly*, 24(3), 419-445. doi:10.1177/0893318909358746
- Schiavo, R. (2013). *Health communication: From theory to practice* (Vol. 217). John Wiley & Sons. Estados Unidos.
- Schulz, P. J., & Meuffels, B. (2012). *Justifying Age Thresholds for Mammographic Screening: An Application of Pragma-Dialectical Argumentation Theory*. *Health Communication*, 27(2), 167-178. doi:10.1080/10410236.2011.571758.
- Schunk, D. H. (2012). *Una epistemología de la naturaleza del aprendizaje*. Pearson.
- Schunk, D. H. (2012). *Teorías del aprendizaje*. Pearson Educación.
- Secretaría de Salud. *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico*. *Diario Oficial de la Federación*; 15-10-2012. URL: Recuperado de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012#gsc.tab=0%20martes%204%20julio%202023.
- Seidelman, W. E. (1996). Nuremberg lamentation: for the forgotten victims of medical science. *BMJ*, 313(7070), 1463-1467.
- Senapati, S., Tu, F. F., & Magrina, J. F. (2015). Power morcellators: a review of current practice and assessment of risk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(1), 18-23. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.07.046>
- Seoane, J. (2008). La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. *DS: Revista Derecho y Salud*, 16(1), 1-28.
- Seoane, J. A. (2016). Argumentación jurídica y bioética. Examen teórico del método deliberativo de Diego Gracia. *Anuario de filosofía del derecho*, 489-510.
- Shamos, M. H. (1995). *The myth of scientific literacy*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University.

- Shilling, V., Williamson, P. R., Hickey, H., Sowden, E., Beresford, M. W., Smyth, R. L., & Young, B. (2011). Communication about Children's Clinical Trials as Observed and Experienced: Qualitative.
- Shuster, E. (1997). Fifty years later: the significance of the Nuremberg Code. *New England Journal of Medicine*, 337(20), 1436-1440.
- Shuster, E. (1998). The Significance of the Nuremberg Code. *The New England Journal of Medicine*, 338(14), 996.
- Siegal, G., Bonnie, R. J., & Appelbaum, P. S. (2012). Personalized Disclosure by Information-on-Demand: Attending to Patients' Needs in the Informed Consent Process. *Journal of Law Medicine & Ethics*, 40(2), 359-367. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2012.00669.x>.
- Silva Pintos, V. (2001): "Comunicación y Salud". *Inmediaciones, Diciembre*, 120-136.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2016). *Skills for Communicating with Patients*. CRC Press.
- Siminoff, L. A., Agyemang, A. A., & Traino, H. M. (2013). Consent to organ donation: a review. *Progress in Transplantation*, 23(1), 99-104. Recuperado de <https://doi.org/10.7182/pit2013801>
- Simon, C. M., Zyzanski, S. J., Durand, E., Jimenez, X. F., & Kodish, E. D. (2015). Interpreter Accuracy and Informed Consent Among Spanish-speaking Families with Cancer (vol 11, pg 509, 2006). *Journal of Health Communication*, 20(3), 367-367. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1019814>
- Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D., & Till, J. (1991). Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ: British Medical Journal*, 303(6814), 1385.
- Siurana Aparisi, J. C. (2001). La idea de sujeto en la ética del discurso de Kart-Otto Apel aplicada al problema de las directrices anticipadas en el ámbito de la ética biomédica. *Universitat de Valencia*.
- Sjøberg, S. (2015). Public science literacy measures. *Encyclopedia of Science Education*. Dordrecht: Springer.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 80.
- Soria, S. T. (2006). La doctrina del consentimiento informado en el ordenamiento jurídico norteamericano. *DS: Derecho y Salud*, 14(1), 229-249.
- Steger, F., Görgl, A., Strube, W., Winkelmann, H. J., & Becker, T. (2011). Die „Aktion-T4“. *Der Nervenarzt*, 82(11), 1476-1482.
- Sutton, R. M., Nadkarni, V. M., & Berg, R. A. (2012). A "Pressin" paradigm shift for pediatric resuscitation science... exception from informed consent can be done! *Pediatric Critical Care Medicine*, 13(3), 351-352. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e31823889bf>
- Svider, P. F., Keeley, B. R., Zumba, O., Mauro, A. C., Setzen, M., & Eloy, J. A. (2013). From the operating room to the courtroom: A comprehensive characterization of litigation related to facial plastic surgery procedures. *Laryngoscope*, 123(8), 1849-1853. Recuperado de <https://doi.org/10.1002/lary.23905>
- Svider, P. F., Pashkova, A. A., Folbe, A. J., Eloy, J. D., Setzen, M., Baredes, S., & Eloy, J. A. (2013). Obstructive Sleep Apnea: Strategies for Minimizing Liability and Enhancing

- Patient Safety. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 149(6), 947-953. Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0194599813504074>
- Tait, A. R., Voepel-Lewis, T., Brennan-Martinez, C., McGonegal, M., & Levine, R. (2012). Using Animated Computer-generated Text and Graphics to Depict the Risks and Benefits of Medical Treatment. *American Journal of Medicine*, 125(11), 1103-1110. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.amjmed>
- Thompson, J. (2008). Los principios de ética biomédica. *Precop SCP Ascofame CCAP*. Argentina.
- UNESCO. (2015). *Replantear la educación: ¿Hacia un bien común mundial?* París: UNESCO. Recuperado de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232697>
- UNESCO. (2014). Estrategia a Plazo Medio 2014-2021. Obtenido de Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002278/227860s.pdf>
- UNESCO. (2007). *Defining literacy*. Recuperado de https://gaml.uis.unesco.org/wp-content/uploads/sites/2/2018/12/4.6.1_07_4.6-defining-literacy.pdf
- UNESCO. (2012). *Juventud y habilidades: Poner la educación a trabajar. Informe de seguimiento de la EPT en el mundo*. París.
- UNICEF. (2008). *Progress for children: A report card on maternal mortality*. UNICEF.
- Uphoff, E., Wennekes, L., Punt, C. J. A., Grol, R., Wollersheim, H. C. H., Hermens, R., & Ottevanger, P. B. (2012). Development of Generic Quality Indicators for Patient-Centered Cancer Care by Using a RAND Modified Delphi Method. *Cancer Nursing*, 35(1), 29-37. Recuperado de <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318210e3a2>
- Van't Jagt, R. K., Hoeks, J. C. J., Jansen, C. J. M., de Winter, A. F., & Reijneveld, S. A. (2016). Comprehensibility of Health-Related Documents for Older Adults with Different Levels of Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Health Communication*, 21(2), 159-177. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1049306>
- Velasco Gallo, M. d. (2014). *El Consentimiento Informado como proceso relacional entre profesionales sanitarios y usuarios*.
- Vera Carrasco, O. (2016). *El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica*. *Revista Médica La Paz*, 22(1), 59-68.
- Vucemilo, L., Curkovic, M., Milosevic, M., Mustajbegovic, J., & Borovecki, A. (2013). Are physician-patient communication practices slowly changing in Croatia? - A cross-sectional questionnaire study. *Croatian Medical Journal*, 54(2), 185-191. Recuperado de <https://doi.org/10.3325/cmj.2013.54.185>
- Wanzer, M. B., Wojtaszczyk, A. M., Schimert, J., Missert, L., Baker, S., Baker, R., & Dunkle, B. (2010). Enhancing the "Informed" in Informed Consent: A Pilot Test of a Multimedia Presentation. *Health Communication*, 25(4), 365-374. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/10410231003775198>
- Wisow, L. (2003). Modelos de Comunicación en la Relación médico-Paciente. *Revista CONAMED*, 8(4), 21-36.
- Yin, M., Glaser, K. J., Talwalkar, J. A., Chen, J., Manduca, A., & Ehman, R. L. (2016). Hepatic MR Elastography: Clinical Performance in a Series of 1377 Consecutive Examinations. *Radiology*, 278(1), 114-124. Recuperado de <https://doi.org/10.1148/radiol.2015142141>
- Zikmund-Fisher, B. J., Couper, M. P., Singer, E., Levin, C. A., Fowler, F. J., Ziniel, S., Ubel, P. A. (2010). The DECISIONS study: A nationwide survey of United States adults

regarding 9 common medical decisions. Recuperado de
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20393104/>
Zubiri, X. (1986). *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza.
Zulueta, P. D. (2013). Compassion in 21st century medicine: Is it sustainable? *Clinical Ethics, Clinical Ethics, journals*. 119-128.

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta a pacientes

La presente encuesta contiene 9 preguntas que te pido leas con mucho cuidado y te identifiques como el paciente en una consulta médica.

1.¿Has acudido al médico, te han hecho alguna operación o has tenido un tratamiento médico durante el presente 2019?

Sí, sí he tenido

No, este año no he tenido trato con ningún médico

2.Con qué tipo de médico te has tratado este año ¿puedes decirlo?

médico general

médico familiar

Neurólogo

Oftalmólogo

Ginecólogo

Pediatra

Cirujano

Oftalmólogo

Psiquiatra

Dermatólogo

Traumatólogo

Cardiólogo

Cirujano plástico

Hematólogo

Gastroenterólogo

Alergólogo

otro _____

3. De las siguientes acciones, marca con una cruz, lo que consideras que debe suceder cuando eres paciente:

Recibir atención médica adecuada _____

Recibir trato digno y respetuoso _____

Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz _____

Decidir libremente sobre tu atención _____

Otorgar o rechazar tu consentimiento sobre un tratamiento _____

Ser tratado con confidencialidad _____

Obtener una segunda opinión _____

Recibir atención médica cuando hay urgencia _____

Contar con un historial clínico _____

Cuando te inconformes por la atención médica recibida, derecho a ser atendido _____

4. ¿De la consulta médica que has tenido durante el tratamiento o cirugía durante el presente 2019, comprendes claramente lo que el médico está diciendo sobre tu tratamiento?

nunca

rara vez

pocas veces

algunas veces

siempre

5.¿De la consulta médica que has tenido durante el tratamiento o cirugía durante el presente 2019, el médico se asegura de que comprendas (te explica) lo que te dice en consulta o sólo te receta?

No

No sé

A veces

Si

6.¿De la consulta médica que has tenido durante el tratamiento o cirugía durante el presente 2019, tu médico te enseña como un maestro (en una escuela) lo que necesitas saber para alcanzar tu tratamiento?

Si

No

No sé

7.¿De la consulta médica que has tenido durante el tratamiento o cirugía durante el presente 2019, te dan opciones o sólo el médico decide el tratamiento que tendrás?

Si me da opciones y me invita a tomar una decisión personal

Si me da opciones, pero manipula y aunque me recomienda, la toma la decisión

La toma la decisión en mi tratamiento y me informa solamente lo que debo hacer

8.¿De la consulta médica que has tenido durante el tratamiento o cirugía durante el presente

2019, se llega a un consenso a través del diálogo entre los dos (tu y el médico), o sólo se le informa o sólo procede a actuar?

9. Piensa detenidamente y escribe:

¿Cuáles consideras que serían las cualidades de un buen médico en general?

Anexo 2: Focus group con estudiantes de medicina

1. ¿Qué comprendes por consentimiento informado?
2. ¿Cuántos tipos de consentimiento informado conocen y cuántos aplican ustedes?
3. ¿Al aplicar un CI informas el objetivo del estudio, tratamiento o procedimiento o cómo lo haces?
4. ¿Se les informan los derechos a los pacientes?
5. ¿Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, cómo evalúas que el paciente ha comprendido lo que firmó o dijo?
6. ¿Cómo manejas el respeto al paciente?
7. ¿Cómo te ganas la confianza del paciente?
8. ¿Cómo afectan las diferencias culturales que tienen como región, ideologías, etc cómo afecta tu relación con el paciente?
9. Al usar un CI ¿Cómo haces para disminuir la ansiedad o el miedo en tu paciente en el caso de que lo tenga?
10. ¿Cómo te aseguras de que el consentimiento informado sea comprendido por tu paciente, comprenda su responsabilidad y acepte de manera voluntaria lo que va a firmar?
11. ¿De qué manera te dispones a escuchar a tus pacientes?

12. ¿Cómo haces para entender la perspectiva del paciente? ¿Qué le preguntas para saber sus necesidades?
13. ¿Cómo se les enseñó a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina? Y ¿Cómo es la práctica?
14. ¿Qué crees que necesite un médico para tener la habilidad comunicativa? ¿Ya se trae se estudia o cómo se adquiere? ¿Describe la escucha al paciente en el campo clínico en los hospitales en los que has estado?
15. ¿Cómo manejas el respeto hacia las decisiones de tu paciente?
16. ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento?
17. ¿El paciente interactúa o sólo se le informa o recomienda el tratamiento?
18. ¿En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué?
19. ¿Has experimentado algún tipo de conflicto cuando tratas de reconciliar lo aprendido en tu formación y las decisiones que tienes que tomar frente al paciente?
20. ¿Enseñas a tus pacientes lo que necesitan para que sepan lo que sucede para alcanzar su salud?
21. ¿Durante tus rotaciones se llega a un consenso real entre el personal de salud y el paciente, sólo se le informa y se procede a actuar en beneficio de sus salud o... sólo se impone la decisión del médico?
22. ¿Viven el modelo de atención centrada en el paciente en la práctica clínica?
23. ¿Cómo manejas la distancia que guardas, el tono de voz, gestos, tomar de la mano (comunicación no verbal) que tienes con tus actuales pacientes?

24. ¿Te has enfrentado con pacientes con los que tienes que tener más paciencia, más tolerante, más información, mayor retroalimentación que con otros? ¿Cómo haces o qué estrategias usas en tu comunicación?
25. ¿Cuáles son las cualidades de un buen médico en general?

Anexo 3: Entrevista profundidad con médicos titulados, (residentes en su especialidad en el cuarto año) cursando el posgrado en Ginecología

El siguiente cuestionario que se te entrega a continuación, se hace con el fin de recabar información valiosa acerca de la experiencia médica en posgrado con un carácter de confidencialidad. Por favor contesta en tu computadora CADA UNA de las siguientes veinte preguntas de manera clara y extensa en la medida de las posibilidades del tiempo.

Instrucciones: De acuerdo a tus 4 años en el área de Ginecología y Obstetricia, contesta por favor de acuerdo a tu experiencia en Hospitales públicos lo que se te pide.

Tiempo máximo 45 minutos.

1. ¿Qué especialidad está cursando y cuál es la razón de su elección?
2. ¿Cómo se les enseñó a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina? y ¿Cómo es la práctica?
3. ¿Qué crees que necesite un médico para tener la habilidad comunicativa? ¿Ya se trae se estudia o cómo se adquiere?
4. ¿Describe la escucha al paciente en el campo clínico en los hospitales en los que has estado?
5. ¿Qué comprendes por consentimiento informado?
6. ¿Cuántos tipos de consentimiento informado conoce y cuántos aplica?

7. ¿Cómo procede a aplicar un consentimiento informado y en qué momentos de su práctica clínica lo hace?
8. ¿De qué forma considera que sus pacientes acceden a sus derechos? ¿Cuáles conoce?
9. ¿Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, cómo evalúa que el paciente ha comprendido lo que va a suceder?
10. ¿Cómo se asegura de que el consentimiento informado sea comprendido por su paciente y acepte lo que va a firmar?
11. ¿Cómo cree usted que vive el modelo de atención centrada en el paciente?
12. ¿Cómo maneja usted la toma de decisiones de su paciente?
13. ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento?
14. ¿Considera usted que sus pacientes están a la altura cognitiva de la comprensión de lo que les sucede o no comprenden qué les pasa?
15. ¿El paciente interactúa o sólo se le informa o recomienda el tratamiento?
16. ¿En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué?
17. ¿Ha experimentado algún tipo de conflicto cuando trata de reconciliar lo aprendido en su formación y las decisiones que tiene que tomar frente al paciente?
18. ¿Enseña a sus pacientes lo que necesitan para que sepan como un maestro para alcanzar su salud o sólo le informan los procedimientos?
19. ¿Cómo maneja la comunicación no verbal y verbal con sus pacientes?
20. ¿Cuáles considera que son las cualidades de un buen médico

Anexo 4: Instrumento piloto del focus groups

1 Indicador: Comunicación efectiva en salud (CES)

1. Escucha activa (CES)
 2. ¿De qué manera te dispones a escuchar a tus pacientes?
 3. ¿Hay interacción? (CES)
 - ¿Cómo te relacionas con tu paciente en una consulta clínica?
 4. Entender la perspectiva del paciente (colaboración mutua) (CES)
 - ¿Cómo le haces para tratar de entender la perspectiva del paciente?, ¿Qué le preguntas para saber sus necesidades?
 5. Entendimiento del CI (CES)
 - ¿Cómo te aseguras de que el consentimiento informado sea comprendido por tu paciente, comprenda su responsabilidad y lo acepte de manera voluntaria?
 6. Claridad en la información (CES)
 - ¿Tu como médico al cargo de un paciente, a la hora de dar el consentimiento informado te encargas de clarificar la información del procedimiento a realizar?
 7. Llegar a un acuerdo sobre los problemas y los planes de acción. (CES)
 - ¿Cuándo usan el CI escrito, te es posible llegar a un acuerdo sobre los problemas y los planes de acción con el paciente si o no y por qué? ¿Elige el paciente?

2 Indicador: Principios normativos bioéticos de la profesión médica (BM)

1. Nivel de respeto del médico hacia el paciente en la toma de decisiones sobre la atención a su salud (BM) ¿Cómo manejas el respeto hacia las decisiones de tu paciente?
2. Información de los beneficios y posibles consecuencias negativas del estudio, tratamiento o procedimiento (BM)

En general ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento? ¿El paciente interactúa o sólo se le informa o recomienda el tratamiento?

3. Toma de decisiones consensuada (autorización o rechazo) por parte del paciente y del médico (BM)

En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital, ¿se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué?

4. Tratamiento ecuánime del médico hacia el paciente respetando sus diferencias de sexo, edad, estrato socioeconómico, religión, etnia. (BM)

Describe las características culturales que observas en tus pacientes del hospital
¿Cómo afecta tu relación con el paciente las diferencias culturales que tienes tu como profesionalista con las personas que tratas?

1. ¿Has experimentado algún tipo de conflicto cuando tratas de reconciliar lo aprendido en tu formación y las decisiones que tienes que tomar frente al paciente?

3 Indicador: Consentimiento informado (CI)

1. Informar del objetivo del estudio, tratamiento o procedimiento médico (CI)

Al usar un consentimiento informado en el hospital en el que rotan ¿informas el objetivo del estudio, tratamiento o procedimiento médico a tu paciente?

2. Derechos del paciente (CI)

Al usar un consentimiento informado en el hospital en el que rotan ¿informas sus derechos a tu paciente?

3. Disminuir ansiedad (CI)

Al usar un consentimiento informado en el hospital en el que rotas, procuras disminuir la ansiedad en tu paciente?

4. Evitar miedo del paciente (CI)

Al usar un consentimiento informado en el hospital en el que rotas, te das cuenta si tu paciente tiene miedo? como procuras disminuir el miedo de tu paciente?

5. Evitar desconfianza (CI)

¿Al usar un consentimiento informado qué estrategia usas para evitar la desconfianza de tu paciente en el caso de que exista?

6. Evitar desinformación (CI)

¿Al usar un consentimiento informado qué estrategia usas para evitar la desinformación de tu paciente?

7. Evaluar comprensión del procedimiento escrito o expreso denominado consentimiento informado firmado por el paciente de manera voluntaria (CI)

Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, ¿cómo evalúas que el paciente ha comprendido lo dicho o lo que firmó?

4 Indicador: Modelos de comunicación pública de la ciencia (CPC)

1. Acción de enseñanza por parte del médico científico experto hacia su paciente (CPC)

En el hospital en donde hacen la rotación, ¿Instruyes o enseñas a sus pacientes para que sepan lo que le sucede o lo que necesita para alcanzar su salud? ¿si o no y por qué?

2. El centro de la comunicación está en el beneficio de lo mejor para el paciente (CPC)

¿Cómo haces realidad el modelo de atención centrada en el paciente del que se habla durante el estudio de tu profesión médica? ¿en una consulta en un hospital

todo el actuar médico, así como la comunicación siempre están al servicio y en beneficio del paciente?

3. Se llega a un consenso real entre tu o el médico de guardia y tu paciente o se impone la razón del médico (CPC)

¿Durante tus rotaciones has visto si se llega a un consenso real entre tu o el médico de guardia y el paciente o se impone sólo la decisión del médico?

Es dialógico, explica, propone, manipula en un paternalismo positivo, "consensúa", acuerda y establece un compromiso para la adherencia al tratamiento (PEST) (CPC)

Por lo general lo que sucede en un hospital se parece a esto: a) el médico es dialógico, explica, propone, manipula, "consensúa", acuerda y establece un compromiso con el paciente o b) sí es posible que deje decidir a su paciente, a o b

¿por qué?

¿Qué estrategias utilizas para llegar a un consenso y compromiso con tus pacientes acerca del tratamiento a seguir?

5 Indicador: Estrategias de comunicación asertivas en la relación (RMP)

1. En tu relación con los pacientes, ¿siempre tienes certeza del qué y cómo comunicarle respecto al problema de salud que vienen a compartirte?
2. ¿Eres consciente de la distancia que guardas, de tu tono de voz o gestos cuando interactúas con tus pacientes?
3. ¿Te has enfrentado con algunos pacientes con los que tienes que tener más paciencia, ser tolerante, darles más retroalimentación sobre su tratamiento?, ¿cómo lo haces?
4. ¿Es posible ser compasivo como médico?, ¿eres consciente de serlo o no?

5. Cualidades de un buen doctor

¿Cuáles consideras que deben ser las cualidades de un buen doctor, además de ser competente como profesional de la salud? ¿se puede ser compasivo?

Anexo 5: Transcripción del focus group piloto. 18 de octubre. Hora 10:25 AM

Fecha: viernes 18 de octubre 2019 10:30 a.m. Bioética, departamento de Ciencias clínicas.

Estudiantes de 5to año de medicina en rotación de Hospitales públicos en el área de
Pediatria y Ginecología.

Lugar: Primer piso del Hospital Zambrano Helli6n de la Escuela de Medicina Tec Salud.

Transcripción del Focus groups piloto. 18 de octubre. Hora 10:25 AM

La escucha activa.

1: Un maestro del materno dice que se supone que deben de dejar hablar al paciente la mayoría del tiempo. Que diga todo lo que tenga que decir. Y después haces preguntas dirigidas.

Pero muchas cosas no hay tiempo de, casi siempre el materno

3: Muchas veces se desvían mucho del tema y tienes que tratar de que se enfoca en el asunto principal de la causa, p

2: Yo he escuchado como recomendación de algunos maestros que dicen que si tienes a un paciente qué hable mucho tratar de que no hable tanto para poder irse al grano.

En ginecología en la consulta externa en el materno por la cantidad de gente que hay que tener al día, y una residente sí fue muy grosera con una le dijo: Ahorita, ahorita, ahorita, no hay que ser grosero, eso no me gustó.

3: También me ha tocado ver el otro lado de la moneda, sobre todo en el medio privado en dónde, en la consulta sí se le da amplio espacio al paciente, literalmente horas para que

hable todo lo que necesite. En las consultas de primera vez me ha tocado la última consulta y como viene en algunos libros que recomiendan tomar nuestro tiempo, hablar sobre todo lo que necesite hablar el paciente para no tener esa presión. Como tiene el tiempo más limitado normalmente deja esa primera consulta hasta el final de sus consultas del día para poder darle más tiempo.

El paciente no tiene el mismo nivel cultural, Se supone que cuando hablas con el paciente tienes que hablarle en su idioma, en español, pero no médico, es decir explicarlo con analogías a los papás. También para tú saber que tu paciente está entendiendo es preguntarle, pedirle que te repita lo que le dijiste. ¿Qué entendió? Eso es lo que hace mucho un doctor que ahorita está pasando visita en las mañanas y se toma su tiempo con calma. Y les expliqué que tiene la primera vez y después como si le va a hacer un procedimiento, pues le explica. Entonces el paciente explica con tus palabras como puede y sí está bien el doctor le dice así es, pero si está mal se lo trata de explicar de un modo que lo entienda eso se le llama Rapport

1: De hecho, nos ponen mucho a nosotros a explicar desde el primer contacto, somos la mayoría, la mayoría del tiempo nos ponen a escuchar a los pacientes.

Para tener esa habilidad se desarrolla, a nosotros nos pusieron practicar con simuladores y con actores, en propedéutica nos ponían con actores para ir desarrollando estas habilidades. Cómo comunicarse efectivamente con el paciente, dándonos retroalimentación para saber cómo mejorar nuestro diálogo.

Señoras que ni siquiera saben hablar, en materno, son señoras que ni siquiera saben hablar bien, no articulan bien, entonces están diciendo algo y de verdad batallo demasiado para

entenderles. Siento que son personas que están en un nivel muy bajo de clase social. Ni siquiera saben hablar bien, hablan como con pena.

4: O sea también hay señoras que hablan español, pero no es su lengua principal.

1: A veces ponen palabras en lugares, donde no van ahí y así, entonces intentas preguntar si es a lo que se refieren.

Uno depende del consentimiento que sea: de internamiento, tratamiento, de anestesia, de procedimiento quirúrgico, en caso de cine hay mil procedimientos para anestesia general, transfusiones para trabajo de parto, etc.

Muchas señoras ya han pasado por el trabajo de parto, entonces los consentimientos se realizan rápidamente para que podamos atender el trabajo de parto, este es el consentimiento para la cirugía este es el consentimiento por si llega a salir algo mal en cirugía, usted nos permite pasarle algo de sangre y lo entienden a la perfección, pero en pediatría es mucho más “tricky”. Por ejemplo, si se llegan a necesitar el consentimiento para anestesia o algún procedimiento químico y se lo dices a la mamá y se pone nerviosa, aunque sea un sentimiento de por si acaso.

5: Pues necesitas calmarla porque se necesita un procedimiento en el que tengamos su permiso para hacerlo.

En el consentimiento informado se supone que te dicen lo que van a hacer, más o menos cómo se hace, los beneficios, las consecuencias y si hay alternativas. Y lo que va a pasar si no lo haces.

1: Todo las pone nerviosas y yo creo que se ponen nerviosas porque no saben

En verdad no se les explica bien lo que se les hace. Nosotros que somos estudiantes y medios sabemos de los procedimientos somos los que estamos explicando y la verdad, el que debería de explicar es el doctor que lo va a revisar ellos son quienes saben en verdad lo que se debe hacer.

Y nosotros le estamos explicando sí señora, le van a poner un medio de contraste a su hijo y las consecuencias son alergia, anafilaxia y muerte. O sea, como le dices a la señora que le puede dar una alergia leve, una anafilaxia o muerte. Uno no sabe ni que es anafilaxia.

Y pues obviamente se va a poner más nervioso y cuando están ahí por ejemplo con los pacientes pediátricos los llevas al TAC, la mamá se queda fuera.

Te aseguras de que el paciente sí firmó la sedación, si lo firmó muy bien, si no lo firmó te regañan, si está mal escrito te regañan porque a nosotros nos ponen a llenar esos formatos.

M: O a las enfermeras o a los residentes o el titular

En el materno yo le trate de explicar una vez a una señora que va a pasar, y la señora aceptó porque era un estudio necesario para la hija para lo que se le está investigando, Pero no es lo mismo que le expliqué una estudiante a que lo explica un doctor que tiene mucha experiencia o un anestesiólogo que le explique que al niño le van a sedar, y las consecuencias y por qué es necesario,

No está mal que nosotros lo hagamos para practicar, pero debe hacerlo el médico que hace el procedimiento.

A veces por el simple hecho de que nosotros no tenemos el mismo conocimiento que los que están llevando a cabo el procedimiento, hay veces los pacientes tienen duda, puede que

sepamos resolverle la duda, puede que yo tenga idea de la respuesta, pero tal vez no sepa como entregarla de la mejor manera o no sé si debería resolverle la duda porque a lo mejor el doctor me puede haber dicho que yo no debí de haber contestado esa pregunta.

Nos ponen a hacer cosas, que ellos deben estar haciendo y no saben que no sabemos hacerlas y nada más asumen que sí sabemos.

¿En ese sentido nos deberían de explicar cómo explicar un consentimiento informado porque literal aprendemos “on the way”? y no debería ser así deberías llegar informado. Al momento. Si yo lo he aprendido haciéndolo. La mitad de las cosas las aprendemos haciendo.

A veces no te están viendo los residentes entonces no tienes estás solo y no tienes feedback

Aprendes en base a cómo responde el paciente.

Entonces lo haces en la práctica Y resulta que no tienes un titular, sino Entonces cómo aprendes. Pues ves cómo responde el paciente. 100% respondió bien Yo le pregunto.

Si tiene alguna duda que se entendió. Y así es como me doy cuenta que lo que yo hice fue efectivo. Si vuelvo a repetir mi método con otros pacientes y me voy dando cuenta que tienes 100% cierto funcionamiento. Entonces está funcionando lo que estoy haciendo.

También siento que por la cantidad de gente que hay en ginecología. ¿cuándo le has explicado un consentimiento informado a una señora?, era como de qué "señora" firme si ni siquiera saben lo que están firmando.

Pero en ginecología cuando había tiempo trataba de explicar.

Aquí, por ejemplo. Lo hace una enfermera.

En Zambrano y ginecología. Lo damos nosotros. Pero era sólo un consentimiento. anestesia y atención

Pero, por ejemplo, cuando es anestesia leen otra vez y hacen esta clarificación de los pros y los contras y la cuestión de la muerte. en un consentimiento informado La verdad, yo no lo explico, no por mala sino porque no sé abordar no sé cómo abordar ese tipo de consecuencias como muerte con una paciente que me ve con cara de que yo soy estudiante porque la verdad por más doctores que nos digamos tenemos cara de niños chiquitos ¿Qué confianza da, que un estudiante que nada más está haciendo papeleo en ese momento, le pueda decir sí señora, se puede morir, o sea, ¿What the fuck?

¿Los demás confirman?

Lo que yo siento es que por lo menos aquí en los consentimientos que tenemos que entregar le explicaba, así como a grossomodo y le pedía que leyera el consentimiento y yo me quedaba ahí y que si tenía alguna duda que yo le pudiera responder lo haría con mucho gusto y que si le quedaba alguna duda que yo no pudiera responder iba a ir con el médico externo para que nos pudiera apoyar.

Yo, por ejemplo, por lo menos aquí en los consentimientos que tenemos que dar. Le explicaba, así como a grosso modo. Lo que le estaba trayendo y le invitaba a que le lleve el papel todo el consentimiento y yo me quedaba ahí y le decía que si tenía alguna duda que

pudiera responder con todo gusto, le ayudaba. Y sabía lo que yo no podía responder. Iba a ir al médico externo. Para que nos pudiera apoyar.

En el materno me pasaba mucho, pacientes me decían que no. me veían muy chiquito y decían que no y hasta que no vieran a alguien más grandecito y entonces ya sí, aunque no supiera ni quién era.

Me pasó, yo hice la historia clínica Estaba preparándose una cesárea. Y el papá dijo que no estudiantes.

Ayer nos pasó uno de los familiares dice. tú eres estudiante yo no quiero estudiantes, fuera. y se salió y le comentó la residente. va la residente y le dice, no, tu eres una señorita, no eres doctora.

El abuelo se rehusaba a que la residente a pesar de que Le explicará y ella intentó conseguir la mayor información que podía. de la mamá del paciente El señor siga diciendo no hombre tú ni sabes qué vete ve por el que sí sabe

Yo creo que lo primordial es ganarse la confianza del paciente.

Me pasó en el San José la señora había preguntado a la residente. sobre lo que tenía su hijo. La residente se trabó no supo explicarle. Y al día siguiente la señora no quería de residente en estudiantes porque le dio cierta desconfianza.

También me ha tocado ver con médicos que nada más pasan. Y nada más pasan estar escuchando al residente. ¿Qué les está explicando qué onda con el paciente? Y el médico nada más le dice qué hacer. Le pregunta nada más, si todo está bien.

El paciente se siente predispuesto que tiene que firmar.

Son como las hojas de carta poder ya prescritas llaman tienen líneas donde escribes a mano.

Y con las tomografías también es resonancia magnética y en anestesia general

Estudiantes, parece que tienen un poquito más de empatía de compasión. Ay los médicos hacen su trabajo y salen otras cosas ya no se toman tanto el tiempo con el paciente.

También me ha tocado ver con médicos que nada más pasan. Y nada más pasan estar escuchando al residente. ¿Qué les está explicando qué onda con el paciente? Y el médico nada más le dice que hacer. Le pregunta nada más, si todo bien Todo bien.

Ejemplo con cierto poder económico Y con gente que probablemente.

Que no puede argumentar en español lo que le duele.

Yo creo que los doctores son maltratados por los pacientes.

No todos te tratan bien y se sienten superiores. si te hablan con groserías

Allá tú eres el que sabe y aquí Google sabe más.

Allá tú eres única opción y por eso Te escuchan. Y aquí tal vez.

También existen diferencias en los pacientes ya que son demasiados. Y no puedes tener mismo. grados de atención a cada uno legalmente hablando y tal vez estás muchos sentidos hacia la medicina en general. Porque nada más te gané Ya está con esa actitud de que no les importó que llevo 15 que llevan 15 horas en verme.

Pero por ejemplo de esas que la lista de pacientes son 30 pacientes y lo pasan los lo más rápido posible. y hay veces que favorecen el orden. Yo no se enojan que porque llegó primero. Yo no está nada más tratando de hacer tu trabajo. Hay veces que tenemos que lidiar con eso.

Y también muchos están cerrados como con rechazo.

Ya están predisuestas A qué van a llegar y te tienen que esperar. y no me van a atender. Ya es demasiada gente.

Pero también siempre das por hecho que nosotros somos los que sabemos manejar todo en cuanto a la administración y nos hacen responsables.

En pleno dolor de parto la señora no había firmado lo del consentimiento. Pero les dices con tiempo. Y muchos dicen que no. Y cuando ya están ahí.

Que de cierta forma tratará de forzar a los pacientes. para que se aplicaron y estábamos hablando de pacientes adolescentes.

En el que no puedes forzar a alguien a hacerlo. Hacer lo que uno quiere. Pero también hay algo que se tiene que hacer para está chavita. Que lleva 5 embarazos a sus 18 años.

O sea, sí entiendo, pero no es la manera, se debe de poder explicar.

Y unas que son bien descaradas. Dije, no, es que sí, me dejaste cuando tenga otro. Para darle un hijo.

conflicto socio emocional tal vez

De lo aprendido con la práctica.

Se hace de otra forma y que les causa. frustración

Y a mí me tocó ver que el 25% alrededor del 25% de los partos tenían algún procedimiento innecesario. el 95% de los casos hicieron episiotomía sin anestesia

Ahí me tocó ver nada más un parto. Y casualmente fue episiotomía.

Luego ponen en justificación del uso de fórceps de acortamiento del tiempo de dilatación y la Sólo porque la doctora se quiere ir a dormir a su casa a acorta el tiempo de del parto el procedimiento innecesario

Siento que en el ámbito público existe un poco menos de esa decisión, como tú dices poder decir que no quiero como que no se puede, no dan alternativa, tal vez porque en el mismo lugar no hay, es decir, no hay otra opción aquí y pues se asume que no van a ir a otro lado.

Estudiante 2: en mi experiencia nunca le dices al paciente ¿lo acepta o lo rechaza? sólo dices firme aquí. No le dices qué lo puede firmar.

Primero le dices qué puede pasar y luego firma. Bueno yo nunca le he dado la opción de poder rechazar.

Yo solamente en traspasar sangre, ahí si le dan la opción de rechazar, bueno no rechazar, pero le dicen si está de acuerdo o no.

A eso es a lo que me refiero que muchas veces no saben que lo pueden rechazar.

Sí de hecho cuando nos explican que tienes que llevar a que el paciente firme el documento, bueno a mi desde el primer día me dijeron que verifique que no firme en donde dice que lo rechaza.

Checa que no firme mal, checa que no firme en donde dice que no.

Que te firme arriba donde dice que sí lo acepta.

Ahí vienen dos opciones, donde puede firmar donde ella quiere, pero nunca le avisas a la paciente que puede decir que no.

La idea que se tiene del consentimiento informado ya no es como información, sino que ya lo ven como procedimiento que tiene que estar firmado, por cuestión de logística, ya no se tiene la idea que tiene que ser el consentimiento. Ya de antemano ya no lo ven como que ellos pueden tomar la decisión, sino como que tiene que estar firmado porque sino no va a proseguir.

Correspondería del médico de explicar porque finalmente no es nada más el papel sino todo el fenómeno alrededor de eso.

Es una cuestión de cómo está planteado en el hospital,

Una prueba de VIH a Está dentro de un protocolo

Y si es seropositiva no la llevan a su cuarto si es seropositiva es un show.

No sí, no la aíslan.

En el centro me tocó que sí aislaron a una paciente VIH positiva en recuperación .la operaron por cesárea, y luego en recuperación la dejaron aislada, aunque que no tenía que estar aislada.

¿Se les informan los derechos a los pacientes? n?

Yo creo que están escritos por todas las paredes, pero nadie se lo dice.

Creo que nunca se lo he dicho.

Entre más le expliques más calmados, entre más entiendan, menos miedo tienen

Se pueden dar cuenta cuando su paciente tienen miedo?

si

Hay veces que es inevitable, luego luego se ve un aumento en su respiración porque se ve que está asustada pero luego la ves de lejos y está relajada,

Profesora: ¿Y cómo haces para reducir el miedo en una paciente pediátrica?

Entre más confiado es el médico parece que va a equilibrar esa relación, pero cuando tiene miedo, es como más emocional o mental el miedo.

No importa que nada más lo vas a escuchar porque ya lo tocas y ya empieza a gritar. Le explicas desde antes.

Yo siempre que tengo pacientes pediátricos creo que es importante decirle que lo vas a escuchar, igual dirigirte a la mamá gentilmente y escucharla a ella primero y ya como que el niño ve que no pasa nada.

Sí de hecho es lo primero que ves en la clase de la primera semana, enseñárselo primero con la mamá y ya ve que no pasa nada, igual hay libros que dicen que te quites la bata, porque ven batas y se alarman. Yo lo he aplicado y me quedo la bata y empiezan a llorar porque piensan que eres un extraño. Hay muchos tips, pero igual siento que no nos enseñan nada porque llegas y te dicen ve a explorarlo y tú de cómo lo exploro, y la típica respuesta de un residente “como un adulto” y tú de pues no es un adulto, a parte eres un estudiante que no sabe.

Luego escuchas algo, y no sabes qué es, ni cómo actuar.

Sí les explica a los pacientes lo que tienen, lo que se les va a dar, por qué se lo van a dar ese medicamento, y sí veo que ellos aprecian eso, tal vez no te dicen gracias, pero sí entiendes y se sienten mejor.

En el materno, en cuestión de escuchar a los pacientes, nosotros somos la herramienta para que exista eso, mínimo escuchar, porque tienes toda la mañana para explorarlo y en el piso hay 40 o 50 pacientes, y por ti muchos se sienten escuchados, tú lo ves todos los días que ellos vienen y te cuentan a ti, tú eres la herramienta del doctor para ser la escucha de ese paciente, pero del resto de informar y que es su decisión, no sé qué tanto sí se haga.

A mayor nivel de jerarquía médica menor escucha.

Depende de la personalidad de cada médico.

Buena pregunta, eso sí no sé.

No, ahora te ves de frente con el paciente y lo discuten, están estas opciones y qué es lo que tú quieres hacer.

Sigue siendo lo mismo, tienes pacientes informados, pero al final sólo reafirman, sí le explicas, pero ¿de qué sirve que le explicas si al final sólo dicen que sí?

Sí yo creo que estamos ahí, le das la información, pero la decisión como quieras es tuya.

Le das la ilusión de que él está tomando la decisión.

Es lo mismo, no ha cambiado.

Yo siento que en el ámbito público es más así, pero en el privado sí puedes llegar a deliberar.

Salen enfermeras y trabajadoras sociales: “bueno estos son los métodos anticonceptivos, aquí les ponen el DIU de cobre.

No sé porqué sen el Materno solo ponen el DIU de cobre

Se supone hay otros, hay implantes, pero nunca hay.

A veces sí se me va, a veces cuando veo cosas que nunca he visto en mi vida y me impresiono y sí lo denoto mucho.

Sí, al momento te pones a pensar lo que pudiste haber dicho, pero luego hay cosas que no has visto nunca.

Y cómo comunicarle al respecto del problema de salud que vienen a compartirte tus pacientes?

Ahí entra lo que qué sabes.

Incluso aunque lo sabes, tú no sabes si tú puedes decirlo o dar la información. A mi me han llegado a decir que “tú no puedes decir eso”, me tocó que una paciente que sacó VIH y yo le había tratado y me empezó a preguntar si su bebé estaba contagiado y yo le empecé a explicar. Y de ahí fui con la R y le platiqué y me empezó a decir que yo no podía decir eso, pero bueno sólo me fui.

A mi me ha tocado algo tan simple como saber si el paciente puede comer o no, si se queda en ayuno o no. “¿Qué va a comer mi niño?”. Por ejemplo, ya han pasado tres días y la señora está es que mi hijo no mejora porque no le han dado de comer y tú le dices que no le puedas dar porque está vomitando. Al día siguiente le dijo al doctor: “doctor le tengo que confesar algo, le di un taco a mi hijo”.

En el aspecto público, pacientes que me tocan que son con algún tipo de cuestión de aprendizaje, entonces a la hora de decirles y no entienden.

Porque son personas que tienen un problema con el aprendizaje, bEl doctor que estaba atendiendo al paciente ya estaba bien harto, se alejó y me puse yo a tratar de explicarle y decirle que le estábamos dando tres medicamentos, este medicamento te lo tienes que tomar una vez al día por siete días y le pregunté ¿me lo puedes volver a repetir? y me dijo: “este medicamento me lo tengo que tomar 7 veces al día” y yo de no no, este medicamento te lo tienes que tomar una vez al día por siete diferentes días. Y así estuvimos, fármaco por fármaco e hice que me repitiera cada instrucción porque me lo decía y cambiaba todo.

En el ámbito público pasa eso que le dices repítelo y te lo dicen mal. En la receta viene todo lo paso

Estudiante 3: Ya al final de la consulta, ya después de darle la vuelta 50 veces, sólo fue de pues buena suerte.

Estudiante 1: Se puede intentar explicarles con dibujos.

empático es como ponerte en el lugar de alguien, compasivo es también ponerte en el lugar, pero ayudarlo.

Yo creo que siempre es como: sí mostrarles que tú vas a ser lo posible para ayudarlo, pero también saber tus límites, si te dice una paciente que se intentó suicidar, y ver si no eres la persona indicada. ver cómo lo puedes ayudar tú, no te deslindas emocionalmente pero tampoco te quedas mal.

No te involucras de más, pero llegas hasta el punto al que tú que puedes llegar. pero cuando tú notas algo raro o algo mal y avisas, creo que en ese momento tú estás demostrando tu compasión con ese paciente porque, aunque tú no sabes qué hacer por él con lo que obtuviste, estás tratando de dar esa información para que alguien que sí sabe lo utilice para el bien de ese paciente.

Que sea congruente, que predique con el ejemplo, si lo que te dice que haga él no lo hace, ¿por qué me estás diciendo eso tú? que te diga que tienes que escuchar a los pacientes, que tenga paciente, que escuche.

Se aprende, pero no es como que se enseñan en cursos activamente el cómo es ser empático sino se va desarrollado o también lo traes desde antes.

Considero que es como el volverte consciente de tus acciones y el querer llegar a una meta o a un estándar que tú mismos pones, eso es lo que te impulsa a aprender a ser de esa

forma, estar viviéndolo constantemente, aspirando a llegar a un ideal que nos creamos nosotros y de esa forma es como vamos aprendiendo, casi casi a prueba y error.

Que sean personas que en su trabajo estén a gusto, que sean felices porque muchas veces en el comportamiento se puede observar que no están agusto o no tienen esa vocación y cuando es muy fuerte su vocación o están felices en lo que están haciendo tienden a hacerlo de mejor manera.

Yo siento que la mayoría, bueno aquí en el San José, se mantienen en contacto con los pacientes y conocen mucho lo que es el paciente, su familia y sus hijos.

¿Entonces la parte humanitaria?

Eso es algo que está a la par con el conocimiento, porque no puedo decir que un médico que sea muy humano, pero no tenga conocimientos sea un buen médico. El otro día estaba hablando con un residente que me decía: “es que yo aspiro a ser el punto medio, no quiero ser como los inteligentes pero que son mala onda, pero tampoco quiero ser esos que son buena onda, pero la verdad que como médicos no confío mucho en ellos. “Yo le pregunto ¿por qué no aspiras a ser ambos, excelente como médicos y excelente persona con todo mundo, no solo con tus pacientes? Y él me dice “no pues es que esos casi no existen”.

Por ser buena persona.

Muchos recomiendan porque se sintieron a gusto con él.

Se fijan en que hiciste lo que tenías que hacer como doctor y fuiste una excelente persona, ellos no se dan cuenta de tu promedio, no se fijan si te leíste 50 libros, sólo se dan cuenta que sabes y que fuiste buena persona.

Aparte lo que decían, su motivo de consulta no es lo que vas a tratar, pero esta persona sólo se preocupa por eso. Entonces, si tú aparte que tratas lo que tienes y tomas en cuenta su preocupación, siento que confía más en ti, aunque su queja o consulta no es lo que tenía, pero abordó su preocupación.

El paciente también quiere a alguien que lo escuche.

De hecho, igual que valide la enfermedad. Luego le dices a tu papá y no te hacen caso. Por eso tú vas al doctor, y están interesados en tu problema y te creen, te validan tu dolor

En gine, es literal, fírmelo... solo cuando hay tiempo les trato de explicar.

No se como abordar ese tipo de consecuencias de “la muerte” (su animo con mayor provocación)

No esta claro quien es su doctor.

Ahora estamos conscientes de que nuestro pacientes pueden rechazar los consentimientos.

Anexo 6: Segundo Focus Group

En consentimiento informado es el documento legal en el que se explica al paciente: qué se le va a hacer, los riesgos que tiene el procedimiento, qué puede ganar, qué puede perder en caso de realizarse el procedimiento, si autoriza o si lo rechaza.

Puede rechazar él el tratamiento, ahí mismo viene en el documento: yo “pedro” rechazo el tratamiento por tal cosa.

También es una manera de asegurar que el paciente sabe el procedimiento, el medicamento, lo que sea que se le va a aplicar o se le va a hacer, que está de acuerdo.

No es nada más un papel, es asegurarte que el paciente sepa qué es lo que se va a hacer y que está de acuerdo.

Es una herramienta para nosotros para protegernos legalmente de cualquier adversidad que suceda en el tratamiento, si se complica, si es una complicación que el tratamiento puede causar, pues te puedes proteger que le explicaste que esto puede pasar y él aceptó las consecuencias.

Es un concepto también, el consentimiento verbal no está escrito, no es legal y no tiene mucho peso pero es como un permiso, en el ámbito médico que se va a realizar un procedimiento.

Es como la oportunidad que tenemos nosotros de acercarnos al paciente, y de alguna manera más cercana, explicarle, el parto por qué no evolucionó, por qué se debía de hacer la cesárea, es un momento que nosotros los internos tenemos para involucrarnos con el paciente, escuchar sus dudas y sus miedos.

Consentimiento informado general en el que tú das detalles de qué se va a hacer, consentimiento informado del procedimiento en donde generas un consentimiento para cada cosa que vayas a hacer, por ejemplo, un consentimiento para hospitalización, uno para cesárea, uno para este y uno para el otro y está también el consentimiento informado de anestesiología donde se comenta si autorizan el uso de anestesia, donde se explicaría que hay riesgos de cada medicina.

También está el consentimiento verbal, no es escrito, no todos los procedimientos conllevan consentimientos informados legales, por ejemplo que te saquen sangre o que te apliquen algo, el paciente con su misma posición si estira su mano, ya está accediendo al procedimiento.

También verbal.

En teoría lo que tendrías que hacer es llegar con el consentimiento informado, y se le explica al paciente, aquí en este consentimiento se le dice que se va a realizar por ejemplo, una cesárea y corre estos riesgos y cómo se va a hacer, en teoría, en mi experiencia, es de que “nada más firme” y ya firma el paciente, no se le dice nada.

Muchas veces ya pasó el procedimiento cuando vas a buscar al paciente o a su familiar.

En teoría debería de leerse el documento detenidamente, asegurarse de que el paciente está leyendo ese documento, simplemente por honrar esa autonomía que tiene el paciente, sin embargo, sobretodo en el sector público, no hay el tiempo, no hay los recursos, hablando específicamente del ***, el mexicano tiene que hacerla de secretario, de enfermero, camillero, entonces por más ganas que tengas tú de honrar esa autonomía, y hacer las cosas bien por la misma falta de recursos, en muchas ocasiones no es posible.

También existen muchas barreras culturales y lenguajes con algunos pacientes en algunos sectores, se encuentra más en los sectores públicos pero podría pasar en cualquier lugar.

Lo vuelve más complicado, y sumado con lo que mi compañero mencionaba del tiempo, hay veces que es imposible estarle explicando a varios pacientes al paciente con este

problema de comunicación, qué se le va a hacer y que entiendan todo lo que se va a hacer, hay veces que no encontramos las palabras para comunicar.

Derechos de los px a mi no me ha tocado, a mi tampoco.

Lo más que he visto es que en todas partes ponen “los diez derechos del paciente o del médico”, pero así que digas yo médico voy y le voy a explicar los diez derechos del paciente pues no, tienen que leer o ser muy observadores, incluso es difícil de verlo, no es que están en un lugar a la vista del paciente, en plena sala o en algún lugar central.

Yo lo que hago es preguntar si tienen alguna duda.

Porque no tienes dudas o asumes, puedes hacer que te explique, qué entendió de lo que acabas de decir, y ya te dicen que va a hacer esto y así, y ya puedes inferir que ya entendió.

Tomando en cuenta sus decisiones, a pesar de lo que creas tú que es mejor, el ejemplo que más comúnmente se ve, te vas a poner el diu, tomar en cuenta que ella también puede decidir y aceptar lo que sienten.

Hay mucho diálogo y al final, como que medio poco convencidas toman la elección.

Aunque estuvieran convencidas o no, siento que no entendemos mucho el contexto que está atrás del primero o el segundo o quinto embarazo.

También considero el otro lado, pacientes que tienen muchas dudas sobre los métodos de planificación familiar, por ejemplo yo me acuerdo de una paciente que tenía mucho miedo de ponerse el diu y del implante creía que se iba a desangrar, engordar, o que iba a tener problemas hormonales muy feos y que no se quería poner ninguno de esos, entonces se le

explicó, se tomó el tiempo, se le explicó todo detalladamente, se resolvieron todas sus dudas y al final de cuenta, terminó optando por no ponerse ningún método.

Desde antes, a su ingreso se le pregunta, tienen que firmar un consentimiento, antes y después.

Por ejemplo, el diu se le pueden poner después de la cesárea pero por ejemplo a las pacientes, se pasan a recuperación, y si me han tocado casos que la paciente dice “no quiero estar aquí, ¿me puedo poner en consulta externa?” Y entonces tienes que firmar revocación del consentimiento y pues ella ya decidirá si va o no, muchas pues ya no vuelven.

Sí hay una parte donde dice revocación del consentimiento.

Aunque ya esté firmado.

En la práctica sí me ha tocado ver mucho, que tanto residentes como médicos o enfermeras, les insisten mucho a las pacientes. Muchas veces no se les informa, hablando específicamente sobre la planificación familiar, que ellas pueden optar por ninguna y me ha tocado verbalmente escuchar a enfermeras, residentes y médicos decirles que tienen que escoger una, que no se pueden ir hasta escoger uno. Hay mucha presión y ellos igual lo hacen justificando más como una medicina paternalistas, porque no quieren que regresen con sus problemas familiares, económicos pero creo que no se respeta en la práctica.

El personal de salud.

En mi experiencia las pacientes que han tenido embarazos múltiples, preguntando por qué lo hacen, la mayoría de las veces es por cómo las tratan en sus casas, durante sus embarazos son reinas y no las hacen trabajar y no los mandan a la calle y tienen una vida

mejor y deciden embarazarse otra vez. Les preguntan cómo están todo en casa, yo hablo mucho con mis pacientes y siempre que tengo el tiempo me pongo a platicar con ellas.

Nunca lo he hecho porque me da miedo que puedes escuchar.

Estudiante 2: por ejemplo, ahorita que estamos en sector privado, también he notado la diferencia de cómo tratan, o sea a la paciente de un sector público se le insisten mucho en los métodos anticonceptivos y la tasa de que ellas se pongan es muy alta y aquí no se les insiste y nunca he visto que pongan un anticonceptivo aquí.

Algunas tienen muchas preguntas y se les ve en la cara, voltean a todos lados y tú de “¿estás bien señora?” Y ellas de “tengo mucho frío, ya pasanme, ya me tuvieron mucho aquí” notas que ya están apuradas, no sabes específicamente qué y ya les preguntas, pero hay otras que no dicen nada, tienen mucho miedo y se te van y no lo notas.

Para detener la ansiedad y el miedo, hay que ser honestos con lo que va a suceder, explicar el tratamiento, qué va a pasar para que no se esté haciendo ideas la paciente.

Sí porque a lo mejor lo que ella está pensando en su mente es mil veces peor que lo que realmente va a pasar, por el mismo hecho de estar haciéndose ideas, eso da miedo, si ya está informada, si ya sabe qué va a suceder, se puede tranquilizar un poco.

Platicar con ellas disminuye su ansiedad y tú te das cuenta porque empiezan a platicar más, empiezan a optar otras posiciones y sabes que ya está más relajada o segura porque para ellas en el metro somos extraños, es la primera vez que nos conocen y están muy angustiadas y al platicar con ellas se empiezan a relajar.

A mi me tocó una paciente ya había nacido su bebé y y estaba casi llorando la paciente y yo de “¿qué tienes?” Y me dice “es que tengo mucho miedo porque siento que me van a matar” tenía mucho miedo y ansiedad sobre eso de que algo le estaban haciendo porque ella no entendía qué estaba pasando y de hecho le pregunté “¿sabes qué está pasando?” “me están cosiendo pero siento que me van a cerrar”

Estaba teniendo mucho miedo “es que estoy aquí más tiempo porque me voy a morir y porque estoy muy grave y no me quieren decir para que no me sienta mal pero yo sé que estoy muy grave pero no quiero que me dejen morir” como que estaba circulando en esas mismas ideas una y otra vez.

No sabía nada de la anatomía,

con la explicación se calmó muchísimo, le di tiempo para respirar y ya después de que me preguntó todas sus dudas “entonces, ¿no me voy a morir? “es muy poco probable que te mueras ahorita”, ella estaba estable, “ahorita estás bien, tranquila”. Realmente eso de informarles, qué es lo que está pasando, se calman mucho porque ella se estaba imaginando que en alguna parte de su panza estaba sangrando por siempre, aparte le estaban poniendo suero y gotas y ella de “es sangre, es sangre, me voy a morir, me estoy desangrando, me siento muy débil”. Hablando del consentimiento informado, ya lo tenía firmado, se supone que ella ya entendía, obviamente no entendía, no sabía ni qué había pasado.

Dialogando con el paciente, el diálogo incluye escuchar y responder.

Es subjetivo, nunca vas a saber bien.

Es difícil para nosotros saberlo porque vamos empezando pero es una habilidad que si se intenta adquirir, es algo que se puede lograr.

Hay gente que tiene más facilidad.

No puedes ser doctor si no tiene una buena relación médico-paciente. Eventualmente, todos van a desarrollar una habilidad, a lo mejor uno más que otros pero el punto de ser médico es llegar a eso, creo que junto con la buena práctica y teoría puedes llegar.

En la investigación, patología no tienen que interactuar mucho pero si quiere ser clínico sí interactúan mucho.

Ayuda que te lo enseñen, en propedéuticos se nos hace hincapié de que tenemos que transmitir la información al paciente, no solo tenerla sino transmitirla.

Al principio, lo que yo he hecho es preguntarles un poco sobre su vida personal, sacar un poco de plática para romper el hielo. Lo vemos en ginecología, cuando el paciente entra a cirugía, estás con tu mismo paciente un buen rato, estás preguntando cómo está, cómo se siente, y ya poco a poco ella va perdiendo ese miedo, cuando menos en mi caso, hablaba de que en la mayor parte de los casos cuando llega el enfermo a la cesárea ya te tiene un poco más de confianza para resolver cualquier duda, hasta para distraerse.

Primero hay que tratar de conseguir confianza, llegar, presentarte, decirle que vas a estar ahí, que si tiene una duda te la puede decir con confianza, que se vea que estás interesada,

Le empiezas a preguntar cosas personales, hablarle por su nombre o si sabes que tiene hijos, preguntarle cómo le fue en sus embarazos anteriores, ¿qué va a tener niño o niña?, se empiezan a abrir, ¿cómo le vas a llamar? ¿cómo se siente? ¿tiene dolor?

Si tiene embarazos previos, preguntarle ¿cómo se llaman sus hijos?, ¿cuántos años tiene, y van a platicar un poquito de sus hijos “ya tiene dos años”, “ya es un torbellino en la casa”, sacarle pláticas de sus hijos ayuda a que agarren confianza.

Siento que también tiene mucho que ver la actitud corporal cuando estás intentando hablar con ella, porque me ha tocado ver a internos que están de brazo cruzado “y bueno, ¿qué traes?” “ah tienes otros hijos, si sí qué bueno” como que los interrumpen a los dos segundos. Hay un estudio de eso, es muy común que personal de salud interrumpen a los pacientes en general, y no escuchan, es muy importante dejarlos hablar y hasta que saquen todo. También hay una técnica que me enseñó mi mamá al aplicarla conmigo y ha funcionado conmigo, es que llegas y pláticas de algo relacionado, les nace como que responder y se empiezan a abrir también.

Estudiante 1: a mí lo que más me ha tocado ver en el sector público, es que los médicos tomaban como las decisiones de cómo iba a ser el manejo, decían “se les va a hacer esto, esto y esto, ¿está de acuerdo sí o no?” Y si decían que sí se hacía, como que la paciente no tenía más opciones para dialogar con el médico de cómo iba a proceder, era sólo si iba a utilizar un método de planificación familiar y todo lo demás no te nía para comentar “no quiero esto”.

Si solo se le informa lo que se le va a hacer es paternalismo pero si el paciente se involucra, interactúa, tú dices las opciones y ella/él misma diga lo que quiere para él, ahí ya no es paternalismo, porque al final de cuentas él está decidiendo, sabe todas las opciones y tiene la última palabra.

Creo que es una mezcla de paternalismo, falta de recursos y estadísticas.

Sí, como “tantas tienen un método de planificación”...

Yo lo he notado más aquí en privada, las pacientes son como “mi doctor es el que sabe, a mi no me preguntes” y en el público es todo lo contrario, te empiezan a platicar, te empiezan a decir.

Para eso están pagando para que él te resuelva, entregan una relación médico-paciente.

Estudiante 5: hay gente que sí te dice, hay otras personas que viene muy educadas, los que sí son más autónomos, los que solo dan toda su confianza al médico.

¿y eso a qué se deberá?

Yo creo que es parcialmente porque es más fácil decir “el médico sabe y él me va a llevar a lo seguro, ya no me preocupo, me quito una responsabilidad” “yo ya no necesito preocuparme de estar checando todo eso porque le estoy pagando al médico para que lleve el registro”.

También puede ser el miedo, gente que le tiene tanto miedo a su enfermedad y no sobre busca más o también la educación, he visto mucho que los mismos médicos en consulta son menos de esa manera con los pacientes que no son médicos. Pueden tener una consulta con un cardiólogo y vino otro doctor a consultar con él y se puso muy así “confío mucho en tí, por conocimientos sé que tú sabes”. No se puso como “¿qué vamos a hacer?”.

Depende de las decisiones del médico, si todas las decisiones están justificadas a base de un fundamento, ahí no creo que haya algún problema legal.

Pero sí te pueden demandar por lo que sea.

Si el paciente pone su confianza ciegamente al médico, llega un momento en el que el médico tome una decisión y la/el paciente no esté todo de acuerdo por sus creencias,

Profesora: ¿y le explicaron y lo aceptó?

Estudiante 4: a mí me tocó que un familiar del paciente era testigo de jehová y el paciente era un bebé, y tenía una condición que necesitaba sangre en ese momento y la mamá no quiso, entonces lo que pasó fue que se pasó a demandar, “yo demando del parte del niño porque (no sé qué dijo la interrumpieron)”. Como estaba su pediatra de que quería proteger los derechos de los niños, porque él estaba de “este niño aún no sabe si va a ser testigo de jehová, y nunca va a saber si le diste transfusión y uno de sus derechos fundamentales es preservar su vida” entonces pasó por un consentimiento por un juez y ya se le puso la sangre, pero la mamá seguía sin estar de acuerdo con esto, de hecho cuando fue por otra cosa relacionada, y en su historial clínica decía “¿transfusiones?” Y ella de “sí” pero toda enojada. Tenía muchas cosas, tenía 5 meses, estaba super chiquito.

Número uno, empatía, de nada te sirve tener todo el conocimiento si no eres empatía.

Comprenderlo.

¿qué más hace ser un buen médico?

Basas tus decisiones en evidencias.

Ser honesto, que todas tus decisiones sea por un fin, para mejorar la salud o la calidad de vida del paciente, tener tacto porque debes de ser honesto pero no brusco, saber cómo ser honesto.

Ser paciente y ser tolerante de ponerte en sus zapatos, imagínate que soy una chava que no tengo educación, no sé que está pasando, siento que mi panza es lo único que hay aquí y ni sé qué es eso, usualmente lo que hay es miedo, entonces también cómo te acercas y qué haces, eso define mucho a un buen médico, si lo deja ver a dios o si está ahí.

Tienes que ser escucha, tienes que ser apoyo pero también tienes que ser guía, no te vas a dejar llevar por lo que el paciente quiera porque él no sabe las implicaciones como tú la sabes, igual hay escucharlos.

También hay una palabra que leí recientemente que siento que define la práctica de la medicina que es la abnegación que significa entregar todo tu ser al cuidado de una persona, suena medio intenso, porque te descuidas a ti para cuidar a alguien más pero siento que eso es parte de la medicina, dejar de pensar en ti un momento, lo que te molesta lo que no te gusta y empiezas a ser alguien más en ese momento. Respondiendo otra pregunta, siento que la distancia depende de cómo es la paciente, pero puedes estar parado, viéndola a los ojos para no poner superioridad, el tono de voz suave, palabras bonitas y sin complejión, dejar de preguntar cuando está teniendo una contracción te va peor.

Anexo 7: Tercer Focus Group

En gine me tocó la experiencia de que muchos doctores escuchan libremente al paciente, o sea lanzan una pregunta abierta. Me tocó más en el área privada que las personas se explayan a más no poder poder y llegó un momento en el que el médico se interviene para que no se de más,

Con el fin de que ella se sienta escuchada pero también sin desviarnos de lo que viene. En cambio en el área pública, me tocaba muy poco pero si había que el médico se enfocaba en

preguntas de si o no y cuando el paciente se explayaba era de que no te desvíes, querían a lo que iban y rápido para terminar con las listas de pacientes que tenían pendiente y pues eran preguntas muy directas y a veces los pacientes se sentían como que puedo hablar o no puedo hablar, el paciente no está cómodo.

En el hospital público estaban acostumbradas a preguntas de si o no, ya no hablaban tanto y no se explayaban.

Yo si estaba en consulta aquí en el zambrano y lo que me gustaba de mi tutor es que formaba una relación antes con el paciente y pues los pacientes llegan a ser más abiertos con él, con más confianza, pues llegan y no solo le cuentan de sus problemas médicos, sino también personales. En caso de pediatría, hay mamás que no solo llevan a consulta al niño o niña, sino van a hablar con el médico. Lo que yo vi con mi tutor es que les pregunta sobre sus tratamientos y pide que expliquen el tratamiento o receta para ver si lo está captando y así la mamá da la versión de lo entiende y el doctor la corrige, es decir, asegura que entendió el tratamiento o manejo que se dio a su hijo.

nos han dicho que se debe hacer en nuestras clases, es lo que nos dicen que debes asegurarte que el paciente recibió el mensaje, es decir, retroalimentación.

Que cuando hay muchos paciente ya no se les explica nada, ya nada más van indicaciones.

Por ejemplo cuando ya en la mañana hacemos el cambio de turno y entregamos, se se toma el tiempo de ok señora sabe qué es lo que pasado, sabe que es lo que hemos hecho con esto. Sabe lo que va a pasar en estos días, porque pues muchos van a terminar internados unos 3-4 días, en lo que autorizan la notarios y eso también se les explica o que se les debe hacer estudios especiales y que va a tardar y estará mucho tiempo aquí, para que se prepararé.

Noto mucha diferencia entre ambos sectores, público y privado. Considero que la causa por la cual en el público no se da la explicación completa o asegura el consentimiento informado con la seriedad que se le debe de dar es por el flujo de pacientes, cómo es un flujo pues muy grande y continuo de pacientes que hay mucho de cantidades de personas, lo que quieren los médicos es atender a todos y rápido para recibir nuevos y dar de alta a los que ya.

cuando van a pasar a una cirugía de qué señor por favor firme aquí para poder pasar a la cirugía, lo necesitamos para que pueda pasar si no pues no puede pasar. Pero no se da en todo ese tiempo de explicarle todos los asuntos o riesgos de anestesia de lo que se usa.

Nada más hay unos que no pero es poco la importancia. En cambio que en el privado si en notado que la atención es muy diferente este se les explica bien el paciente ya los otros familiares el consentimiento de que esto va pasar en esta ocasión el procedimiento tiene sus riesgos y beneficios y luego viene la anesthesióloga después explicar lo mismo del consentimiento de anestesia

El consentimiento informado es explicarle al paciente este papel me deja dice que este papel dice que va a estar internado este papel dice que es para sangre en caso de que la necesite y estos papeles para la anestesia o sea como que ese es el requerimiento que tengo para hacer lo que voy a poder hacer pero nunca explicas lo de cómo se debe hacer los riesgos y los beneficios o sea no explicas todo el contexto es nomás como aquí autorizas esto y ya terminó

En el ámbito público muchas veces tú eres el que muestra del papel de consentimiento informado mientras mientras que casi el momento de realizar los procedimientos ya lo firmaron antes o enfrente del médico tratante vivo enfrente una enfermera que son profesionales no son estudiantes internos como nosotros pues yo también en el área privada

llegué aquí como estudiante de firme el consentimiento pero ahí incluso en los residentes no se explicaban que es el consentimiento y esto es lo que le vas a decir y acuérdate que es esto y esto y esto y es en el favor de explicarle hasta que lo firme, a mi me lo explicaba la residente antes de irlo a firmar

No hay una clase pero el doctor siempre nos decía que primero hay que escuchar al paciente y que de hecho hay un estudio que dice que primero hay que escucharlo como un minuto y medio aproximadamente y en ese minuto y medio tú puedes saber la mayoría de sus quejas y por eso puede saber en qué vas a abundar sobre el tema y qué preguntas hacer y así puedes tener un aspecto más grande de ideas y descubrí que más tiene el paciente.

También yo creo hay un aspecto psicológico muy importante en cuanto al trato con el paciente porque en consulta es con una plática de café privada muchas veces y el paciente tú podría hacerle todos los medicamentos pero si el paciente no se va a satisfacer porque no le caíste bien él no se va sentir bien psicológicamente entonces eso también puede alentar a su salud

a veces no se da mucho hincapié en tener una buena comunicación con el paciente.

“bueno yo estudié aquí, hice esto, aquello, y ahora soy profesional” y eso es muy importante y muy bueno, pero lo que no te enseñan es lo que tienes que desarrollar en consulta ese tacto, es decir, hacer la consulta amigable o amena porque una vez me tocó una paciente que le estaban haciendo un ultrasonido y la paciente empezó a llorar “es que es muy serio, no me ve a los ojos, no me cuenta chistes”

Yo creo quizá de personalidades a las que se le da más tener una buena comunicación por sus aprendizajes personales, que se va aprendiendo cuantos doctores son la gente que te rodea.

Se aprende mucho observando también, yo también siento que ya lo debes de tener o lo desarrollas; es personalidad aunque muchas personas ya los traen.

Hay médicos que no se les da las cosas sociales que se les desarrolle estabilidad y hay médicos que ya vienen con esta capacidad social y la pueden tener dentro de su consulta sin problema.

-pero entonces es como adyacente, es poco importante o muy importante porque al final todo tu conocimiento se enfoca en el paciente, entonces tu interacción social, pues la relación, toma un eje importante importante, muy importante, súper importante, crucial, equis.

Yo digo que es primordial o crucial porque si no puedes tener una buena comunicación, en primera no puedes conocer a tu paciente y en segunda no te voy a contar bien o no sentiré esa confianza de contarte todo lo que estás sintiendo. Además de sus antecedentes y pues no vas a poder asegurar que lo que tú le estás explicando, para su mejoría o tratamiento, y lo voy a comprender al 100%, pero como van a seguir tus indicaciones, sin siquiera puedes tener una comunicación efectiva con las personas pues no vas a poder lograr formar como esa unión.

Si no tienes esa capacidad o no lo desarrollas pues no vas a lograr mucho si facilita todo, facilita obtener información, darte información que el paciente siga tus indicaciones, tus recomendaciones y hasta cuando tiene que volver pues vuelve voluntariamente en vez de obligado porque lo pones en un ambiente relajado porque casi siempre el paciente está nervioso por lo que tiene o tú, porque no lo conoces

Cuando ya tienes una comunicación efectiva y establecida pues el mismo paciente te puede comenzar involucrar con mayor confianza de contarte “oye quiero hacer esto, qué pasa si

mejor me voy por este tratamiento” o incluso ya te pueda comenzar a preguntar más cosas de “qué otra manera no te preguntaría”

Muchas veces si te dice el paciente “ah pues yo estoy tomando parte de su tratamiento naturista” y si tú conoces, puedes ver que no tiene ningún efecto dañino, pues le dices “ah perfecto se puede seguir tomando ese tratamiento pero aparte te voy a dar este”, entonces pues él también se busca también la comunicación pero en cierto tipo de pacientes puedes aceptar eso porque al final de cuentas son sus decisiones y

Le explicas un diagnóstico y le das diagnósticos diferenciales de lo que puede tener le da su pronóstico dentro de esos diagnósticos diferenciales, cómo le va a ir con cada uno de esos y bueno creo que igual tiene que entrar el ámbito público y privado. En el ámbito privado he notado que el paciente interactúa más con la toma de decisiones en el abordaje

Pues porque hay más tiempo al final de cuentas el paciente está pagando...

Aparte muchas veces el mismo paciente ni siquiera se siente con confianza o con la habilidad o el derecho de preguntar. Me han tocado muchos pacientes que les dices “ tiene esto y esto es lo que se hace o lo que queremos hacer, lo que podemos hacer” y la paciente dice “ok” y nosotros preguntamos tiene dudas tiene preocupaciones quieres saber algo más y él responde “no, no pues usted sabe haga lo que tenga que hacer”. Muchas veces en el público no sé si no se siente con la confianza de preguntar de exigir o de querer hacer otra cosa

Es lo que iba decir que yo no estoy acostumbrado, que en el área pública recibir uno, cuando explicamos un consentimiento si me dió como un shock, bueno no frustración, me sorprendió al principio así que le dije “bueno es saber los riesgos que esto tiene para que no se le realice esto” y pues si me sorprendí el momento pero ya después le expliqué los

riesgos, sino quieres tu diagnóstico esas son las alternativas y ya después no sé qué pasó pero el médico convenció la paciente de que si se realizará el estudio diagnóstico de su hijo Digamos que ya el médico interpuso su conocimiento.

No todo mundo tiene el mismo grado escolar o habla de la misma manera entonces de que hay que poner ese mismo nivel que el paciente y pues yo también me gustaba mucho lo que te decía javier que hay que escuchar primero la paciente para ver tu como vas hablarle porque si yo empiezo hablar sin saber cómo ella habla, los conocimientos que tiene pues probablemente yo voy a estar desperdiciando 10 minutos en algo que no estaba en el nivel.

Por ejemplo, capaz que ya sabe y tú le estás dando en la misma información

Hay muchos doctores que preguntan, y usted qué sabe de esto para que pues ya te digo el paciente si lo que sabe de su apreciación y tú puedas poder orientarlo

Sí me sorprendí al llegar al hospital nosotros aprendemos todo a base a guías y estudios realizados pero cuando ya llegas a la verdadera práctica clínica, te das cuenta que a veces esas guías, pues no las toman tanto en cuenta

Estas guías las tomas como pasos a seguir obligatorios, pero ya en la verdadera práctica clínica, sin nada más como recomendaciones

Muchos médicos dicen que esa es su experiencia y que en eso confían, más en su experiencia que en las guías

A veces las guías de México no son las más actualizadas pero hay estudios de estados unidos o España que tienen lo más nuevo y funcionan mejor y los médicos que estudian eso, lo aplican

El término consentimiento informado es como una decisión del paciente pero es una decisión informada o sea el paciente está informado de lo que acaba de consentir, valga la

redundancia. O sea, está informado, sabe lo que acaba de decidir y tomó la decisión sabiendo pues en sí los beneficios y riesgos y todo lo que implica esa decisión.

Llegando a una buena comunicación con el paciente y después explicándole toda esa información al nivel al que se le necesita explicar con un vocabulario y términos que se necesitan.

Al intercambio de información.

Yo creo que hay mucha desventaja ahí porque aunque se baje el vocabulario a su nivel a veces no se puede o no va a entender exactamente cómo es lo que queremos explicar sobre los riesgos y beneficios lo que va a pasar con el procedimiento o lo que se tenga que hacer.

Alumno: pues un documento médico legal al que una persona accede, o un procedimiento o una intervención un tratamiento una recomendación médica.

El oral, el escrito, los implícitos.

Muchos aún así preguntan eso, ¿para qué es eso o qué me va a hacer? Después aunque no pregunté el paciente aún así se le debe de explicar. Hay veces en las que se le dice vamos a pasar oxitocina no saben.

Es una representación ya legal pero pues en realidad es todo esto el fenómeno el que yo te estoy explicando qué tienes qué es el procedimiento que te voy a hacer beneficios y riesgos y alternativas, o sea eso es todo lo que es el consentimiento en sí y pues vaya no siempre tiene que consentir, más bien tal vez te dice que no quiere que se haga el procedimiento.

El consentimiento informado físico es más que nada la garantía de una comunicación efectiva, o sea que el paciente entendió y por eso o rechaza o acepta, es como una evidencia.

No estoy de acuerdo muchas veces pero tengo que, estoy obligado a respetar lo que decidió, nada más hay que dejarlo plasmado que se le informó y él decidió esto. Lo que pasa es que en algunas ocasiones es que se negó y también hay que dejarlo plasmado que se negó, porque sino deja plasmado

-es que siento que hay como un gap ahí, ¿no? Es que siento que está el consentimiento informado y luego la decisión del paciente y tienen una idea de que existe una comunicación, pero en este proceso comunicativo tiene que ver entre el médico y el paciente para qué realmente haya un proceso comunicativo

Romper el hielo, sí, tiene que tener calidez, ser muy cálido.

Por lo menos que tenga la apertura para escuchar al paciente de propiciar esa relación que a lo mejor yo creo que sí debería de ser cálido, pero si no pues por lo menos la apertura de escucharlo y como que el paciente sepa que pueda expresarse y puede dar su opinión. cuando se saluda de darle la mano y verlo a los ojos y darle palmadas cuando se vaya, eso puede cambiarlo mucho, pues el contacto físico cambia mucho la perspectiva. Paciente inconforme y me toca ver que los médicos dicen, bueno señora aquí usted no está en la cárcel, usted está aquí porque quiere y nosotros estamos atendiendo porque queremos y porque es nuestra responsabilidad.

+alumno: porque nunca hablé con ella y pues a veces esperaba que ella supiera cómo es un parto.

-¿y entonces ahí le dicen usted no está aquí a la fuerza?

Dos o tres que se han querido ir y es de que, bueno señora, usted no está aquí a la fuerza. Si se quiere ir, se puede ir nada más que bajo riesgo y si se quiere ir hay que firmar un papel que no nos hacemos responsables. Y ahí es cuando ya le empiezas a decirles sus derechos.

Me ha tocado que ya les empiezo a dar sus derechos cuando la evolución del procedimiento, enfermedad, tratamiento o atención no está resultando conforme a las expectativas tanto tuyas como las del paciente.

La comunicación es muy importante de tener, sobre todo con el niño porque hay veces que el niño de un año o de meses no te va a hablar, entonces a muchas mamás lo que les importa es quién sabe qué les está pasando a sus hijo y eso está en el área pública y privada, es igual, y lo que yo he notado mucho en los médicos es que les explican al nivel de las mamás lo que está pasando con sus hijos, o sea, hacen comparaciones de términos médicos con términos que ellas varían día a día.

En gine es como más paternalista que pediatría.

Pues está con dolores, va a tener un bebé. Aparte la relación es más directa, aquí es bastante indirecta la relación entre paciente, madre y médico. Tienes que ganarte a un tercero.

Si le expliqué que tenía que ser más consciente de las personas que estaban a su alrededor porque era una falta de respeto y como que no entendió y pues ya el resto de su estancia se mantuvo bastante callada.

Tienes que ser como mucho lo que dicen los valores del tec y eso, humanos. La verdad ya con tener sentido humano y ponerte en el lugar del paciente, más sobre todo si sólo vas desarrollando durante este periodo de 2 años que te expones a muchos tipos de pacientes en la paciencia. Yo si he notado como que mi paciencia la he ido reforzando mucho durante estos 4 meses que llevamos apenas porque toca a veces que estando desvelado con pacientes difíciles, pues tienes que aguantar y no porque tú estés cansado les vas a hablar de otra manera con los que estabas hablando muy bien cuando estaba recién levantado, sin sueño ni nada estabas hablando muy bien. Tienes que desarrollar muy bien esa paciencia

para no perder tus valores, lo que estábamos leyendo del profesionalismo, solamente por falta de paciencia de uno mismo. Como que siento que la verdad es la paciencia algo que nos tiene que ayudar a que todos los valores con lo que ya contamos no se nos caigan cuando perdemos la paciencia.

Pienso que el paciente es un reflejo del médico, de cómo te sientes tú es como vas a hacer sentir al paciente.

En mi caso siendo hombre nunca he experimentado un parto y nunca me va a pasar pero pues ese acompañar y decirle a la señora, pues yo sé que le está doliendo pero pues esto va avanzando, o sea en lugar de decirle, ya cálese o aquí voy a estar con usted al final.

Intentar tú ponerte en su lugar lo más posible aunque no puedas al 100%.

Anexo 8: Cuarto focus group

Profesora: Y a ver, ¿preguntas al respecto de los indicadores? Entonce les voy a poner aquí por si no se ven ahí. ¿De qué manera te dispones a escuchar a tus pacientes en la rotación clínica? Lo que han hecho aquí mediante pediatría ¿Cómo te relacionas con tu paciente en la consulta clínica? ¿Cómo ha sido la escucha en el campo clínico y en los hospitales donde has estado? ¿Cómo les han enseñado en la escuela de medicina a que sean escucha clínica? ¿Cómo haces para entender la perspectiva del paciente? ¿Qué le preguntas para saber sus necesidades? ¿Cómo entiendes la perspectiva cuando una paciente por ejemplo habla mucho y tiene otro bagaje de a lo que le llamamos cultura que podría ser diferente sexo, o identidad de género o edad, estatus socioeconómico, religión? ¿Cómo pueden incluir eso en sus procesos de atención al paciente? ¿cómo lo resuelves a diferencia de los contexto? ¿cómo te aseguras que sea comprendido por tu paciente y su responsabilidad y lo acepten de manera voluntaria? Ahí están en la pantalla de alguna manera ir contestando estas

preguntas. En general, es como toda la parte cultural, interrelacional con el paciente en la comunicación, lo que les han dicho, lo que conocen, lo que han hecho, lo que ven que hacen, y lo que debería de ser? ¿alguien?

Estudiante 1: yo siento que nos han dicho cómo debe de hacerse pero siento que es muy diferente cuando lo ves y cuando lo haces. Hacerlo es relacionarte con el paciente de otra manera, te pueden explicar mucho y te dicen que debes de ser empático y tienes que ser todo lo que te dices. Cuando estas en frente del paciente cambia un poco tu perspectiva sobre las situaciones del paciente. Luego te dicen que tienes que ponerte en los zapatos del paciente pero siento yo que es algo muy complicado, esa persona está pasando por muchas cosas que yo nunca voy a entender. Entonces, siento que tener la empatía para enfrentar esas situaciones es muy difícil. Sí podemos lograr ser empáticos pero nunca vas a poder sentir lo que ellos sienten.

Profesora: ¿Ser empático es sentir lo que ellos sienten?

Estudiante 2: Depende, nunca vas a sentir lo que siente el otro al 100%, pero puedes estar en situaciones similares como estar enfermo, bueno es lo que yo hago es eso, yo he estado enfermo y recuerdo cómo me sentía y me estoy imaginando que él está pasando por algo similar.

Estudiante 3: pero yo siento que sí te puedes relacionar con alguna enfermedad común pero hay situaciones en las que yo digo que nunca jamás voy a poder sentir lo que ellos sienten. Por ejemplo, a mi me tocó una paciente en el metro que llegó porque era su quinto hijo y su esposo la golpeaba, básicamente fue violación del que estaba embarazada, y estaba preocupada. Sí podría decir, pobre de ella que está en esa situación, pobre que esté aquí

sola en el metro, pobre todo pero yo ahí digo nunca voy a poder sentir lo que ella siente, no solamente la enfermedad sino todo el contexto social que estaba pasando.

Estudiante 4: siento que también muchas veces que sí tratamos pacientes que la están pasando muy mal, distintos diagnósticos, distintas maneras de pasarla en el hospital y bueno yo he aprendí mucho cómo no sentarme tanto en sí tiene un problema pero hay también pacientes que quieren ser escuchas y tratados como una persona, porque quieras o no muchas enfermeras y doctores u otro personal lo ven simplemente como pacientes y muchas veces solo quieren convivir y hablar de otras preocupaciones. Estando aquí, me ha tocado estar 10 semanas en el materno y creo influye estar en un público o un privado, es distinto. Me he dado cuenta que es distinto el contexto.

Profesora: ¿Es distinto público y privado?

Estudiante 2: Sí

Estudiante 4: Considero que en nuestro contexto, como muchos pacientes me han tocado que simplemente por el hecho de no tener recursos, están esperando que les aprueben cierto estudio ahí, yo no había sido tan consciente en eso. Como que tenemos más recursos, más oportunidades, más conocimientos y cosas. Al estar en ese ambiente me he dado cuenta que pues hay que ser más empático y comprender de distintas maneras en ese aspecto a pacientes.

Estudiante 1: yo no he pasado por FDA en secretaría pero lo que pudimos ver en gine, se notaba mucho cómo trataban a las pacientes en el materno de aquí. Aquí en el ***, las tratan super bien y en el materno están solas, no hay nadie que las “pele”, con trabajo nosotras éramos los que nos acercábamos. El ginecólogo de guardia nunca les habló, el residente un poquito con trabajo.

Profesora: ¿Pero dices con trabajo? ¿por qué contrabajo se acercaba?

Estudiante 1: cuando estábamos nosotros, estábamos solos y había demasiado trabajo y tenias que dividirte y quieres ayudar a ella y a la otra pero no me daba el tiempo de estar con todas

Profesora: entonces, ¿la cantidad de paciente disminuye la atención?

Estudiante 2: sí la atención y la calidad. Yo veo en los residentes y en los compañeros que hay clasismo en los hospitales privados y públicos, porque en los públicos se sienten con más libertad de tratar no tan bien al paciente porque sienten que no va a ver repercusiones contra ellos y eso es lo que yo sí he visto, incluso en residentes cómo se comportan aquí con pacientes y luego van a hospitales públicos como el Metropolitano y se comportan totalmente diferente con los pacientes. No les explica tanto, también va mucho la carga de trabajo pero he visto que si hay una desigualdad económica, la gente se siente con más libertad de hacer lo que ellos quieran y no tratar de correcto al paciente. Y luego lo peor es que si lo ves de tus superiores se te pueden pegar a ti si no te das cuenta.

Profesora: ¿Ustedes han copiado a sus superiores malas prácticas o buenas prácticas? ¿Cuál podría ser un role model de atención al paciente ? Sin decir su nombre, ¿Cómo es el trato ideal del médico a copiar? ¿cómo escuchan, cómo les han enseñado a escuchar?

Estudiante 2: pues lo haces inconscientemente, estas con doctores o residentes y haces lo que ellos hacen. Con eso del curriculum tú captas y ahí aceptas lo que es correcto y tú lo empiezas a hacer. Nunca ha habido algo verbalizado, sólo lo que ves en los propedéuticos, pero en clínicas tú agarras la onda.

Estudiante 3: yo a los que les aprendo un chorro de cómo tratar a los pacientes han sido a los pediatras, cuando estamos en gine hay diferentes personalidades, pero que los pediatras está súper padre ver cómo tratan a los pacientes, porque en gine son muchos diagnósticos, y

en pediatría es como tratarlo bien, escúchalos, preguntale bien, haz todo para que ese paciente sea especial, luego habla con el paciente, lo visitas y le llevas algo. Lo llevamos y hablamos con él, le preguntamos mucho de su vida. Siento que de ahí puedo sacar mucho de cómo tratar a los pacientes.

Estudiante 1: igual puede ser porque solo hemos estado ahí.

Estudiante 2: sí claro pero yo no siento que en gine el trato sea personal como en pediatría.

Profesora: con respecto al consentimiento informado, ¿qué se entiende como consentimiento informado? ¿qué entienden ustedes en la práctica como consentimiento informado? ¿cómo lo transmites al paciente? ¿Cuál es la labor del paciente frente a eso? ¿qué tipos de consentimiento conoces y cuántos has aplicado hasta ahorita? ¿cómo te aseguras que el consentimiento informado sea entendido por el paciente para que comprenda la situación? ... ¿Qué es el consentimiento informado?

Estudiante 3: el paciente sabe y entiende de qué se está tratando la situación, que tú le puedas preguntar “ a ver ¿estás entendiendo? Explicámelo con tus propias palabras” y él libremente lo pueda hacer y no tenga dudas al respecto.

Estudiante 1: y que sabe por lo que está pasando o por lo que va a pasar, también el procedimiento y que sepa cuales son las complicaciones y beneficios

Estudiante 2: realmente lo que yo he visto en clases es que no se explica completamente porque también se supone que debes de explicar otras opciones que tengan y es lo que he visto que a veces lo hacen incompleto, esto de la parte del consentimiento.

Profesora: ¿En la práctica? En la clase es una cosa y en la práctica es otra.

Estudiante 2: Sí porque en la clase te dicen que tienes que explicar todo esto pero en la práctica no se hace.

Profesora: ¿por qué?

Estudiante 2: por ejemplo, cuando me mandan a mi, pues obviamente yo no tengo el conocimiento completo para saber todas las complicaciones que pueden suceder por este procedimiento y el residente sí, pero como me mandaron a mí, me ponen en una situación de si no sé lo que puede pasar, ¿cómo le puedo explicar al paciente que le puede pasar eso?

Por falta de conocimiento. Obviamente tengo una idea, y sé lo que va a pasar y le explico todo lo que yo sé, pero si hay algo que no sé, no se lo puedo transmitir al paciente. Yo opino que nos deben de enseñar primero tienes que decirle eso y luego ya lo hacemos nosotros para verificar que estamos en la misma página tanto el residente como estudiante.

Profesora: ¿cómo debería de interactuar el paciente frente al consentimiento informado? ¿cuántos tipos de consentimiento hay? ¿Cuál es el actuar del paciente? ¿Qué derechos tiene el paciente ante el consentimiento informado? ¿Qué debería de saber? ¿Qué deberían de deliberar?

Estudiante 4: si no conoces del todo, complicaciones, o beneficios, o alternativas, el paciente debería de preguntar eso y también del procedimiento en sí del que se está hablando. Hablando de métodos anticonceptivos, las opciones que hay, cómo se puede adecuar al paciente.

Profesora: ¿Y lo hacen, sucede?

Estudiante 2: a mi me ha tocado que no, en hospitales públicos, nada más llegan y les dices que firmen y firman.

Estudiante 4: Se busca instigar a la paciente a que escoja algo que nos conviene a nosotros. Siempre con el DIU, la aplicación de DIU's de manera generalizada porque solo se firman

el consentimiento pero no se explica que es un consentimiento para el uso de ese método anticonceptivo que tiene esos beneficios.

Profesora: ¿Se le tendría que informar a la paciente? O ¿Se le tendría que pedir una decisión a la paciente?

Estudiante 4: Se le debería de informar las opciones que tiene porque luego no tienen ni idea de las opciones que tienen, entonces nosotros estamos en la posición de brindarles información para que ellos puedan discernir y ellos puedan escoger lo que es mejor a sus necesidades, porque luego si no conocen lo que tienen a su disposición, no podrían decidir.

Estudiante 2: no te preguntan porque no saben.

Estudiante 1: el objetivo final es que que ellas o bueno, el paciente compren pero ya con información

Estudiante 4: Eso es lo que brindamos nosotros cuando vamos a pedir consentimiento: beneficios, complicaciones.

Profesora: ¿Cómo te aseguras que el consentimiento informado sea comprendido por el paciente para que comprenda el lugar que debe ocupar en ese fenómeno?

Estudiante 4: preguntar directamente.

Estudiante 2: ser sinceros, que es un protocolo legal, se tiene que hacer porque hay complicaciones, porque usted tiene que decidir su tratamiento, le explicas que usted tiene autonomía. Aparte de que explicas su enfermedad, le explicas el qué vas a hacer, por qué los vas a hacer y cómo le va a beneficiar, complicaciones y ya luego le explicas la parte legal de que ellos tienen la última palabra en esto.

Profesora: ¿El paciente puede rechazar? ¿Se le dice?

Paciente 4: puede rechazar el procedimiento porque el consentimiento es un derecho.

Paciente 3: Yo sí creo que es muy difícil saber si están comprendiendo todo porque yo siempre he preguntado si está de acuerdo o entendió todo y apesar de que lo expliqué todo...

Profesora: ¿Cómo tienes que explicar? ¿Qué es lo que hay que hacer? ¿Qué les han dicho?

Estudiante 2: tienes que acoplarte al nivel socioeconómico y el nivel educativo del paciente.

Profesora: ¿Y eso cómo le haces? Si eres médico, no eres pedagogo o psicólogo.

Estudiante 4: yo me imagino que le estoy explicando a mi hermano

Estudiante 3: yo no siento que tienes que ser pedagogo para poder hablar con alguien, simplemente explicar con palabras sencillas como lo haríamos normalmente sin utilizar palabras médicas y se da a entender.

Estudiante con mayor nivel de educación puedes elevar la complejidad de la explicación.

Estudiante 3: creo que la mayoría de la gente sí entiende, solo que hay algunas situaciones que saben que si no toman esa decisión o no están de acuerdo pues no les queda algo, sus opciones no son tan buenas. Entonces a pesar de no estar 100% convencidos, lo aceptan porque creen que es lo mejor y están confiando de que tú los estás guiando.

Profesora: ¿Pero en qué momento es lo mejor? ¿En qué momento el médico puede sesgar o manipular un tratamiento?

Estudiante 3: pues desde que se hace un diagnóstico y se decide un tratamiento.

Estudiante 2: Se pueden aprovechar de la vulnerabilidad del paciente, pueden estar sufriendo y muchas veces el médico pueden tomar opciones y llenar el consentimiento por papelería.

Profesora: ¿Eso casi no pasa o sí?

Estudiante 2: si estás en urgencias o en zonas donde hay mucha cantidad de pacientes y pues básicamente con la cantidad baja la calidad y tienes que ser eficiente con el tiempo y eso no te permite dar la suficiente información al paciente del procedimiento a realizar.

Profesora: ¿Eso se justifica? ¿Cómo que baja la calidad de acuerdo la cantidad?

Estudiante 4: No pero es que me acuerdo de una noche hace como tres meses, que nada más había dos residente, un compañero y yo, entonces se fue acumulando la papelería y los consentimientos no se firmaban antes de que pasaran las señoras, entonces le dije no vamos a acabar los documentos, historias porque siguen llegando. Entonces nos dijeron que las pasaramos y ya en recuperación ya que hicimos todo, ahí lo completan en la mañana siguiente.

Profesora: ¿De cuántas personas estás hablando? ¿Cuántos pacientes para cuántos médicos? ¿30?

Estudiante 4: No más, eramos 4 en la guardia, como 15 pacientes por médico.

Estudiante 1: yo siento que como estábamos en nuestra rotación, no era posible que todo el servicio de salud de Nuevo León de Ginecología fueran para 4 personas, en primer lugar estamos bebés, somos EMI 5, llevamos un mes ahí. ¿Qué tanto más de calidad queríamos? Luego el residente que no se puede quedar a explicarnos cada cosa. No podemos esperar. Obviamente la calidad se baja, la cantidad rebasaba nuestra capacidad de calidad. Estaba imposible.

Estudiante 3: pero eso siempre pasa, la verdad, me he dado cuenta que la carga de trabajo te impide seguir realmente al pie todos los protocolos que hay.

Profesora: ¿Entonces eso genera una práctica médica?

Estudiante 2: eso genera una mala práctica médica, porque no estás siguiendo los protocolos y se supone que están ahí por algo. La carga es tan excesiva que no te da tiempo de cumplirlos a la par.

Estudiante 1: Para cumplir un protocolo necesitas una cantidad de personas capacitadas mínimo y eramos 6 personas para 60 personas. Estamos haciendo cosas al mismo tiempo.

Estudiante 4: No solamente capacitados sino descansados, comidos, sentados.

Profesora: ¿Cómo manejas el respeto hacia las decisiones de tu paciente? Es un indicador.

Estudiante 3: no lo ven bien, yo sí he visto que doctores que si el paciente no quería el diu, los doctores se lo ponen.

Estudiante 1: yo siento que si hay personas, el paciente dice que no, sí eran buenos pero si les decían que no hay problema pero no buscaban una alternativa para ella.

Estudiante 2: Sí lo aceptaban pero a regañadientes.

Profesora: ¿En qué nivel de toma de decisión y respeto del paciente está hasta ahorita su conocimiento? ¿En el paternalista donde el médico hace lo que quiere, se le informa pero prácticamente tiene que obedecer o en donde el paciente toma decisiones por autonomía?

Estudiante 2: yo estoy en esa, yo siempre pienso que, le informo todo, yo sé lo que le va a beneficiar, pero al final de cuenta es su cuerpo, su vida, y el tiene la última palabra y yo respeto más eso que mi conocimiento médico. Yo tampoco puedo ponerme en el lugar de que tienes que hacer porque te va a beneficiar pero al final yo no tomo esa decisión, yo no estoy ahí para obligarlo a nada, yo estoy ahí para brindar apoyo.

Estudiante 3: De hecho, no tengo duda que muchos de los cracks hayan iniciado como nosotros, pensando en el principio de autonomía por parte de los pacientes pero tal vez por la carga de trabajo, por cansancio y horas de trabajo dejen de hacerlo.

Profesora: ¿Sobretudo en gine?

Estudiantes: sí y en cirugía.

Profesora: ¿En cirugía cómo es?

Estudiante 3: apenas ya que salió el paciente, es como no firmó estos papeles el paciente, no les dicen del procedimiento de hace dos días.

Estudiante 4: si pasa mucho eso en interno, me acuerdo que había un paciente que se quejaba mucho de un síntoma, realmente era por su tratamiento y nadie le explicó que sus medicamentos les iban a dar efectos secundarios.

Estudiante 3: A veces llegan complicados los pacientes, los están operando y los familiares no saben qué está pasando, no les informan nada.

Profesora: ¿cómo afecta tu relación con el paciente con las diferencias de sexo, identidad de género o socioeconómicas que tienes tú como profesionista con las personas que tratas? Es decir, ustedes como médicos tienen una alta cultura que generalmente es dispar del paciente.

Estudiante 5: depende de cómo estés, es como nuestra relación. En el materno, aquí es una personita, entonces es muy diferente como vas a tratar a un paciente en tecs salud, tú apunta lo que dice la paciente, hablas un poquito con el paciente, eres propio y luego en Secretaría, igual es la misma propiedad, pero luego todo el contacto con el paciente eres tú.

Profesora: ¿Es salud pública?

Estudiantes: sí

Estudiante 4: la verdad no creo que afecte tanto pero sí puedes detectar que hay una diferencia. En privada puedes ver que llega la persona que está sobreeducada o tienen un a idea incorrecta o que ya pasó por mil médicos y pues no puedes decirle directamente que eso no sirve, te lo calles y en la pública pasa que el paciente que no sabe nada o tiene cero

conocimiento de lo que está pasando. Sí lo percibes pero sí te puedes adaptar a la situación correctamente.

Profesora: ¿La escucha al paciente es primordial?

Estudiante 4: Sí, porque así puedes ver cuál es su perspectiva y ya desde esa perspectiva puedes elaborar lo que vas a hacer, cómo vas a hablar o qué vas a decir. Porque si es un paciente que lleva 20 visitas al doctor de la misma enfermedad ya no tienes que recalcar lo que está pasando.

Profesora: ya hasta sabe.

Estudiante 4: si ya está muy educada y sigues con lo actual y si es la primera vez pues sí recalcas.

Profesora: ¿Has experimentado de algún tipo de conflicto cuando tratas de reconciliar lo aprendido como el deber ser que les han enseñado y las decisiones que toman frente al paciente?

Estudiantes: sí

Profesora: ¿Algún ejemplo?

Estudiante 4: en la guardia estás tan cansado que empiezas a actuar de alguna manera que tú no piensas que es la correcta o la mejor.

Profesora: ¿Tú estás consciente de que lo estás haciendo mal?

Estudiante 4: sí, pero estás tan cansado o tienes tanta carga que si no lo haces así, no vas a terminar.

Estudiante 3: yo lo que he notado, es que omito cosas porque estoy cansada o ya no puedo más. El ejemplo que más marca a nosotros es omitir ayudar, te piden algo y tú de bueno y son las 4 de la mañana, y piensas: no me he sentado, me siento super mal, deberías de estar haciéndolo pero estás sentada no lo estás haciendo. Estás omitiendo eso pero ya no puedes.

Profesora: En un estudio o tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con los pacientes, ¿sí o no y por qué?

Estudiante 4: legalmente sí, pero no por su autonomía, bien informado, toma su decisión, no. Normalmente utilizas mucho lo del paternalista: vamos a hacer esto porque te va a ir bien.

Estudiante 3: sí se da la información pero se impone.

Estudiante 1: no es una cosa de privado o pública. Siento que hasta en privada le imponen las cosas, en ese aspecto de la medicina yo siento que todo infiere si estás en Secretaría o en tecs salud.

Estudiante 4: no pero sí se ve más en público.

Estudiante 1: obviamente sí pero siento que es algo de medicina de tratar de imponer algo. Es como tu digas te va a recomendar algo un contador cuando el médico te dice algo.

Estudiante 3: en público lo que me ha tocado es que el médico pone el tratamiento y se lo va a dar a sabiendas que el paciente no va a responder o no va a preguntar no se va a negar simplemente lo va a aceptar. En cambio en un ambiente privado los médicos son mucho más cuidadosos, aún así imponen, pero manipulan diferente porque saben que el paciente sí va a hacer preguntas, va a entender un poco más de lo que hablan, pueden preguntar por otro tipo de cosas o no estar de acuerdo. Aun así el médico la mayor parte de las veces termina haciendo lo que sabe que es mejor o lo que quiere pero de una manera diferente.

Profesora: con cariño, con todo respeto.

Estudiante 1: no necesariamente eso porque a mi nunca me ha tocado ver al menos así en una consulta pública que traten mal a las pacientes, les hablan bien, sí solo saben que la paciente no va a decir ¿por qué me estás poniendo este medicamento y por qué no mejor este? Cosa que a lo mejor en privada sí pasa.

Profesora: ¿Por qué no pasa en pública?

Estudiante 2: porque no tienen otra opción, no tienen a donde más irse.

Estudiante 1: por el nivel educativo.

Profesora: ¿Qué más?

Estudiante 2: sólo hay ese medicamento

Estudiante 3: les dan un servicio que no van a poder conseguir en otro lado. Yo sí creo que en el servicio que le dan en el materno a pesar de sus cosas malas siento que es un servicio muy bueno a comparación de otros. Porque en otros lugares de verdad...

Profesora: vamos a enfocarnos en las preguntas, porque eso no es de esto. Vamos a hablar del consentimiento informado, al usar un consentimiento informado, ¿informas el objetivo del estudio, procedimiento o tratamiento médico al paciente?

Estudiante 2: sí.

Profesora: ¿Sí informas el objetivo de para qué se va a poner o se le va a hacer?

Estudiantes: sí

Profesora: ¿Al usar un consentimiento informado le informan sus derechos al paciente o lo que estabas diciendo es que les falta conocimiento de derecho al paciente o sí lo saben?

Estudiante 4: sí tenemos una clase de medicina legal y sí mencionan eso pero yo creo que deberían ser un poco mejor que nos informen eso para que lo podamos ejercer mejor.

Profesora: ¿eso qué?

Estudiante 4: los derechos de los pacientes. Un poco más

Profesora: ¿pero tú le informas sus derechos al paciente o no saben qué derechos tienen los pacientes? ¿qué derechos tienen los pacientes?

Estudiantes: derecho al saneamiento, derecho al tratamiento, derecho al procedimiento que requieran.

Profesora: ¿Cómo procuras disminuir la ansiedad, el miedo, la desconfianza de tus pacientes? ¿En el campo clínico, cómo han hecho esto? ¿Cómo disminuyes el miedo tú como residente o la ansiedad o la desconfianza en algún ejemplo?

Estudiante ¿?: yo creo que después de explicarles, aclararles sus dudas.

Estudiante 1: yo creo que es importante ver que las pacientes tienen una diferente experiencia cuando tú estás con ellas, les das tranquilidad, les haces saber que pueden, que tienen la capacidad de por ejemplo tener un parto porque muchas de las veces que tenemos pacientes son muy jovencitas, menor de edad que lo principal es que no tienen idea de lo que va a pasar, tienen un dolor horrible, están solas. Creo que realmente aquí lo único que cambia es que la paciente tenga otra experiencia es que tú estás ahí, a pesar de que a veces dices no tengo tiempo, tengo que comer, le explicas, así como estás tú están todas esas mujeres, todas pasan lo mismo, les explicas y les hablas bien y si tienen alguna duda las resuelves y siento que esto les cambia mucho.

Profesora: ¿piensan en miedo o temer?

Estudiante 2: ser honesto de todo lo que vas a hacer. Que no haya misterio ni quede dudas. Si el paciente se está dando ideas da más ansiedad por eso es mejor dejar claro lo que vas a hacer para que no se meta ideas.

Profesora: ¿Entonces la información les da confianza?

Estudiantes: sí.

Estudiante 2: sí porque si desconoce, se pone más ansioso.

Profesora: ¿Qué estrategias usan ustedes para generar más confianza?

Estudiante 4: muchas veces con el simple hecho de saber el nombre del paciente, si te das cuenta muchos pacientes ni saben quién los está atendiendo, quién ha estado con ellos, quién está preguntando cosas, no saben nada y bueno me ha tocado muchas veces que tú

estás con el paciente y la conozco, sabes cómo se llama, sabes poquitas cosas, con el simple hecho de saber qué va a tener, qué número de embarazo es, detallitos. Al ver el paciente que te preocupas de cierta manera, que la quieres escuchar. De esa manera te ganas su confianza.

Estudiante 2: Incluso presentarte, soy tal tal, voy estar aquí toda la noche, estoy encargado de cuidarlas. Darles la seguridad de vas a estar ahí.

Estudiante 3: Darles a entender que vas a estar pendiente.

Profesora: tu presencia les da seguridad.

Estudiante 2: Sí y saber quién eres. Aunque no estés exactamente para toda la noche, el paciente va a saber que estás aquí. Y ya con eso están tranquila.

Estudiante 4: Igual mostrarles o decirles estadísticas. Por ejemplo, tu caso es este y la mayoría el 98% están como tú y como saben que ya hay personas que pasaron por eso.

Estudiante 1: en pediatría nos estaban contando que hay situaciones que el bebé nace y salen mal o deformación y contarles a la mamá que tu bebé tiene esto, no va a nacer su bebé, ¿qué quiere que hagamos? Les damos opciones. Como involucramos al paciente es mejor.

Profesora: ¿Cómo evalúan ustedes que el paciente ha comprendido lo que va a firmar?

Estudiante 1: Como dijimos al inicio, preguntándole al paciente, que si sabe lo que va a hacer, que lo explique y que si tiene alguna duda.

Estudiante 4: incluso el comportamiento físico, puedes decir si está en duda o no porque si está todo como titubeando pues ves que no está entendiendo. Está distraído o no te puso atención o no te miró.

Profesora: ¿Cómo podrían ustedes hacer realidad el modelo de atención centrado en el paciente? Hay un modelo paternalista y un modelo de atención centrado en el paciente en el que ustedes están siendo educados, ¿cómo hacen realidad ese modelo?

Estudiante 1: pues como estaban diciendo antes, poniendo atención a todos los detallitos.

Estudiante 2: verlo como una persona y no como una enfermedad. Es una persona, ponerse en su lugar, si yo fuera esa persona me sentiría tal y tal y quisiera que me trataran de este modo.

Profesora: ¿pero ustedes dijeron que a mayor cantidad de pacientes menor calidad y luego dices pero es un paciente y luego la otra parte es de cómo el paciente...

Estudiante 1: lo que decimos, es contestando esa pregunta, porque sabemos cómo se deben hacer las cosas bien, pero el problema es cuando estamos en las situaciones como las que nos han pasado, en las que la cantidad de trabajo sobrepasa nuestra calidad, yo creo que sabemos cómo hacerlo, sabemos qué es lo correcto pero sin embargo, no nos da,

Estudiante 3: está fuera de nuestro control.

Estudiante 2: no te alcanza. Los compromisos superan las expectativas.

Profesora: ¿y al terminar la rotación, esto cambia y se convierten en otro tipo de médicos o qué pasará?

Estudiante 4: Yo sí me he dado cuenta que sí te desgasta, saber que puedes dar un trato de una manera que quisieras darlo pero el sistema o cosas externas te lo impiden, obviamente sí te genera un sentimiento de culpa de no hice lo que debería de hacer y por tal razón, y sí es un conflicto sabes lo que tienes que hacer pero por cosas externas te impiden.

Profesora: ¿o hay duda de que ustedes tienen un área de expertis si eres egresado de la uni o del tec ¿qué tan importante es esa interrelación con el paciente?

Estudiante 2: fundamental. De ahí se basa todo, todos los tratamientos se basan, la relación médico-paciente es el pilar de la medicina.

Profesora: ¿Pero siendo tan importante por qué no está en el curriculum? Ya me perdí. ¿Por qué solamente se enfoca la medicina en el curriculum científico y no en esto?

Estudiante 2: porque no ha progresado, se siguen haciendo las cosas como se hacen hace treinta años.

Estudiante 1: Yo siento que está muy difícil, esto va más allá, de cómo quieres ser tú como persona. Te pueden enseñar toda la teoría, pero al final es cosa de ti. Yo siento que no te enseñan, es algo que tú te puedes dar cuenta, los tipos de valores que tienes y el tipo de persona que quieres ser y cómo vas creciendo. Cuando tú ves que alguien está haciendo algo mal, decidir continuar haciendo las cosas mal o decir eso estuvo mal yo voy a tratar de hacer las cosas diferentes cuando yo esté en su lugar. Porque ahorita realmente tu papel no es decidir.

Profesora: sobre la medicina que no ha cambiado en treinta años, ¿confirmas?

Estudiante 1: Yo siento que ha cambiado mucho, la medicina que estudiaban los doctores viejos y nuestra medicina es muy diferente. Nuestra mentalidad es muy distinto a la de ellos. Yo sí siento que la medicina ha cambiado.

Estudiante 2: pero el sistema no porque incluso un doctor que nos ha dado clases, dijo: “ustedes están viviendo la medicina como yo lo viví y eso está mal porque ya cambió todo el contexto pero todo sigue igual, internado guardias y así”. En todo el mundo ya cambió pero bueno aquí en México no.

Estudiante 5: respecto a perspectivas, nosotros vamos a empezar nuestro quinto año y nosotros hemos visto a otros internos de otras universidad en ámbito público sí se nota la

indiferencia, cómo tratan al paciente, estás en una rutina de sacar el trabajo pero está inclinado a sacar la chamba.

Estudiante 2: yo he visto en la gente que viene de la universidad del politécnico, de un año superior sí están muy rectos de tengo que hacer esto y se pasan por alto muchas cosas. Por ejemplo, me acuerdo mucho de que teníamos que hacer un procedimiento a esta paciente y la paciente no quería, hasta físicamente se quitaba a los médicos, de no me toques y no quería que les pusieran nada en sus genitales. Y la estudiante de la escuela pública dijo se lo tengo que hacer, sostengalan y yo de no voy a sostener a un paciente que no quiere. Sonaba tan mal pero lo decía con tanta naturaleza pero porque así fue moldeada, así se lo enseñaban.

Estudiante 3: a mi me tocó en cirugía, que aparte de que ya fueron moldeados así, confirman que si hay un diferencia entre los que vienen del Tec de Monterrey a los que vienen de la uni o el politécnico. Sí me tocó que los cirujanos de manda a la estudiante del politécnico a sacar los análisis del laboratorio pero no las dejen aquí en cirugía.

Estudiante 1: la diferencia es que nosotros vemos las cosas como deben de ser el procedimiento, vemos como debe de ser de la manera correcta, y luego te vas a tu área y ves lo que está mal.

Estudiante 2: Sí hay un poco de clasismo entre cómo tratas al paciente en lo privado y público. La idea es tratar de cómo trates al paciente del privado trates al del público pero no se da. Por el sistema mismo, mucha carga de trabajo, no hay material, y se fomentan estas actitudes entre los que están en el poder y los que están abajo.

Profesora: ¿Te has enfrentado con algunos pacientes que tienes que tener más paciencia o tolerancia, darles más retroalimentación? ¿Cómo le haces?

Estudiante 3: Es también ubicarnos en dónde estamos, y aceptar que así como esa paciente hay muchos pacientes en todo México, que justamente por falta de educación se tienen que explicar más, ser más paciente, responder dudas y estar ahí dándole el mejor trato posible. Pero sí es pesado.

Paciente 2: Ponerte en su lugar, es un paciente que tiene miedo y que está sufriendo. Yo también digo si estoy en su misma posición, si yo no hubiera tenido las oportunidad pero no por mi culpa, porque socialmente no tuvo las mismas oportunidades, sí me pongo en su lugar de ser paciente, y dar un poco más de lo que deberían de dar y aceptar que no es su culpa.

Paciente 1: me tocó una paciente que había tenido su primer hijo y tenía 17 años y pues ya quería hacerse y yo le decía que si estaba segura, fue todo un show porque medijeron cómo iba a dudar del discernimiento de una paciente pero yo no sabía si la paciente estaba entendiendo lo que significaba ese procedimiento. ¿Cómo le haces para hablar con la paciente y qué palabras usas que te entiende? Tú ahorita vas a tener un hijo, ¿quieres tener más hijos después? Y ella me decía ahorita no quiero y yo de bueno, a lo mejor ahorita no pero qué pasa si te casas en 10 años y yo de ¿quieres tener un hijo? Y ella a lo mejor después sí, y el hecho de que ella dudara de que después sí pudiera querer hijos, a mi me causaba mucha frustración porque entonces no se puede operar. Le decía que escogieramos otro método, y ella de no, y yo de ¿por qué no escogemos un DIU? Y ella porque me da miedo, y yo de ¿qué te da miedo? Y ella me han dicho muchas cosas feas y yo de ¿qué te han dicho? Porque muchas veces es información falsa o están mal informadas. Entonces lo que más me frustraba es que aparte mis residentes eran de dejalas, si se quiere operar mejor, así una menos que se viene embarazada en dos años. Como que a mi me causaba mucho

problema, yo quiero que la paciente entienda si hace eso nunca más va a tener hijos. Al final, la paciente sí se operó y yo creo que a la paciente no le quedo claro.

Paciente 4: simplemente hay pacientes que son groseros. A mi una vez, eran las 11 am y no había dormida, y la la señora fue hizo popo y yo de esperese.. ***... Estaba para empezar el parto y yo de ahorita le traigo papel, y simplemente agarró sus manos y se limpió.*** Yo estaba tan enojado, NO ENTENDÍ. Le enseñé mi brazo y la regañaron cañón.

Estudiante 1: a mi igual me pasó que hay pacientes que están en ayuno, y ella de no me dan nada de comer, tengo mucha hambre, y yo de ya me tenía harta, ya le había dicho que no se puede, y ella de no me han dado nada y le dije pues ya somos dos. Ya me tenía harta.

Profesora: pero ella también tenía que ser empática.

Estudiante 2: hay que ser brutalmente honestos.

Profesora: ¿Totalmente honesta?

Estudiante 2: Poquito mejor. Ayer sucedió que un paciente se quería arrancar la sonda, y yo le dije si se lo arranca, le va a doler y me van a hacerle ponerle otra de nuevo y sinceramente yo no quiero ponerle otra sonda porque significa que le voy a agarrar sus genitales de nuevo y me imagino que usted no quiere que se los agarre de nuevo. Así que por el bien de los dos y por su seguridad porque también se puede complicar, no se la arranque, se la vamos a quitar mañana y no se la quitó pero sí se la quería arrancar.

Estudiante ?: a veces si ponemos el contexto en el que estamos, que hay mucho trabajo y el trabajo que es así como está, también hay muchos pacientes que pierden ese contexto, esperan un trato muy único y especial para ellos pero es de que no, tengo otras 10 pacientes aparte de ti.

Estudiante ??: siento que no se imagina la carga de trabajo, y la magnitud de todo lo que está pasado, hasta que lo experimentamos pero hasta que estás ahí atendiendo 800 partos te das cuenta.

Profesora: ¿Cuáles son las cualidades de un buen médico? Y ¿debe ser igual en la consulta pública y en la privada?

Estudiantes: sí

Estudiantes: debe de ser buena persona, honesto, paciente, tolerante, respetuoso, responsable, correcto.

Profesora: ¿respetuoso aunque sea grosero y te embarre de popo?

Estudiantes: inclusivo, tomar el rol de enseñar al paciente, educarlo.

Profesora: en este nuevo modelo había que ser como maestro, porque el paternalismo no te da esa opción.

Estudiante ?: sí es una diferencia, a lo de que la medicina no es igual a la medicina de hace 30 años. Es muy diferente a lo que respecta de ser educador. El paternalismo era de cree en mí lo hago muy y yo pongo lo que es y ahorita, tal vez si se toma esas medidas pero igual estan educando creo que ya están más pero sí se está aplicando más que antes.

Profesora: ¿aquí en México?

Todos: pues sí a unos años luz.

Estudiante: ayudar al prójimo y el buen trato, creo que eso no es un médico. Sin conocimiento, siendo una buena persona también puedes ayudar.

Profesora: claro pero nadie duda de que ustedes tengan un nivel educativo dentro de lo científico. Aquí lo que estamos poniendo en común, en frente es la parte social-relacional.

Estudiante 4: tratar al paciente independiente de todo, género, sexo, orientación, darle el trato por igual.

Anexo 9: Quinto Focus Group

Miércoles 30 de octubre 2019 10 a.m.

Clase de bioética clínica, Departamento de Ciencias Clínicas. Atienden estudiantes de quinto año de Medicina en rotación de Hospitales Públicos en el área de Pediatría y Ginecología

Primer piso del Hospital Zambrano Helión de la Escuela de medicina Tec salud.

Un permiso que se otorga posterior a la obtención de información sobre nuestra persona ya sea física o moral.

El objetivo del consentimiento informado es que el paciente o la persona que va a participar en la investigación, sepan todas las herramientas necesarias, toda la información necesaria, para tomar esa decisión, el saber que le estás diciendo todo al paciente y no estás dejando nada a un lado y que él está aceptando las condiciones.

Ahí un poco de qué tipos hay, el simple hecho que el paciente te ponga el brazo para que le saques sangre puede contar como consentimiento explícito.

Explicarle al paciente lo que vas a hacer, no nada más darle los papeles a firmar porque muchas veces ese es lo que hacen ni saben lo que están firmando. Hay muchos que sí preguntan, pero la mayoría firman a ciegas. Firman para el diu y ni les dijeron para qué y ya en el momento dicen que no lo quieren ni sabía para qué estaba firmando.

Incluso si ya lo tiene informado, y tú hablas a la paciente y ella te informa dice que no quiere por ejemplo el diu, y ya firmó el consentimiento, si tú lo reportas te dicen “si ya está firmado el consentimiento que se lo pongan y ya en una semana le damos la opción para quitarlo”.

Las personas que están ahí no se dan el tiempo porque están muy ocupados, de explicarle a la paciente que es el procedimiento que le van a realizar. Ya ves lo que las personas pueden

llegar a ser testarudas no van a aceptarlo, pero como que ya están predispuestos el personal a que es una pérdida de tiempo o que no van a entender o te van a decir que no o el mismo con el mismo residente (inaudible) nada más le dicen ya tienes cuatro hijos, firmame aquí. Así piensan se lo juro, se fijan mucho que la paciente tuvo un hijo muy chiquito.

Estudiante 5: obviamente no todos. O al revés si la paciente está muy joven e incluso tiene cuatro hijos mucha gente no decide hacer la operación porque dicen que está muy joven, no sabe lo que quiere. Ella firmó sabiendo lo que era, le explicaste lo que era, te dijo que sí y de todos modos tú decides no hacerla.

El personal hasta de enfermeras, yo llevo varias que han sido completamente diferentes, una fue de, no se la ponen porque no quieren y otra es de se lo ponen a fuerza.

Verbal, escrito, explícito.

Siempre que le vas a hacer un procedimiento, tratar, cuando vas a hacer algo, cuando requieres información.

Estudiante 4: el simple hecho de lidiar con un paciente, el saber que vas a tratar con él, es hasta cierto punto un consentimiento decir me vas a compartir tu vida personal, tus antecedentes médicos, y vas a contar con mi confidencialidad. Él entra a una consulta sabiendo que puede confiar en ti y que no vas a ir divulgando su situación. También el hecho de cuando tomes una decisión médica, le vas a estar explicando porque estás tomando esta decisión, para su tratamiento o seguimiento de cualquier enfermedad o situación.

Muchas veces como que el protocolo del hospital es que la paciente, por ejemplo, en gine, tengan los consentimientos firmados y pues consigues la firma, pero no todos se toman el tiempo de explicar a la paciente uno por uno, qué es lo que está firmando, qué es lo que se le está haciendo, qué implica porque por ejemplo hay un consentimiento que se llama

“atención de trabajo de parto” eso abarca desde nada más tenerla en la camilla con un plan de líquidos a tenerla en cama y ponerle oxitócina. Muchas veces ni siquiera se les explica a la paciente, este consentimiento es para tenerla aquí internada, que consiste en tal, qué pudiera usarse

Pero por lo mismo nos mandan a nosotros.

En el hospital materno pasa por la falta de tiempo y personal, de verdad no hay oportunidad de explicarle al paciente su situación.

Materno, metro, hospital público.

La más difícil a veces puede ser la paciente, porque muchas veces no ha entrado a preparatoria y esto es más difícil de explicar por la capacidad mental de pensamiento de la información que se le puede dar por más general o simplificada que esté, eso complicado todo.

Por más que les explique con peras y manzanas, muchas veces ni siquiera saben escribir.

También están las que ni siquiera les interesa escucharte, nada más como que firmo y déjame en paz porque me duele mucho.

Te firman cuando ya pasó todo.

En gine se presta mucho a eso, están con mucho dolor o que las complicaciones se presenten en un momento para otro o que el cambio es radical, tiene que ver mucho esto en ginecología.

O que lleguen se les tiene que hacer el procedimiento y no se les alcanza a pasar el papel, pero en ese momento es un consentimiento verbal implícito, pero luego exiges la firma.

Estudiante 4: es que la firma es meramente protocolaria porque yo creo que toda mujer que va a un hospital a parir sabe que va a eso y muchas veces saben lo que implica ir a que les

atiendan en un parto, no siempre va a pasar que te pongan un forceps o un episio pero saben de los riesgos, especialmente las que ya han ido varias veces.

Estudiante 3: muchas veces me ha tocado ver que la sala está llena, y llega el doctor y se para y dice “mmm voy a pasar cesárea, hay muchos pacientes”. Llega con la señora “vamos a hacer cesárea porque ya lleva un rato en un ducto y no ha dilatado o porque esto está feo”, así lo piensa y dice “mmm va pasar ella” o vas y lo haces y ya llegas y le dices tenga señora firme el consentimiento y nunca le preguntaron a la señora si quería cesárea, a veces no se puede y tienes que hacerlo para sacarlo pero me ha tocado que sala llega y el doctor dice “¿a quién pasamos?”

En teoría las pacientes firman sus consentimiento, porque me ha pasado en consulta que van y las programo para cesaría, ahí imprimen los consentimientos y en teoría ya está todo firmado para cuando llegan.

Pero eso es solamente para las programadas, si sería mucho más ideal que una paciente que ya tiene 37 semanas, en su consulta prenatal, le digan bueno como estás próxima a tener a tu bebé, de una vez te vamos a informar de todo porque ahí no está distraída ni con dolores. No, eso es lo ideal, lo que debería de hacerse en mi opinión, porque llegas, ya están en trabajo de parto, están con contracción, y estás entre que si les vas a explicar o que nada más quieren firmar para que las dejes en paz, porque ni para decirte su nombre pueden. Van los de pediatría a hacer la historia clínica y la señora no puede ni contestar en dónde viven o cómo se llama porque está gritando de dolor o apretando la boca.

Como deberías de respetar a cualquier ser humano.

Depende mucho en las personas, por ejemplo yo creo que mis compañeros que los que estamos aquí al menos sí le dan el respeto que se merecen a su paciente, ya los externos, los residentes, son otro rollo, ya están con lo del gaje del oficio.

Ya están muy deshumanizados.

se “desensibilizan”.

Yo creo que llega un punto en que se les hace normal y se deshumanizan. Que ya que les grite a una señora, usted no me va a hablar así, llega un punto que la paciente no te va a hablar de esa manera pero llega un punto que el doctor empieza a tratar mal al paciente y eso no debe de pasar, se les hace normal cualquier cosa, ya no lo sienten, siempre van a tener esa musica de fondo, y por más que sea un caso grave les vale.

Sí pero me ha tocado que una vez un doctor estaba diciéndole vamos a hacer eso bonito, una bonita experiencia para recordar, qué música quiere que le ponga o quiere que le quite la música, vamos a hacer eso juntos, hay quienes así se van toda su carrera y hay quienes la pierden como al tercer día y creo que se les hace más fácil sobrellevar el cansancio y el estrés.

Nos han hablado de “dirigete con el paciente con respeto” “hablale de usted, ya si te ganaste la confianza del paciente, ya le puedes hablar de tu”, dile por su nombre”, “haz contacto visual”, “no te familiarices demasiado”. Sí nos han dado como coaching hasta cierto punto pero cada quien va adaptándose, agarrando su forma de ganarse a la paciente, Yo no he visto que afecte o interfiera, no logro entender cómo se relaciona con la atención que les damos.

No se si esto se incluye pero la otra vez me tocó una paciente, que ya tuvo mucho dolor de parto, dijo que ya era su quinto hijo y que ya no quería más, pero ya al momento de que estuvo listo el consentimiento, dijo que siempre no, le pregunté ¿por qué? Porque mi esposo me va a matar. Yo le dije que no se tenía que enterar, no le tienes que decir a tu esposo que te operaste pero me respondió que no podía porque él le iba a pegar y yo le pregunté que por qué se dejaría o por qué él tiene control sobre tu cuerpo. Para mí esto no

se si implique la diferencia cultural, pero a mi si me parece un choque cultural porque me dio coraje pensar que el esposo tenga ese poder y tenga que volver a sufrir porque él ni siquiera estaba ahí en ese momento.

¿tú sabes que en el medio privado necesitas la firma del esposo y de la esposa, el consentimiento de ambas personas? Es un procedimiento que se hace en tu cuerpo pero para que te dejen hacerlo, tiene que firmar tu esposo de que está de acuerdo.

Pero si ella lo quiere hacer independiente de la opinión del esposo tiene el derecho de hacerlo.

O sea no se hacen la vasectomía y si se hacen la víctima

en gine es lo mismo, a mi igual me ha pasado, que le estás explicando a una paciente las cosas: “necesito que me firmes esto, que es para esto, que signifique esto”, y ella de pero “¿cómo?” Porque hay un consentimiento para transfusiones sanguíneas en caso de que tuviera hemorragias “si llegaras a tener esto,es muy poco probable, pero queremos estar protegidos para ayudarte a ti y estar preparada” le vas explicando siendo lo más honesto pero también pintandolo de la mejor manera posible, se lo explicas y ya es como “ya entendí, que es un riesgo pero no queremos correrlo, lo estamos previniendo”.

El simple hecho de tener un hijo, te topas muchas mamás primerizas o no, que tienen miedo a lo que va a pasar, porque no saben qué va a pasar o hasta qué punto va a pasar. La verdad yo desde el principio les voy explicando, depende en qué parte de su parto estén, pues les voy diciendo, va a pasar eso, concéntrate en eso y muchas me contestan luego luego, es que tengo miedo y una vez que les digas esto es lo que va a pasar, paso a paso de las posibilidades de lo que va a ocurrir, porque al final del día, ella es la que lo está viviendo, tú nada más la estás acompañando, le vas a atender médicamente pero ella tiene derecho de saber qué está pasando, una vez que ella se informa, una vez que tú le explicas, ya cuando

ella lo comprende, pierden un poquito ese miedo y ahí entra la parte de cómo ganarte la confianza de tu paciente, entre más le expliques con más confianza te va a decir tengo duda de esto.

Si te das el tiempo de platicar con ella, saben que pueden confiar en ti, no siempre tienes una hora, pero con 10 minutos pero tomarte el tiempo de presentarte, platicar, explicar una duda, le estás dando el tiempo a mucha gente que no les da el tiempo. A mi una vez me tocó una paciente que ya cuando terminó todo su parto, una experiencia muy fea estilo la de (inaudible) con la cesárea. Aun así al final cuando yo fui a hablar con ella, y le pregunté “¿cómo te sientes?”, me dijo “de verdad muy diferente, porque yo había vivido la misma experiencia en otro hospital y nadie nunca se tomó el tiempo de hablar conmigo y ahorita me siento más tranquila”. Al final del día le estamos prestando un servicio a la persona. Experiencia de las pacientes, con el simple hecho de que te tomes el tiempo de preguntarles ¿cómo se siente? ¿qué le preocupa?, aunque estés al tope de pendientes, aunque vayas cinco minutos, y le preguntes, las calma un chorro, las hace sentir mejor pero mucha gente no lo hace.

Creo que ya hay gente que lo trae, gente muy carismática y hay gente que no. Conforme vas adquiriendo experiencias en el campo clínico, como vas hablando con pacientes, ves y entiendes qué temas hablar, tono de voz, yo creo que es práctica.

Mientras más lo hagas, más vas aprendiendo. Ganas confianza con la postura ante un paciente.

Pero sí lo ves de los demás, por eso ves tanta gente que no lo hace de la mejor manera porque así lo vió y así lo aprendió y así lo aplica. Nos inculcaron mucho un buen trato al paciente y eso sí nos ayudó al final porque sí sabíamos qué identificar, qué no está bien

para nosotros no terminar aplicando lo que están haciendo generaciones anteriores a nosotros.

Lo estudias al ver las personas, no es como que te puedas meter a un libro, sí hay libros que te habla del trato con el paciente. Pero siento que no es lo mismo que vayas y veas un libro sobre teorías psicológicas cómo “approach” a una persona pero lo estudias mucho en lo que ves y como en simple ser humano, me gusta como lo hace ese doctor porque si yo estuviera en el lugar del paciente me gustaría, la neta ese doctor, cero me gusto, nunca quiero ser esa persona.

sí pueden haber workshops, donde te enseñan cosas que te van a pasar, “hoy te frustrante, y a los siguientes pacientes después de esa vez, ya no los trataste igual, date cuenta, reflexiona”. Diferentes cosas como, meditación, mindfulness, diferentes cosas porque yo me he dado cuenta, me consideraba una persona paciente, super buena con los pacientes pero sí llega un punto en la noche que ya estoy cansada, digo “me voy a dar un tiempo”, el saber lidiar con esos sentimientos, pensamientos, creo que nadie te lo enseña, y por ver a alguien no lo vas a prender. Por experiencia, es mejor tener esas herramientas antes a ya estar viviendo, porque es mucho más fácil irte por el lado malo que el lado bueno, si no tienes unas buenas herramientas y si no te pones tú a reflexionar en tus acciones, y yo creo que es así como van cayendo, cómo como estudiantes te das cuenta y luego ya como externo ya no lo hacen, porque te vas como efecto dominó, una tras otra tras otra, se va justificando porque ves que los demás lo hacen. Se va haciendo una comunidad donde está justificado y no te sientes mal, porque él ya lo hace y es tu jefe. Creo que sí es algo en lo que necesitamos ayuda.

Es importante tener a alguien afuera, que siempre te estén recordando lo que es porque son golpes emocionales ver eso y alguien que te recuerde que no todo es así.

A mi por ejemplo me ha tocado muchas ocasiones, en la que sí se trata de conducir a una paciente por trabajo de parto, finalmente no se pudo, está dilatada completamente y le ponen un fórceps para rotar al bebé y lo jalamos un poquito al bebé para que salga. A mi sí me ha tocado que le expliquen a la paciente, “le vamos a poner unos instrumentos para que rote el bebé, no quiere bajar, lo tiene muy alto”, le explican una manera simplificada al paciente, total no bajó, le dicen “señora no se pudo, ya lo intentamos se le va a hacer una cesárea”. No es como que le preguntan si quieren una cesárea, se le informa.

La mayoría de las veces, les dicen qué es lo que le van a hacer.

Me acuerdo perfecto que estaba llena la sala de parto fallidas, “mm hay muchas, a quién vamos a hacer cesárea”.

“es muy común”

“anestesiólogo se quedó dormido la cesárea nunca pasó y la señora lleva sin comer de dos días”

En los públicos lo que más les importa son los indicadores de desarrollo, todo lo que pueda decir que el país va bien, todo eso es mucha presión. Desde muchos niveles que tiene que salir ya, por eso también la decisión de ...

Empatía, honestidad, respeto.

empático, justo, que tome a consideración a la paciente, que no se te olvide tu persona, saber tus límites porque hay cosas que de plano no puedes hacer pero el paciente te exige”.

Anexo 10: Sexto Focus Group

Miércoles 13 de Noviembre 2019 10:30 a.m.

Clase de Bioética clínica, departamento de Ciencias clínicas. Atienden estudiantes de 5to año de medicina en rotación de Hospitales públicos en el área de Pediatría y Ginecología

Primer piso del Hospital Zambrano Helión de la Escuela de Medicina Tec Salud.

Profesora otra: Sobre el consentimiento informado, tenemos esto para el tratamiento que ustedes van a exponer.

Profesora: ¿Ya hicimos un focus group? ¿no? Fueron mis alumnos.

Estudiantes: no

Profesora: vamos a empezar relativamente rápido porque (inaudible) me dio permiso cuarenta minutos. Les explico, es sobre consentimiento informado y relación pues obviamente hay un consentimiento expreso en el que ustedes asumen, si no quieren estar se pueden salir, si permiten que lo que se va a decir aquí se va a grabar y es parte de mi tesis final, no van ni los nombres ni estudiantes de la tal generación del tec de monterrey, tec salud, sino nos son estudiantes de médica del norte del país. Lo que trato de recopilar es esta parte previa de su educación, de su práctica y su idea en general sobre la relación y el uso del consentimiento informado, la concepción del uso del consentimiento informada, y hay varias preguntas, hicimos un piloto, la dra. (inaudible) me dio una retroalimentación. Habían videos que ya se omitieron porque no tienen mucho caso, me voy a ir directo a las preguntas. Hay unas preguntas que hay en la pantalla.

Profesora: si quieren empezamos con esto, en general es una concepción de estudiante.

Aquí están las preguntas, cada vez que ustedes contesten pueden retomar cualquier pregunta, de tal manera que no se pierdan las preguntas ni las respuestas.

¿Qué comprenden por consentimiento informado? ¿Cuántos tipos de consentimiento informado conocen? ¿en su práctica de rotación, cuáles han aplicado? ¿al aplicar un consentimiento, informas el objetivo de estudio/tratamiento y/o procedimiento y cómo lo haces? ¿si se les informa los derechos al paciente dónde están los derechos del paciente?, al

ser un consentimiento verbal o escrito ¿cómo evalúas que el paciente comprendió o firmó lo que dijo y cómo se maneja el respeto al paciente?

Estudiante 1: con lo de valorar si entendió lo que le dijiste, contestando todas, siento que siempre es “me puedes firmar esto es para hacerle la prueba de VIH”, pero nunca le decimos es para tal, nunca profundizamos en lo que le puede pasar, las complicaciones, si en realidad entienden qué es lo que va a pasar, nunca es de ¿entendiste? Pero en cuanto a la prueba de VIH, pero luego cuando es de anestesia o cesárea...

Estudiante 2: por ejemplo, esas siento que muchas las firman, muchos consentimientos te das cuanta ya cuando va a parir que no lo tienes firmado, “ok señora, firmame rápido”, la señora gritando y temblando y firmando, incluso después, realmente le explicas “esto es para y asistirle” “le dices lo básico y ella firma porque ya quiere parir. Siento que realmente no entiende lo que está firmando, “para ayudarla durante el parto” “ah ok”, pero no entiende qué implica eso y creo que nosotros lo explicamos.

Estudiante 1: si como que no lo compartimos.

Estudiante 2: por ejemplo los de anestesia, “hemorragia, es una consecuencia” fuera de eso no sé qué más.

Estudiante 1: no deberíamos de ser nosotros, deberían de ser los residentes o el médico que la va a tratar, él es el que le debe de explicar pero también es de “no quiero hacer ese trabajo” y pues no lo hacen.

Profesora: ¿Y a ustedes los mandan?

Estudiantes: sí

Profesora: ¿Qué comprenden por consentimiento informado? ¿Qué han aprendido?

Estudiante 3: es un documento legal, en donde le dices a la paciente lo que le vas a hacer, procedimiento, consecuencias que conlleva el hacerlo y no hacerlo, qué opciones tiene.

Estudiante 1: eso es la teoría detrás de un consentimiento aplicarlo, pero en realidad nunca lo aplicamos de esa manera, siempre es como dicen mis compañeros “ya pasó firmalo, lo necesito firmado”, y muchas veces lo firman porque ya se quieren deshacer y tú no les explicas porque ya te quieres ir.

Profesora: aquí hay dos momentos que hay que revisar, la teoría y la práctica ¿qué han aprendido como estudiantes? Y ¿qué es la práctica?

Estudiante 3: la práctica es hacerlo rápido para que acabe el trabajo.

Profesora: ¿por qué rápido?

Estudiante 3: porque la paciente tiene que ir a sala de recuperación o va a pasar a sala de ejecución, ni te escuchan, le dices “tienes que firmar este consentimiento porque si no no la podemos pasar”.

Estudiante 4: nuestros jefes nos apuran y no nos explican siendo estudiantes, es una cadena, si ellos no lo hacen bien y no nos explican a nosotros para hacerlo bien, que somos la mano de obra barata para ellos.

Estudiantes: gratis

Estudiante 5: nos explican el consentimiento informado y te dicen “que no te firmen aquí”, “aquí no”

Estudiante 6: me ha tocado hacer en la computadora los consentimientos y te deja en blanco las explicaciones, en el cuadrado blanco tenemos que explicar efectos alternos, cosas así, y pones un punto porque si no no lo puedes mandar a imprimir, es como ya hay algo ahí, realmente está en blanco los consentimientos (se ríe), nada más traen como un papel con una firma.

Estudiante 7: no les explicamos.

Estudiante 8: o pones “puede causar muerte”.

Estudiante 6: el consentimiento de qué? Colocación de DIU, atención obstétrica, cesárea.

Estudiante 1: no se hable del DIU, es el consentimiento que a nadie le importa. El de VIH, ahora en consulta como que lo he notado “Si no tienes el consentimiento del VIH, no le puedo hacer el elisa para VIH” pero el de DIU es de “ya se lo puse señora, me firma el consentimiento” y es de ni siquiera le preguntaste a la señora si quería el DIU.

Estudiante 5: no pero la mayoría de las veces sí preguntan en expulsión “señora ¿con qué se va a cuidar?” “ah con el DIU” “ah ok” , es algo que todos escuchan, me ha tocado que no lo tienen firmado, pero es consentimiento oral y ya después nosotros nos encargamos de que nos firmen.

Profesora: ¿En qué áreas han rotado?

Estudiantes: pediatría, consulta, ginecología.

Profesora: ¿Consulta aquí o salud pública?

Estudiantes: salud pública, en las dos.

Profesoras: ¿Cuántos tipos de consentimiento conocen y cuántos han aplicado?

Estudiante 5: el de atención a parto, el de anestesia, el de cesárea, procedimiento quirúrgico, el de internamiento, el de DIU, el de prueba de VIH, el de transfusión, marsupiración.

Estudiantes: ¿Qué?

Estudiante 5: es para drenar un absceso.

Estudiante 3: También me acuerdo en pediatría, cuando estaba en urgencias, también hacíamos consentimientos para (inaudible) y era como en blanco.

Estudiante 1: en pediatría nunca hice un consentimiento.

Estudiante 5: yo tampoco.

Estudiante 3: nada más poníamos punción lumbar y dejábamos todo en blanco, hacíamos una rayita para que se guardara el formato en la computadora y poderlo mandar a imprimir, ni siquiera estaba explicado, ni riesgos ni cosas de hacer una punción.

Profesora: ¿Formar el objetivo ni de chiste?

Estudiante 9: Pues yo personalmente sí intento explicarles una idea general de los consentimientos que yo entiendo, en palabras coloquiales “aquí es para ayudarte durante el parto para que nazca tu bebé”

Estudiante 3: más o menos decirle que es el consentimiento, no nada más dárselo y ya.

Estudiante 9: sí le digo “esto es para ponerte el DIU” le explico cuál procedimiento es para qué es, para que no me digan “usted me hizo firmar y no se qué”.

Estudiante 1: pero también siento que nunca le he dicho las complicaciones, siempre es “esto es para ponerle el DIU para que no tenga más niños”, “este es para el VIH” “este es para la cesárea” pero en realidad nunca les he dicho de “si se les hace la cesárea corres el riesgo de desangrarse”, nada más le digo para qué es y qué está firmando y ya, pero nunca he profundizado.

Profesora: ¿Cómo se entera el paciente que tiene derecho?

Estudiante 5: no saben.

Estudiante 1: supongo que todos tenemos ese chip de soy humano y tengo derechos, pero no sé cual es y el paciente tampoco.

Profesora: ¿al ser un consentimiento verbal o escrito cómo evalúas que el paciente comprendió o firmó lo que dijo?

Estudiante 3: ya cuando lo firmas, le explicas, le dices si entendió. (No entendí)

Profesora: ¿cómo manejas el respeto al paciente? ¿cómo conciben ustedes el paciente al paciente?

Estudiante 3: hablándole calmado, por su nombre, de usted, le explicas todo tranquilo, si no entiende le vuelves a explicar, que no te vea desesperado que ya te quieres ir.

Estudiante 4: le das su atención a la paciente y no nada más que todo rápido, vas con la paciente, le dices “señora le voy a explicar esto, necesito que me firmes...” Le das su tiempo pequeñito, de ella solamente.

Estudiante 3: Creo que igual por ejemplo, si quiere ir al baño, pues le das espacio, cierras la cortina, no te quedas ahí esperando.

Profesora: ¿Cómo se ganan la confianza del paciente? ¿cómo afectan las diferencias culturales que tiene como religión, ideologías, algún ejemplo? ¿cómo afecta tu relación con el paciente en ese sentido? ¿al usar un consentimiento informado cómo haces para disminuir la ansiedad o el miedo del paciente? ¿cómo te aseguras que se ha comprendido su responsabilidad y acepte de manera voluntaria lo que va a firmar

Estudiante 4: de confianza, yo siempre les pregunto de su bebé, como que yo para establecer una relación con la paciente y que no sea solamente otra paciente “ah ¿cómo le vas a poner? ¿qué va a hacer?”

Profesora: están en la consulta pública, ¿verdad?, hay dos momentos, la parte educativa o la parte ya campo clínico, donde ustedes están rotando en pediatría o ginecología y esta parte de cómo disminuir la ansiedad o el miedo o generar confianza en un paciente cuando están en salud pública y tienen este número de pacientes o estas urgencias en pediatría o ginecología.

Estudiante 6: mostrar interés, a mucho he escuchado de “señora” pero yo siempre trato de saber su nombre y que ellos sepan mi nombre porque por ejemplo te asignan tu paciente y le hablan a mil personas y si era mi paciente, y le dijo a alguien más “me estoy mareando o

me siento mal” luego quizás no me llega a mi ese mensaje, se pierde y si era importante, como que sepan que tienen alguien ahí para ella.

Estudiante 7: siempre les digo “hola soy (inaudible)” y luego platico con ellas, muchas veces siento que voy de prisa, no es mi intención pero a veces por mis nervios con las personas digo mucha basura, a mi me doy risa y las personas que no están en la posición de la paciente también, pero a la paciente a veces no y yo soy de no sé cómo conectar para que se sientan en confianza “cualquier cosa grite mi nombre soy (inaudible)” siempre les doy la confianza de detenerme.

Profesora: ¿por qué tendrían que gritar?

Estudiante 7: en caso de una emergencia, ten la confianza de gritar.

Estudiante 4: no vas a estar pegada todo el tiempo con ellas.

Profesora: ¿eso se los enseñó alguien? ¿qué les han dicho? ¿es una estrategia?

Estudiante 7: nadie nos dice nada, nada más lo que vivimos, muchos concordamos que no nos gustan la manera en que tratan a muchas pacientes, que es la violencia obstétrica, entonces todo lo que vivimos es como que ok eso es lo que no quiero hacer, en mi caso he visto como residentes le dicen a las señoras, casi casi les dicen “ya dejen de estar fregando” no les dicen en esas palabras pero les dan a entender que son un paciente más, “no grite” y es como pues ella también está asustada, sola, semidesnuda. Hay factores que hacen que no se sienten cómodas y aparte no le das un ambiente en donde se pueda sentir segura, contribuye a que la paciente esté más irritable.

Profesora: ¿hay conciencia de que existe violencia obstétrica en ginecología y en pediatría?

Estudiantes: en pediatría no pero en gine sí.

Estudiantes 8: a mi me daría pudor, a veces llego y veo residentes cuando les van a hacer un tacto y yo como que si les dejo las sábanas e intento dejarlas porque estamos en una área

totalmente abierta, y la mayoría de las veces veo que llegan los residentes y quitan todas las sábanas a desnudos y se ve todo.

Profesora: ¿A qué creen que se deba esa violencia obstétrica en la educación médica?

Estudiantes: “la rutina” “robots, hacen lo mismo todos los días” “eventualmente se desensibilizan” “aprenden a hacerlo más rápido”, “muchos pierden el sentido”.

Profesora: ¿cuántos años tienen ahí los robots?

Estudiantes: muchos años, un año pero hacerlo todo los días, que te explotan con guardias

Estudiante 1: que los externos no hagan su trabajo, porque en realidad nunca he visto hacer un externo hacer *** ni en el materno ni en el metro no he visto a ver un externo hacer algo, siempre están cachando moscas. Los de materno sí son tus maestros, ellos sí te explican pero no los he visto convivir con los pacientes, dejan al residente ser el doctor por completo, entonces está muy hostil, el ambiente que se genera, al menos en (inaudible) es un ambiente muy hostil, las enfermeras también contribuyen a que el ambiente sea super hostil. Algo que me sorprendió mucho en mi primer día de (inaudible) en el metro, fue que un residente en pediatría nos dijo “si quieren no perder su estabilidad mental, sean falsos, sean falsos con todos, sonríele bien a todos, si te gritan díganle sí ok, amigos con todos, nunca te pelees con alguien”.

Profesora: ¿con los pares o los pacientes?

Estudiante 1: con los pares, tanto residentes, como enfermeras y doctores. Luego te das cuenta que tú como solo estás observando todo desde abajo y te das cuenta como los residentes les hablan a las enfermeras con falsedad, incluso se voltean y ambos hacen caras.

Estudiantes 8: las enfermeras cuando quieren que les ayudes en algo son como “ay doctora” pero cuando no, es como “muchacho”.

Estudiante 1: si notas la falsedad que existe ahí, y eso genera un ambiente tóxico y eso contribuyen a la violencia obstétrica.

Profesora: ¿Cómo ven las diferencias culturales entre los pacientes y ustedes? ¿cómo afecta su relación en el campo clínico lo que están tratando?

Estudiante 2: siento que no afecta tanto la diferencia cultural sino la diferencia de poder, no importa tanto lo que piensa la paciente sino lo que importa es que yo soy la que lo está tratando y ella fue la que tuvo que ir a ese lugar para ser tratada por ende se tiene que conformar conmigo.

Estudiante 6: a mí sí me ha costado el choque educativo, como que a veces por más que intento poner las palabras médicas en palabras muy básicas en algo muy básico, me ha tocado pacientes que ni lo básico y me ha costado entablar un cierto conocimiento con las pacientes.

Estudiante 7: a mí sí me ha costado personalmente sobretodo cuando veo casos de que la mayoría de las niñas están (inaudible), y luego cositas (inaudible) y obviamente no les puedes decir nada porque también es violencia obstétrica, que feo que te están diciendo “¿por qué no se va a cuidar? Muy mala decisión”, personalmente tengo ese conflicto interno pero también digo yo no soy quién para estarles, pero puedo guiarlas y decirles.

Profesora: ¿pero por qué crees que no eres quién si eres médico?

Estudiante 7: porque se considera violencia obstétrica si le insistes más de una vez.

Profesora: ¿eso se les enseñó?

Estudiantes: sí

Estudiante 7: si le dices “¿con qué te vas a cuidar?” Y te dicen “nada”, no le puedes decir una segunda vez porque se considera una violación obstétrica.

Profesora: ¿en qué clase lo aprendieron?

Estudiante 7: yo lo aprendí en el materno en una entrega de furia que lo estaba explicando un doctor.

Profesora: ¿Eso se considera pero al mismo tiempo lo hacen?

Estudiantes: nosotros no

Profesora: calladitos, no no, digo no digo que se callen, digo no lo dicen pero lo hacen.

Estudiante 6: muchos médicos, la mayoría si te lo insisten. No nada más una persona te lo va a decir, se lo están diciendo todos, la enfermera 1, enfermera 2, 3, externo, mib, el residente a la misma paciente.

Estudiante 4: pero es por comunicación.

Estudiante 6: sí totalmente pero también es passive-aggressive.

Estudiante 1: pero también lo hacen en sala, llega la enfermera: “¿con qué se va a cuidar?” “nada”, “mmm la vamos a ver aquí en diciembre” luego llega el residente y tú estás alumbrando “¿ya te dijo con qué se va a cuidar?” Y yo de “con nada” y ella de “mmm se va a volver a embarazar, ¿segura que no se va a cuidar?” Y luego así, llega el otro enfermero y le vuelva a preguntar, llega el externo y le pregunta, ahí en ese mismo momento, no es como falta de comunicación, todos se tiran el comentario de aquí la van a ver en diciembre.

Estudiante 5: lo que mencionas de lo cultural, que a veces como que en algunas familias todavía viven como antes, por ejemplo me tocó una paciente que dijo “mi papá tiene 8 hermanos” pero ¿cómo le vas a decir que está mal?

Estudiante 6: no es que esté mal, sólo es falta de educación de ella.

Estudiante 5: pero me refiero a cómo le dices que eso está mal.

Estudiante 6: yo en los casos que llegan multi-paras que ya es como su cuarto hijo, le pregunto “¿con qué te vas a cuidar?” Dicen “DIU” y yo de “ah ok” intento no hacer caras

porque **** y después les digo “¿y quieres tener más hijos?” “no, ya no” y yo de “¿has considerado operarte?” Y la mayoría dice “es que me da miedo” y son cosas que les dicen a sus hijos o a sus amigas, “me dijeron que acabas bien loca”, yo no les digo operate solo les digo “si tienes cualquier duda, me puedes decir a mi”, les puedes decir “es una operación segura, no es tan invasiva, cualquier cirugía tiene sus riesgos” pero instruir las no regañar las, “ok, tienes estas opciones, no les tengas miedo, no le creas a la vecina”

Profesora: ¿De qué manera te dispones a escuchar a tus pacientes? ¿cómo haces para entender la perspectiva del paciente? Estamos hablando de comunicación en salud, alguien dijo ahorita que la falta de comunicación parece que genera más violencia ¿cómo haces para entender la perspectiva del paciente? ¿qué le preguntas para saber sus necesidades? ¿cómo se les enseñó a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina y cómo es en la práctica? ¿qué crees que necesita un médico para tener una habilidad comunicativa? ¿si ya se trae como una habilidad o talento o se estudia? ¿cómo se adquiere? Y describe el escucha al paciente en el campo clínico.

Estudiantes: la desarrollas.

Estudiante 1: siento que la desarrollas, es experiencia. Siento que es muy individual, no es como que todos tenemos una clase pero también se refleja mucho en cómo eres tú para socializar, por ejemplo, las personas que son los que se sientan en las esquinas en el salón a comer resistol, no son muy comunicativas con el paciente pero si eres una persona social y sabes comunicarte con tus amigos se te va a dar fácil comunicarte con el paciente.

Estudiante 4: la puedes desarrollar pero definitivamente es un componente muy grande de (inaudible).

Estudiante 5: cada paciente es muy diferente, aunque tengamos nuestras habilidades hay pacientes que son muy cerrados o muy abiertos, también tienes que lidiar con eso, principalmente con los que son cerrados porque tienes que tener paciencia.

Profesora: pero entonces ¿se adquiere, se puede aprender, se tiene talento? ¿en qué radica?

Estudiante 6: se nace con eso sí, pero yo personalmente siento que se desarrolla, porque a pesar de que alguien platica mucho en clase, extrovertido va y habla, no es lo mismo hablar con tu amigo que con un paciente o con el papá del paciente, en caso de pediatría, como que cada área tiene su forma de hablarle al tutor, al paciente y es algo que vas adquiriendo con el tiempo.

Profesora: ¿cómo es la escucha que tienen actualmente en la rotación con el paciente?

Estudiante 7: preguntarle a ella “¿tiene alguna pregunta para mí?” Decírselo de una manera que de verdad te pregunten algo, incluso aunque no tengan una duda, algo te van a preguntar aunque sea la más mínima pregunta.

Profesora: ¿este indicador de escucha creen que tienda a aumentar o a disminuir en el sentido cuando van siendo “más médico”?

Estudiante 5: entre más médico eres ya no te das tiempo de estar con el paciente, porque tienes a alguien que lo va a hacer, tú nada más llegas, haces lo que tienes que hacer y ese trabajo se lo dejas a alguien más.

Estudiante 7: la verdad es que hay trabajos más importantes que otros, y los trabajos más importantes pues obvio lo van a hacer las personas con más experiencias o más preparadas, por ejemplo, no es lo mismo decir “yo soy el más preparado de este cuarto, yo soy el que debería de estar explicando el consentimiento informado a la paciente pero tengo dos pacientes que tengo que estar cuidándolos, a uno le tengo que pasar un catéter

intraumbilical, a este tengo que checar que no le de convulsiones” obviamente esas cosas son vitales para la vida de los pacientes.

Profesora: ¿entonces la escucha es adyacente, no necesariamente importante?

Estudiantes: es igual de importante, sí lo es pero no le dan la importancia.

Estudiante 1: siento que fue generacional, no se cuál es el punto de corte en las generaciones, pero como que a nosotros ya no nos enseñó eso, no solo la salud física es lo que importa sino tratar globalmente al paciente, pero siento que mucho de los que son nuestros superiores no tienen el chip en la cabeza, de el paciente no solo viene por sangrado, sino porque le duele la cabeza.

Estudiante 7: también porque incluso hay externos o residentes que tratan pacientes que no conocen, no saben cómo se llaman, no saben qué patologías tienen y aún así lo operan. Se me hace absurdo, es una paciente que está ahí que por lo robots que son, nada más lo hacen.

Estudiante 3: me ha tocado convivir con el mismo residente en público y en privado, cómo se transforman, en público son unas personas y en privado son otras que hasta bañaditos. Cambia el trato, en público por robot o rutina, “no me pagan”, “robots en ambos ámbitos pero aquí me pagan y en el otro no”, “a mi no me pueden decir nada en el público porque las pacientes ya están mentalizadas que muchas veces se le van a tratar mal”.

Estudiante 4: creo que es el miedo, “ay, aquí no la voy a volver a ver, si me reportan equis”, y en un privado si tratan a alguien mal o no les gustan, la reportan a equis residente y le va a ir mal.

Profesora: ¿qué onda con la ética médica?

Estudiantes: no existe, no está.

Profesora: ¿Cómo manejas el respeto hacia las decisiones de tu paciente? Aquí hablamos de la atención centrada al paciente, ¿qué es lo que se le informa previo a un estudio? ¿el paciente interactúa, sólo se le informa o recomienda? ¿En un estudio, procedimiento o tratamiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada como si fuera la atención centrada en el paciente? ¿o nada más se le informa o a veces ni se le informa? ¿en qué nivel de comunicación está la relación médico-paciente frente al consentimiento informado?

Estudiante 1: creo que en pública nunca está la primera de dialogar de ‘qué quieres?’

Estudiante 2: A mi me ha tocado casos donde la embarazada es una adolescente, entonces la mamá es la que está abogando y hace un rollo “no aquí mi hija le duele la panza” entonces va y se queja con alguien superior, y al final terminan haciendo lo que la paciente quiere.

Profesora: ¿hay diferentes tipos de paciente?

Estudiante 2: Aquí mi problema fue que el director que dijo “pk, le vamos a hacer cesárea a la niña, la vamos a ingresar no importa que hay fila de otras pacientes que tienen cesárea indicada y ella no pero la mamá la hizo de problema”. Dijo “hay que considerar todo lo que dicen al tomar una decisión lo que las pacientes quieren”, y fue de ok pero yo una paciente que no se queje no le vas a hacer cesárea. ¿Dónde está la equidad de lo que quiere la paciente? Una paciente que está en trabajo de parto, todas al final quieren cesárea, te dicen “¿no me quieres pasar a cesárea?” Y tú de “no está indicado” pero está niña que la mamá sí se quejó pues a ella sí cesárea pues porque qué miedo que salga en la noticia y hay que darle lo que la paciente quiera.

Profesora: ¿cuál era la indicación en ese caso?

Estudiante 2: era que se fuera a su casa, para que tuviera más de 15 cm de dilatación pero a la niña le dolía.

Estudiante 1: todavía le faltaba y no la tenían que sacar, todavía faltaba.

Profesora: pero ¿esto no es muy constante en la salud pública? Que la mamá venga a hacer problemas.

Estudiante 3: sí me ha tocado si es adolescente en el materno.

Estudiante 1: en el metro si es de alta voluntaria y es de no se diga más, y van por los papeles y ya.

Estudiante 6: es que también molesta porque les explicas todo de “ok si usted se va, puede sufrir una infección o puede.. “ y es que si les explicas es porque estás viendo que de verdad se quiere ir y no cambia de parecer, entonces es de si se quiere ir “vayase” ya es su responsabilidad.

Profesora: ¿has experimentado algún tipo de conflicto cuando tratas de reconciliar lo aprendido en tu formación y las decisiones que tienes que tomar frente al paciente?

Estudiante 7: todos los días.

Profesora: ¿qué disonancia hay entre lo aprendido y la práctica?

Estudiante 7: todos los días.

Estudiante 5: everyday.

Profesora: ¿Y eso cómo lo superan?

Estudiantes:

“Los de cesárea son multitask”

“Le das algo para que todo salga ya”

Profesora: ¿eso es lo que se indica en el campo clínico?

Estudiante 5: eso es lo que la mayoría dicen.

Estudiante 1: muchas veces hay personas que se pasan por el arco de triunfo las guías de práctica clínica y hacen lo que a ellos ya llevan 10 años haciéndolo y les ha funcionado y lo

hacen. Pero no está indicado, no significa que si a ti te ha funcionado siempre te va a funcionar.

Estudiante 6: ellos le dicen medicina basada en la práctica.

Profesora: ¿cómo especie de sarcasmo?

Estudiante 6: no, ellos dicen “estamos usando medicina basada en la práctica”, como ellos lo han vivido y saben cómo funciona y siempre le resultan así.

Profesora: ¿es un concepto que debería de buscar?

Estudiante 6: sí existe.

Estudiante 1: lo que más me llama la atención, el kristeller, en todas las prácticas dicen “no uses el kristeller” y siempre si llega el doctor y dice “vamos a darle galleta” significa que le van a dar kristeller, les vale y se dejan caer con todo el peso arriba de la paciente para que el bebé baje.

Profesora: ¿enseñas a tu paciente lo que necesitan para que sepan lo que sucede para alcanzar su salud? Se llama alfabetización en salud, el indicador.

Estudiante 2: lo que yo les digo es ve a tu cita.

Estudiante 1: siempre les explicas esto pasó por esto y esto, al menos yo es de que “te estás desangrando porque quedó un pedacito de placenta dentro de ti y tengo que sacarlo, y tienes que checarte” si explicas todo y lo pones en palabras de ellos para que entiendan por qué les estás metiendo la mano y les duele.

Estudiante 4: creo que yo, en mi experiencia, que en general eso sí se aplica porque le afecta a los residentes, los residentes saben que si no les enseñan a adherirse al tratamiento y cómo hacerlo bien y por qué está pasando lo que está pasando, va a regresar el paciente y no quieren que regrese, quieren que esté sano y no regresen porque es más chamba. Eso es

mi experiencia, sí he visto que les explican “señora necesita ponerse esto aquí y aquí y esto así”.

Profesora: ¿pero se le indica nada más lo que debe de hacer? Verticalmente.

Estudiante 3: yo sí he visto que en la papelería sí ponen paso por paso.

Profesora: voy a volver a hacer esta pregunta aunque ya la contestaron, nada más para que confirmen. ¿Durante tu rotación se llega a un consenso real entre personal de salud y el paciente, solo se le informa, se procede a actuar o solo se impone la decisión del médico?

Estudiante 4: de las dos, un residente discute con un externo, “esta paciente está en trabajo de parto y tiene preeclampsia, el registro se ve bien, entonces podemos hacer ****”, “ya lleva más de 6 horas parto” y dice el residente “está bien, todavía tiene tiempo, todavía puede dilatar y bajar”, le dicen “no, ya se desembaraza”. Detesto esa palabra, “desembarazar”.

Profesora: ustedes como grupo ¿cómo entienden la guía de práctica clínicas?

Estudiantes:

“copy and paste de las guías internacionales”

“te dicen qué tienes que hacer, si tienes una paciente así y está así pues haz esto”

Profesora: ya sé que son, pero ¿qué es para ustedes?

Estudiantes:

-evidencia de lo que estamos haciendo es correcto estadísticamente

-es la biblia

- lo que no ha funcionado

- lo que puedes hacer y no puedes hacer,

- para protegerte

Profesora: ¿por qué no se hacen?

Estudiante 4: aparte te puedes defender con ella porque si le pasa algo a la paciente y tú dices, “yo seguí la guía clínica” y ya no te pueden decir nada, hay evidencia.

Estudiante 5: a mi me ha tocado que cuando le dan prostol le dan inducto fallida con 3 dosis, una vez me dijo a mí mi residente “ve y dasela a escondida y que no te vea” y ya era la cuarta dosis.

Estudiante 4: contrario a eso en la privada, en el san José está super descarado, inducto conducción fallida, hora de cesárea 10:40, hora de eso 9.

Profesora: ¿Cómo manejas la comunicación no verbal, tono de voz, gestos, tomar de la mano, kinestesia que tienes con tus pacientes en la rotación pública? ¿has tenido tener paciencia con algún pacientes con los que tienes que ser más pacientes? ¿qué haces con tus estrategias de comunicación en ese caso? ¿Cuáles son las cualidades de un buen médico?

Estudiante 3: esa está bien difícil

Estudiante 1: me ha pasado muchas veces que le dices a la paciente, yo en lo personal los que han convivido conmigo siempre me han escuchado que les explico todo, cómo deben de pujar, cómo respirar, como que ya me sé mis líneas y siempre les digo “no grite por favor” y cuantas veces se los tengo que decir, se los digo. Me ha pasado varias veces que es de “por favor señora no grite, solo se está lastimando y no está ayudando a bajar al bebé”, les explico si rien si lloran si gritan el bebé se queda donde está”, me ha pasado que le digo “no griten” y la señora se me queda viendo y empieza a gritar.

Profesora: ¿por la fuerza del aire o por qué no quieres que griten?

Estudiante 7: No le sirven y aparte molestan a otras pacientes.

Estudiante 1: sólo está gritando y no pujando, no están haciendo nada. Siempre le digo es que lo único que está haciendo aquí es que le va a seguir doliendo por más tiempo y vuelven a gritar.

Estudiante 7: a pacientes que veo que están más sensibles, sobre todo son muchas que tienen 17 o 18 años, “quiero a mi mamá” muchas es de “¿ya regresó mi mamá?” Tiendo a quedarme más tiempo con ellas.

Estudiante 2: lo de tomar de la mano, ese contacto, me han dicho muchas enfermeras que me dicen “no le agarres la mano”, si yo estuviera ahí me gustaría tener a alguien, por ejemplo, cuando estaba en pediatría, entraba a recibir al niño en salud, ya hasta entraba el esposo en cámara y llegas a allá y ella está completamente sola, escuchando pura violencia verbal hacia ella “abra las piernas y no se qué, ahora sí”, ¿qué tiene de malo tenderle mano a la pobre paciente?.

Profesora: ¿cuáles son las cualidades de un buen médico, un ideal de médico que ustedes piensen que es un ejemplo? ¿cómo podemos construir un ideal de un buen médico?

Estudiantes: solidario, empático, humilde, honesto, respetuoso, paciente, tome en cuenta los deseos de la paciente, no sea ignorante, puede ser un médico que sea muy amable y muy buena persona y no sepa nada, sea prudente, no diga comentario que no van, que si no sepa vaya con alguien más, que sea ético, equidad con todos, hombre, mujer, orientación sexual, raza. Intentar no desquitarse con la paciente cuando uno tenga sus propios problemas.

Estudiante 1: debes de saber separar las cosas, si me enojé con (inaudible) no iré y le voy a gritar a otra persona, le voy a gritar a (inaudible) y a la otra la voy a tratar como debe de ser tratada, no porque me hagan enojar antes voy a estar enojado todo el día, tienes que aprender a separar y a filtrar tu actitud hacia las personas. Muchos no aplican eso pero también hay otros que sí lo aplican.

Anexo 11: Entrevistas a profundidad.

Entrevista profundidad con médicos titulados, R4 cursando el posgrado en Pediatría.

El siguiente cuestionario que se te entrega a continuación, se hace con el fin de recabar información valiosa acerca de la experiencia médica en posgrado con un carácter de confidencialidad. Por favor, contesta en tu computadora CADA UNA de las siguientes veinte preguntas de manera clara y extensa en la medida de las posibilidades del tiempo.

Instrucciones: De acuerdo a tus 4 años en el área de Pediatría, contesta por favor de acuerdo a tu experiencia en Hospitales públicos lo que se te pide.

Tiempo máximo 45 minutos.

1. ¿Qué especialidad está cursando y cuál es la razón de su elección?
Pediatría y porque siempre me gustaron los niños y su manejo y sus patologías. Me parece desafiante atender a un niño que solo te muestra ciertos datos de su patología.
2. ¿Cómo le enseñaron a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina?, y ¿Cómo ha sido la práctica?, ¿ha sido diferente?
Se me ha dicho que debe ser con respecto y siempre siendo claro con el paciente ante la información que se da. En la práctica siempre será más difícil, ya que te enfrentas a diferentes culturas, maneras de pensar y personalidades distintas y muchas veces te puede tocar lidiar con personalidades desafiantes o que no comprenden lo que les dices y es complicado.
3. ¿Qué cree que necesite un médico para tener habilidad comunicativa? ¿Ya se trae, se estudia o cómo se adquiere?
Opino que una parte ya se trae por la educación que se ejerce en casa y totalmente de acuerdo en que otra parte es adquirida conforme los años de experiencias y lo vivido.
4. Describa por favor cómo es la escucha al paciente en los hospitales en los que ha estado

Pues en los hospitales públicos puede llegar a ser limitado, ya que las personas y el tiempo tan pequeño y tantos pacientes no te lo permiten.

5. ¿Qué comprende por Consentimiento informado?

Documento que se encarga de la descripción de lo que se hará al paciente, así como la explicación de los riesgos, complicaciones y beneficios de la atención con la intención de que el médico sea claro con la información y que el paciente autorice todo lo contado.

6. ¿Cuántos tipos de Consentimiento informado conoce y cuántos aplica en su especialidad?

tengo entendido que 2 (la verdad no estoy segura) y estos 2 aplican para la especialidad.

7. ¿Cómo procede a aplicar un Consentimiento informado y en qué momento de su intervención con el paciente lo hace?

Siempre que el paciente ingresa a la unidad a tratarse y siempre que se realice algún procedimiento. Se debe entregar previo a efectuar cualquier procedimiento invasivo mínimo o grande (desde una punción para toma de muestras hasta algún procedimiento quirúrgico).

8. ¿Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, cómo evalúa que el paciente ha comprendido lo que va a suceder?

Se debe explicar de manera clara y siempre contestando las preguntas del familiar. En caso de consentimiento escrito se debe mostrar al paciente la información y esta debe firmar.

9. ¿Cómo se asegura de que el consentimiento informado sea comprendido por su paciente y acepte lo que va a firmar?

Pues preguntando si quedó alguna duda y en caso de ser así resolverla y siempre anotar en el consentimiento todos los posibles riesgos y complicaciones.

10. ¿Cómo cree usted que vive el modelo de atención centrada en el paciente?

Pues atiende a las necesidades individualizadas de cada paciente.

11. ¿Cómo maneja usted la toma de decisiones de su paciente?

En conjunto con el médico tratante y el familiar

12. ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento?

La razón por la que se realizará, el tipo de procedimiento, estudio o tratamiento que se hará, los riesgos, complicaciones y beneficios del mismo, el tiempo en que tardará.

13. ¿Considera usted que sus pacientes están a la altura cognitiva de la comprensión de lo que les sucede o no comprenden qué les pasa?

Muchos de los pacientes en los hospitales públicos carecen de comprensión.

14. ¿El paciente interactúa o solo se le informa o recomienda el tratamiento?

El paciente interactúa y opina o emite sus dudas sobre lo que se le informa que se debe hacer para el tratamiento en muchos casos. Depende mucho del familiar y la persona.

15. ¿En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué?

En muchos de los casos no. Solo se le explica que su paciente requiera tal o cual estudio y se explica el estudio y ya. Creo que muchas veces por la premura de realizar lo antes posible los estudios por la cantidad elevada de pacientes que se atienden.

16. ¿Ha experimentado algún tipo de conflicto cuando trata de reconciliar lo aprendido en su formación y las decisiones que tiene que tomar frente al paciente?

No.

17. ¿Enseña a sus pacientes lo que necesitan para que sepan cómo un maestro para alcanzar su salud o solo le informan los procedimientos?

En muchas ocasiones si o al menos se intenta, sin embargo, muchos de los familiares no comprenden la información, por lo que siempre se acaba explicando solo el procedimiento.

18. ¿Cómo maneja la comunicación no verbal y verbal con sus pacientes?

Trato de siempre mantener una posición firme y sería cuando la información que se dará lo amerita y trato de siempre ser claro con lo que se está explicando, usando palabras comunes que el paciente pueda entender y siempre contestando dudas.

19. ¿Cuáles considera que son las cualidades de un buen médico?

Respeto, honestidad, seriedad, conocimiento claro y empatía

20. ¿De qué forma considera que sus pacientes acceden a sus derechos? ¿Cuáles conoce?

Les explico bien cada uno de los procedimientos y emito mi información con respeto y empatía. Creo que el derecho al respecto mutuo paciente con médico es lo más fundamental.

Anexo 12: Entrevistas a profundidad (2)

Entrevista profundidad con médicos titulados, R4 cursando el posgrado en Pediatría.

El siguiente cuestionario que se te entrega a continuación, se hace con el fin de recabar información valiosa acerca de la experiencia médica en posgrado con un carácter de confidencialidad. Por favor, contesta en tu computadora CADA UNA de las siguientes veinte preguntas de manera clara y extensa en la medida de las posibilidades del tiempo.

Instrucciones: De acuerdo a tus 4 años en el área de Pediatría, contesta por favor de acuerdo a tu experiencia en Hospitales públicos lo que se te pide.

Tiempo máximo 45 minutos.

1. ¿Qué especialidad está cursando y cuál es la razón de su elección?

Estoy cursando la especialidad de pediatría debido a que siempre he tenido preferencia y cierta inclinación hacia el bienestar por los niños en todos los sentidos, desde el académico hasta su estado de salud, además de tener la posibilidad de entablar relaciones con sus padres que son un segundo paciente.

2. ¿Cómo le enseñaron a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina?, y ¿Cómo ha sido la práctica?, ¿ha sido diferente?

En mi escuela de medicina (UASLP) me enseñaron a comunicarme con un lenguaje claro y en palabras sencillas para que las personas puedan entender conceptos que no son muy comunes para ellos. Desde que estoy en 2.º año de la carrera he tratado de comunicarme así con los pacientes de todas las edades y no es diferente hacerlo así con los niños.

3. ¿Qué cree que necesite un médico para tener habilidad comunicativa? ¿Ya se trae, se estudia o cómo se adquiere?

Creo que es algo que es innato, pero que se puede llegar a desarrollar. A ciertas personas se les hace muy fácil la comunicación verbal o escrita y hay otros que lo hacen conforme nos enseñan a hacerlo. Solo se necesita querer hacerlo.

4. Describa por favor cómo es la escucha al paciente en los hospitales en los que ha estado

Debido a la cantidad de pacientes que se maneja en los hospitales públicos, muchas veces es difícil sentarse y tomarse el tiempo de escuchar con lujo de detalle lo que los padres nos quieren decir, es más un interrogatorio dirigido lo que hacemos en el área de urgencias. En el área de hospitalización se hace más fácil realizar ya un interrogatorio o tener una comunicación más estrecha con los pacientes, lo que en ocasiones no es productivo porque los padres dicen hasta este momento información vital para el diagnóstico o atención del paciente.

5. ¿Qué comprende por Consentimiento informado?

es el consentimiento o aceptación de cualquier cosa posterior a haber recibido toda la información necesaria para tomar la decisión.

6. ¿Cuántos tipos de Consentimiento informado conoce y cuántos aplica en su especialidad?

Conozco el consentimiento informado para hospitalización, para intervención quirúrgica, para sedación o anestesia, para un procedimiento mayor. Creo que son los únicos que he llegado a utilizar.

7. ¿Cómo procede a aplicar un Consentimiento informado y en qué momento de su intervención con el paciente lo hace?

Generalmente, el único consentimiento informado que suelo aplicar es el de procedimiento mayor que lo utilizo para cuando se va a intubar un paciente, se le pondrá un acceso venoso central o se realizará una punción lumbar. Me acerco a los padres y les explico el procedimiento que se realizara con sus pros y contras, así como los problemas o efectos adversos que pueden ocurrir y les dejo el consentimiento informado para que lo lean y después me lo entregan firmado o me preguntan dudas si es que las llegaran a tener.

Los otros consentimientos los aplican los doctores que ingresan a los pacientes al área de urgencias, o los cirujanos y anesthesiólogos.

8. ¿Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, cómo evalúa que el paciente ha comprendido lo que va a suceder?

Le pido que me explique nuevamente lo que yo le acabo de explicar.

9. ¿Cómo se asegura de que el consentimiento informado sea comprendido por su paciente y acepte lo que va a firmar?

Cuando les pido que me entreguen el consentimiento informado me realicen preguntas si es que las tienen.

10. ¿Cómo cree usted que vive el modelo de atención centrada en el paciente?

11. ¿Cómo maneja usted la toma de decisiones de su paciente?

Siempre respeto sus decisiones más, en ocasiones no estoy de acuerdo con ellas y si interfieren con el bienestar del paciente muchas ocasiones involucro a trabajo social para que llegue al fondo de la situación familiar y veamos que se puede hacer por el paciente.

12. ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento?

Que es el procedimiento y en que consiste, cuanto dura, si se pueden esperar efectos adversos, sus pros y contras.

13. ¿Considera usted que sus pacientes están a la altura cognitiva de la comprensión de lo que les sucede o no comprenden qué les pasa?

Siempre pueden entender cuando se les explique de forma clara y sencilla, sin palabras elaboradas o muy científicas, porque cualquier persona en momentos de estrés entra en negación.

14. ¿El paciente interactúa o solo se le informa o recomienda el tratamiento?

Generalmente, interactúa haciendo preguntas acerca del tratamiento y el porqué del tratamiento.

15. ¿En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué?

No es consensuada en ningún momento, se les informa que es lo que se va a hacer de acuerdo a lo que tenga el paciente y ellos toman la decisión de sí si se realiza o no, pero no se llega a realizar una plática para ver si ellos opinan otra cosa o quieren otra cosa.

En mi opinión, las cosas que se realizan se hacen porque el paciente las necesita, no porque nosotros queramos hacerlas sin objetivo alguno. Es una de las diferencias con los hospitales privadas, en donde se hace lo que el paciente quiere, como si ellos supieran más que los médicos de las cosas.

16. ¿Ha experimentado algún tipo de conflicto cuando trata de reconciliar lo aprendido en su formación y las decisiones que tiene que tomar frente al paciente?
Creo que por el momento no. Más en el ámbito privado, donde lo que se aprende muchas veces dista mucho de lo que se hace, debido a que hay que mantener a los “padres a gusto para que no se te vayan” (palabras textuales de varios profesores), y se dejan llevar por lo que los padres quieren.

17. ¿Enseña a sus pacientes lo que necesitan para que sepan cómo un maestro para alcanzar su salud o solo le informan los procedimientos?

Al menos yo les trato de dar información de todos los aspectos, si detecto algún otro problema diferente al que los llevo al hospital, los envío con los sub especialistas necesarios o les informo que hay que hacer. Repito, por la cantidad de paciente, a veces esto no se puede hacer.

18. ¿Cómo maneja la comunicación no verbal y verbal con sus pacientes?

Me parece que bien, ya que recorro en muchas ocasiones a realizar dibujos que les entrego acerca de los problemas que están teniendo los pacientes.

19. ¿Cuáles considera que son las cualidades de un buen médico?

Empatía, habilidad de escucha y comunicación, capacidad de razonar, capacidad de aceptar que no sabemos todo y poder pedir ayuda a algún otro médico, aprendizaje diario y continuo.

20. ¿De qué forma considera que sus pacientes acceden a sus derechos? ¿Cuáles conoce?

Recibir atención médica adecuada (depende del médico que “les toque” lleve su atención médica), trato digno (todos por igual lo realizan), decidir libremente sobre su atención (ellos se pueden negar a recibir algún medicamento, procedimiento, pero repito, al ser niños los que son mis pacientes, yo me acerco a trabajo social para que ellos vean por el bienestar y la buena salud del menor, si el procedimiento o medicamento es indispensable para la vida), confidencialidad, tener un expediente clínico (aquí podría hablar mucho, pero creo que es necesario tener una plataforma digital unificada, ya que muchos pacientes reciben atención médica en muchas instituciones y sería fantástico tener acceso a todos los expedientes porque los padres muchas veces si no es que todas, no saben los nombres de lo que sus niños tuvieron y es imposible entenderlos a veces) y creo que hay uno que se trata de recibir toda la información necesaria de su padecimiento.

Anexo 13: Entrevistas a profundidad (3)

Entrevista profundidad con médicos titulados, R4 cursando el posgrado en Pediatría.

El siguiente cuestionario que se te entrega a continuación, se hace con el fin de recabar información valiosa acerca de la experiencia médica en posgrado con un carácter de confidencialidad. Por favor, contesta en tu computadora CADA UNA de las siguientes veinte preguntas de manera clara y extensa en la medida de las posibilidades del tiempo.

Instrucciones: De acuerdo a tus 4 años en el área de Pediatría, contesta por favor de acuerdo a tu experiencia en Hospitales públicos lo que se te pide.

Tiempo máximo 45 minutos.

1. ¿Qué especialidad está cursando y cuál es la razón de su elección?

Pediatría, porque me encanta el crecimiento y desarrollo, así como las patologías de la edad pediátrica.

2. ¿Cómo le enseñaron a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina?, y ¿Cómo ha sido la práctica?, ¿ha sido diferente?

Durante mi formación como MC, recibí formación para adaptarme para hacer más efectiva la comunicación con mis pacientes, ahora en mi práctica diaria, con sus padres, siempre identificando su nivel educativo, escuchando sus dudas e inquietudes y tratando de dejar en claro la información que necesiten sobre su abordaje diagnóstico y terapéutico.

En mi día a día durante mis rotaciones en el sector público, lo que dificulta me dificulta entablar una relación es la sobrecarga de trabajo que condiciona que muchas veces se cuente con poco tiempo para platicar con mis pacientes y sus cuidadores.

3. ¿Qué cree que necesite un médico para tener habilidad comunicativa? ¿Ya se trae, se estudia o cómo se adquiere?

Desde mi punto de vista, la habilidad comunicativa es ambivalente, de la manera en que si influye la personalidad del médico, pero la práctica constante exponiéndose a diversos escenarios de comunicación con los pacientes, desarrolla tus capacidades para que sea efectiva.

4. Describa por favor cómo es la escucha al paciente en los hospitales en los que ha estado.

Desde mi punto de vista, muy poca y limitada, como había mencionado anteriormente, es determinada por la sobrecarga de trabajo. Se trata de hacer lo más eficiente posible.

5. ¿Qué comprende por Consentimiento informado?

El documento legal en el que el paciente, con información previo, acerca de su patología, cuál sería su abordaje diagnóstico y los riesgos que presenta, acepta la intervención necesaria.

6. ¿Cuántos tipos de Consentimiento informado conoce y cuántos aplica en su especialidad?

De internamiento, procedimiento invasivo, anestesiología, quirúrgico. En mi especialidad aplico de internamiento y procedimiento invasivo (punción lumbar, intubación, colocación de cvc o sondas)

7. ¿Cómo procede a aplicar un Consentimiento informado y en qué momento de su intervención con el paciente lo hace?

Le informo acerca de su patología, posteriormente le explico los procedimientos necesarios para su abordaje, los riesgos y complicaciones que conlleva, aclaro sus dudas y por último pido su firma.

8. ¿Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, cómo evalúa que el paciente ha comprendido lo que va a suceder?

Le pregunto si tiene alguna duda y le pido que me explique con sus palabras la información que le di.

9. ¿Cómo se asegura de que el consentimiento informado sea comprendido por su paciente y acepte lo que va a firmar?

Le pregunto si tiene alguna duda y le pido que me explique con sus palabras la información que le di.

10. ¿Cómo cree usted que vive el modelo de atención centrada en el paciente?

De manera muy pobre en los hospitales públicos, a pesar de hacer nuestro mayor esfuerzo porque existe sobrepoblación del sector y somos muy pocos residentes.

11. ¿Cómo maneja usted la toma de decisiones de su paciente?

De manera consentida con sus padres.

12. ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento?

La indicación del mismo, cómo es el procedimiento/tratamiento/estudio, qué riesgos o complicaciones conlleva

13. ¿Considera usted que sus pacientes están a la altura cognitiva de la comprensión de lo que les sucede o no comprenden qué les pasa?

No.

14. ¿El paciente interactúa o solo se le informa o recomienda el tratamiento?

Aproximadamente en 20% de los casos interactúan, y un 80% no.

15. ¿En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué?

Sí, se realiza con sus padres.

16. ¿Ha experimentado algún tipo de conflicto cuando trata de reconciliar lo aprendido en su formación y las decisiones que tiene que tomar frente al paciente?

Si

17. ¿Enseña a sus pacientes lo que necesitan para que sepan cómo un maestro para alcanzar su salud o solo le informan los procedimientos?

Trato de enseñarles.

18. ¿Cómo maneja la comunicación no verbal y verbal con sus pacientes?

Explicamos con dibujos, o imágenes gráficas.

19. ¿Cuáles considera que son las cualidades de un buen médico?

Humilde, respetuoso, sensible, actualizado.

20. ¿De qué forma considera que sus pacientes acceden a sus derechos? ¿Cuáles conoce?

Reciben información y atención oportuna.

Anexo 14: Entrevistas a profundidad (4)

Entrevista profundidad con médicos titulados, R4 cursando el posgrado en Pediatría.

El siguiente cuestionario que se te entrega a continuación, se hace con el fin de recabar información valiosa acerca de la experiencia médica en posgrado con un carácter de confidencialidad. Por favor, contesta en tu computadora CADA UNA de las siguientes veinte preguntas de manera clara y extensa en la medida de las posibilidades del tiempo.

Instrucciones: De acuerdo a tus __4_ años en el área de Pediatría, contesta por favor de acuerdo a tu experiencia en Hospitales públicos lo que se te pide.

Tiempo máximo 45 minutos.

1. ¿Qué especialidad está cursando y cuál es la razón de su elección?

Pediatría, porque siempre he tenido afinidad a la patología pediátrica y a los pacientes.

2. ¿Cómo le enseñaron a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina?, y ¿Cómo ha sido la práctica?, ¿ha sido diferente?

Hacerlo de manera formal, directa, responsable pero honesto. Aterrizar mis comentarios al nivel de edad e inteligencia del paciente y familia.

3. ¿Qué cree que necesite un médico para tener habilidad comunicativa? ¿Ya se trae, se estudia o cómo se adquiere?
Se necesita cierta personalidad para ser extrovertido y poder comunicarse mejor, sin embargo, puede fortalecerse en la escuela.

4. Describa por favor cómo es la escucha al paciente en los hospitales en los que ha estado.
En los hospitales de SSA se cuenta en ocasiones con barreras intelectuales y en los hospitales de Tec salud en ocasiones con barreras de disponibilidad.

5. ¿Qué comprende por Consentimiento informado?
Documento en el cual el paciente accede, a que se utilice su información o su expediente clínico, para fines de investigación, clínicos
6. ¿Cuántos tipos de Consentimiento informado conoce y cuántos aplica en su especialidad?
De procedimiento, de investigación y de solicitud clínica

7. ¿Cómo procede a aplicar un Consentimiento informado y en qué momento de su intervención con el paciente lo hace?
Se explica a los familiares que es lo que se va a hacer, cómo se va a hacer, cuáles son los riesgos y beneficios

8. ¿Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, cómo evalúa que el paciente ha comprendido lo que va a suceder?
Le pregunto si me entendió, si tiene alguna duda y si puede explicarme lo que se va a hacer

9. ¿Cómo se asegura de que el consentimiento informado sea comprendido por su paciente y acepte lo que va a firmar?
Explico detalladamente que es lo que se va a hacer y lo hago como me gustaría que me lo explicaran a mí.

10. ¿Cómo cree usted que vive el modelo de atención centrada en el paciente?
Siendo parte del equipo multidisciplinario centrado en la mejor atención médica.

11. ¿Cómo maneja usted la toma de decisiones de su paciente?
Las reviso, analizo e informo a su médico tratante para tomar decisiones

12. ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento?
Le informo los riesgos, beneficios y cómo es que será el procedimiento.
13. ¿Considera usted que sus pacientes están a la altura cognitiva de la comprensión de lo que les sucede o no comprenden qué les pasa?
En SSA a veces no y en Tec Salud sí.
14. ¿El paciente interactúa o solo se le informa o recomienda el tratamiento?
En ocasiones si interactúa y en ocasiones solo se informa
15. ¿En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué?
Si solo que en muchas ocasiones se les informa o pide el consentimiento, después de realizarlo.
16. ¿Ha experimentado algún tipo de conflicto cuando trata de reconciliar lo aprendido en su formación y las decisiones que tiene que tomar frente al paciente?
Sí, en ocasiones si se ha encontrado dificultad para que los familiares entiendan lo que se va a hacer o que estén de acuerdo con lo que se realizará.
17. ¿Enseña a sus pacientes lo que necesitan para que sepan cómo un maestro para alcanzar su salud o solo le informan los procedimientos?
Se informa lo que se necesita saber como paciente, aterrizado en términos no médicos y de acuerdo al estado sociocultural del paciente
18. ¿Cómo maneja la comunicación no verbal y verbal con sus pacientes?
La no verbal, me gusta hacer dibujos para explicarles a mis pacientes qué es lo que haremos
19. ¿Cuáles considera que son las cualidades de un buen médico?
Responsabilidad, organización, transparencia, honestidad, serenidad
20. ¿De qué forma considera que sus pacientes acceden a sus derechos? ¿Cuáles conoce?

Acceden a ellos ejerciendo su derecho de autonomía sobre su atención médica, informándose respecto a sus decisiones y opiniones.

Anexo 15 Entrevistas a profundidad (5)

Entrevista profundidad con médicos titulados, R4 cursando el posgrado en Ginecología

El siguiente cuestionario que se te entrega a continuación, se hace con el fin de recabar información valiosa acerca de la experiencia médica en posgrado con un carácter de confidencialidad. Por favor, contesta en tu computadora CADA UNA de las siguientes veinte preguntas de manera clara y extensa en la medida de las posibilidades del tiempo.

Instrucciones: De acuerdo a tus ___ años en el área de Pediatría, contesta por favor de acuerdo a tu experiencia en Hospitales públicos lo que se te pide.

Tiempo máximo 45 minutos.

1. ¿Qué especialidad está cursando y cuál es la razón de su elección?
 1. Ginecología y Obstetricia
 2. Porque me gusta que abarque área clínica, quirúrgica y acompañas a la mujer en todas sus etapas.

2. ¿Cómo le enseñaron a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina?, y ¿Cómo ha sido la práctica?, ¿ha sido diferente?
 1. En clase de propedéutica en la carrera me explicaron en qué consistía un interrogatorio clínico
 2. En la práctica aprendes sola a usar términos que la paciente sienta más familiares y comunes para que tenga un poco más de confianza y te conteste lo que preguntas
 3. Sí, ha sido diferente

3. ¿Qué cree que necesite un médico para tener habilidad comunicativa? ¿Ya se trae, se estudia o cómo se adquiere?
 1. Considero que “ya se trae”, tiene que ver con la formación, personalidad y carisma del médico. También se puede adquirir estudiando y esforzándose en el ámbito comunicativo.

4. Describa por favor cómo es la escucha al paciente en los hospitales en los que ha estado.
 1. En la consulta con mi mentora escucha 100% a su paciente y parafrasea después su respuesta, esperando confirmación de que entendió lo que la paciente trataba de explicar
 2. En los hospitales asistenciales depende mucho de la persona que esté consultando, pero en general por la falta de tiempo (supongo) interrumpen a las pacientes y completan sus frases casi todo el tiempo como “apurándolas” a contestar.

5. ¿Qué comprende por Consentimiento informado?
 1. Documento que firma un paciente en el que legalmente da su autorización, la cual debe ser con el completo conocimiento de lo que consiste dicho procedimiento o tratamiento

6. ¿Cuántos tipos de Consentimiento informado conoce y cuántos aplica en su especialidad?
 1. Escrito y verbal
 2. Consentimiento de internamiento, atención de parto/cesárea, procedimiento quirúrgico, toma de muestra para VIH, transfusión de hemoderivados, anestesia

7. ¿Cómo procede a aplicar un Consentimiento informado y en qué momento de su intervención con el paciente lo hace?
 1. Le explicas antes de su ingreso en qué consiste dicho procedimiento y qué autoriza al estar firmando y le pides que escriba con su puño y letra, nombre completo y firma, si es analfabeta le pides su huella e idealmente hay testigos de la firma del documento
 2. Corroboras antes de cu cirugía o intervención que libremente decidió firmar el consentimiento

8. ¿Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, cómo evalúa que el paciente ha comprendido lo que va a suceder?
 1. Se lo explicas con otras palabras y te da confirmación verbal de su autorización

9. ¿Cómo se asegura de que el consentimiento informado sea comprendido por su paciente y acepte lo que va a firmar?
 1. Confirmación verbal

10. ¿Cómo cree usted que vive el modelo de atención centrada en el paciente?
 1. Respetando siempre la autonomía y decisiones de los pacientes.
 2. Dándoles la suficiente información para que puedan tomar una decisión inteligente.

11. ¿Cómo maneja usted la toma de decisiones de su paciente?
 1. Las acepto, aunque no esté de acuerdo con ellas, intento darles mi punto de vista si considero que la decisión que están tomando es perjudicial para su salud, sin embargo, con el paso de los años me he relajado y solo acepto que no puedo cambiar su forma de pensar y que no son ni mis hermanas ni familia por lo que no me corresponde ese papel.

12. ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento?
 1. Cómo, cuándo, dónde se realizará dicho estudio, tratamiento o procedimiento
 2. Los beneficios, los riesgos, qué pasa si no acepta y cuáles son las alternativas

13. ¿Considera usted que sus pacientes están a la altura cognitiva de la comprensión de lo que les sucede o no comprenden qué les pasa?
 1. La mayoría del tiempo sí comprenden todo cuando se los explicas

14. ¿El paciente interactúa o solo se le informa o recomienda el tratamiento?
 1. Se le pregunta si tiene dudas y se intercambia información hasta que el paciente esté satisfecho con los datos y se siente capaz de tomar una decisión.

15. ¿En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué?
 1. Sí, porque son sus derechos.

16. ¿Ha experimentado algún tipo de conflicto cuando trata de reconciliar lo aprendido en su formación y las decisiones que tiene que tomar frente al paciente?
 1. Claro, pasa frecuente cuando una paciente, por ejemplo por su religión, no acepta, hemo transfusión, o cuando son adolescentes y no quieren aplicarse ningún método de planificación familiar por mitos o información completamente errónea escuchada en su casa.

2. Es un conflicto porque yo quisiera que todas tuvieran las mejores oportunidades para salir adelante; sin embargo, he aprendido que es su vida y no la mía y no puedo obligarlas a cambiar de parecer.
17. ¿Enseña a sus pacientes lo que necesitan para que sepan cómo un maestro para alcanzar su salud o solo le informan los procedimientos?
 1. Siempre procuro explicarles todo lo que necesitan y está en mis manos para que tomen una decisión informada, aunque me tome más tiempo.
 18. ¿Cómo maneja la comunicación no verbal y verbal con sus pacientes?
 1. Verbal, trato de utilizar siempre las palabras correctas; es decir, trato de evitar palabras o frases como “su parte” en vez de vagina-vulva-, etc. Trato de ser clara y no confundirlas con frases que ellas no pudieran entender, les hablo de tú si son de mi edad o más chicas porque siento que se sienten más en confianza.
 2. No verbal: trato de sonreír, de tener una postura libre y no rígida, en ocasiones por ejemplo en una paciente que está en trabajo de parto puedo tocar su abdomen o su hombro como en señal de ánimos
 19. ¿Cuáles considera que son las cualidades de un buen médico?
 1. Saber escuchar, tomar decisiones y reconocer cuándo hay que pedir ayuda
 20. ¿De qué forma considera que sus pacientes acceden a sus derechos? ¿Cuáles conoce?
 1. Acceden a sus derechos, pues, al ser atendidos...
 2. Conozco el derecho a tener acceso a la atención médica, a ser tratado con respeto, dignidad y justicia, a rechazar el tratamiento médico, a respetar sus creencias y religión, a ser informado de los procesos, a decidir sobre su tratamiento.

Anexo 15 Entrevistas a profundidad (6)

10 Entrevista profundidad con médicos titulados, R4 cursando el posgrado en Ginecología

El siguiente cuestionario que se te entrega a continuación, se hace con el fin de recabar información valiosa acerca de la experiencia médica en posgrado con un carácter de confidencialidad. Por favor, contesta en tu computadora CADA UNA de las

siguientes veinte preguntas de manera clara y extensa en la medida de las posibilidades del tiempo.

Instrucciones: De acuerdo a tus ___ años en el área de Pediatría, contesta por favor de acuerdo a tu experiencia en Hospitales públicos lo que se te pide.

Tiempo máximo 45 minutos.

1. ¿Qué especialidad está cursando y cuál es la razón de su elección?

Ginecología y obstetricia, varios campos: consulta, quirúrgico, procedimientos.

2. ¿Cómo le enseñaron a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina?, y ¿Cómo ha sido la práctica?, ¿ha sido diferente?

Escuchar y plantear preguntas abiertas, escuchar dudas y aclararlas. Si ha cambiado un poco, sobre todo cuando la agenda en hospitales públicos está llena, donde hay menos oportunidad de darle tiempo a los pacientes de que se expresen ampliamente y busquemos respuestas a ciertas preguntas predeterminadas.

3. ¿Qué cree que necesite un médico para tener habilidad comunicativa? ¿Ya se trae, se estudia o cómo se adquiere?

Claro, en todos los aspectos. Para hablar con los pacientes, familiares de los pacientes, residentes del mismo grado e inferiores.

4. Describa por favor cómo es la escucha al paciente en los hospitales en los que ha estado

Muy apresurada, un poco paternalista (y no solamente en los hospitales públicos, también en los privados)-

5. ¿Qué comprende por Consentimiento informado?

Documento que explica los beneficios, riesgos y alternativas de procedimientos que se realizan y que dictamina que tanto el médico como el paciente y familiares comprenden.

6. ¿Cuántos tipos de Consentimiento informado conoce y cuántos aplica en su especialidad?

Escritos (procedimiento quirúrgico, internamiento, transfusión)

7. ¿Cómo procede a aplicar un Consentimiento informado y en qué momento de su intervención con el paciente lo hace?

Antes del procedimiento (para cirugías, transfusión) generalmente en preoperatorio.

8. ¿Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, cómo evalúa que el paciente ha comprendido lo que va a suceder?

Con su respuesta, pregunto si hay dudas.

9. ¿Cómo se asegura de que el consentimiento informado sea comprendido por su paciente y acepte lo que va a firmar?

Con su respuesta, pregunto si hay dudas y si está de acuerdo firme

10. ¿Cómo cree usted que vive el modelo de atención centrada en el paciente?

No al 100%, todavía en todos los hospitales es una práctica clínica muy paternalista

11. ¿Cómo maneja usted la toma de decisiones de su paciente?

Les explico el problema, les doy las opciones que existen y cuál me parece que es la que mejor convendría

12. ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento?

Los beneficios, riesgos y para qué es el procedimiento.

13. ¿Considera usted que sus pacientes están a la altura cognitiva de la comprensión de lo que les sucede o no comprenden qué les pasa?

Si

14. ¿El paciente interactúa o solo se le informa o recomienda el tratamiento?

Interactúa en algunos casos (manejos de sangrados uterinos anormales o en a consulta de ginecología) pero en muchos otros solo siguen indicaciones (por ejemplo parto o cesáreas)

15. ¿En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué?

Es variable, depende del tipo de procedimiento. Generalmente, se les avisa a las pacientes lo que tenemos pensado hacer y las pacientes están de acuerdo.

16. ¿Ha experimentado algún tipo de conflicto cuando trata de reconciliar lo aprendido en su formación y las decisiones que tiene que tomar frente al paciente? Sí, muchas veces.

17. ¿Enseña a sus pacientes lo que necesitan para que sepan cómo un maestro para alcanzar su salud o solo le informan los procedimientos?

Trato de enseñarles, sin embargo, muchas veces las pacientes solo son vistas una vez por nosotros y ya hay un plan determinado a seguir. Por otro lado, las pacientes lo que quieren es la resolución del problema a corto plazo y eso es lo que hace que las decisiones tomadas en conjunto sean más difíciles.

18. ¿Cómo maneja la comunicación no verbal y verbal con sus pacientes?

Muchas veces saludo a las pacientes con un abrazo y cuando doy malas noticias también hago muchos dibujos para explicarles.

19. ¿Cuáles considera que son las cualidades de un buen médico?

Empático, respetuoso, paciente, hábil, actualizado

20. ¿De qué forma considera que sus pacientes acceden a sus derechos? ¿Cuáles conoce?

Los pacientes pueden decidir si aceptan el tratamiento que se les propone, tienen derecho a pedir una segunda opinión.

Anexo 16 Entrevistas a profundidad (7)

Entrevista profundidad con médicos titulados, R4 cursando el posgrado en Ginecología

MASC

El siguiente cuestionario que se te entrega a continuación, se hace con el fin de recabar información valiosa acerca de la experiencia médica en posgrado con un carácter de confidencialidad. Por favor, contesta en tu computadora CADA UNA de las siguientes veinte preguntas de manera clara y extensa en la medida de las posibilidades del tiempo.

Instrucciones: De acuerdo a tus 4 años en el área de Ginecología, contesta por favor de acuerdo a tu experiencia en Hospitales públicos lo que se te pide.

Tiempo máximo 45 minutos.

1. ¿Qué especialidad está cursando y cuál es la razón de su elección? CURSANDO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, ELEGÍ ESTA ESPECIALIDAD POR LA AMPLIA VARIEDAD DE CAMPO CLÍNICO, ES MUY AMPLIO, INCLUYE: LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS (GINECOLOGÍA, ONCOLOGÍA, OBSTETRICIA, LAPAROSCOPIA, COLPOSCOPIA), ESTUDIOS DE IMAGEN (ECOGRAFÍAS), CONTROL PRENATAL, ATENCIÓN PRECONCEPCIÓN, CON SEGUIMIENTO INCLUSO DE POR VIDA DE ALGUNAS PACIENTES.

2. ¿Cómo le enseñaron a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina?, y ¿Cómo ha sido la práctica?, ¿ha sido diferente? COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL, TRATAMOS DE TRANSMITIR LA INFORMACIÓN A LOS PACIENTES DE SU PATOLOGÍA, DIAGNÓSTICO, PRONOSTICO Y TRATAMIENTO CON LENGUAJE NO MÉDICO Y FÁCIL DE ENTENDER, EN TÉRMINOS COLOQUIALES PARA QUE PUEDAN ASIMILAR LA INFORMACIÓN, IGUALMENTE ENTREGANDO POR ESCRITO LOS PUNTOS MÁS RELEVANTES. ES DIFERENTE A UNA SIMULACIÓN EN LA ESCUELA DE MEDICINA, PORQUE EN LA VIDA REAL, LOS PACIENTES SON CADA UNO MUY VARIABLES Y DIFERENTES, SE TIENE QUE ADAPTAR EL MENSAJE A CADA CASO DE MANERA INDIVIDUALIZADA.

3. ¿Qué cree que necesite un médico para tener habilidad comunicativa? ¿Ya se trae, se estudia o cómo se adquiere? UN MÉDICO NECESITA EMPATÍA E INTERÉS PARA PODER COMUNICAR UN MENSAJE, EN PARTE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN PUEDEN ADQUIRIRSE CON EL ESTUDIO Y LA PRÁCTICA, PERO DEBE EXISTIR EN EL MÉDICO EL INTERÉS POR COMUNICARSE Y HACERSE ENTENDER

4. Describa por favor cómo es la escucha al paciente en los hospitales en los que ha estado AL REALIZAR HISTORIA CLÍNICA SE DA MOMENTO PARA TRIBUNA LIBRE, DONDE EL PACIENTE PUEDA EXPRESARSE DE UNA MANERA LIBRE, IGUALMENTE EL INTERROGATORIO SE DIRIGE DE MANERA INTENCIONADA PARA OBTENER LA INFORMACIÓN DESEADA

5. ¿Qué comprende por Consentimiento informado? ES UN DOCUMENTO MÉDICO LEGAL, EN DONDE EL PACIENTE CONSIENTE LA REALIZACIÓN DE ALGUNA ACCIÓN POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN DE SALUD (TRANSFUSIÓN, INTERNAMIENTO, ETC), DONDE SE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS Y ALTERNATIVAS

6. ¿Cuántos tipos de Consentimiento informado conoce y cuántos aplica en su especialidad? INTERNAMIENTO, TRANSFUSIÓN, PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, INVASIVO, ANESTESIA

7. ¿Cómo procede a aplicar un Consentimiento informado y en qué momento de su intervención con el paciente lo hace? LO REALIZAMOS COMO ÚLTIMA ETAPA EN EL PROCESO DE UN MANEJO QUIRÚRGICO, PREVIO A REALIZACIÓN DE CIRUGÍA, O A LA HORA DE INTERNAR UN PACIENTE A HOSPITAL

8. ¿Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, cómo evalúa que el paciente ha comprendido lo que va a suceder? SE LE SOLICITA REPITA CON SUS PROPIAS PALABRAS LO ENTENDIDO, SE PREGUNTAN DUDAS

9. ¿Cómo se asegura de que el consentimiento informado sea comprendido por su paciente y acepte lo que va a firmar? SE LE SOLICITA REPITA CON SUS PROPIAS PALABRAS LO ENTENDIDO, SE PREGUNTAN DUDAS, EN CASO DE RESPONDER CON RESPUESTAS NO SATISFACTORIAS O NO DEL TODO CLARAS, SE VUELVE A EXPLICAR CON PALABRAS DISTINTAS, SE COMENTA TODO IGUALMENTE CON SU FAMILIAR

10. ¿Cómo cree usted que vive el modelo de atención centrada en el paciente? ADECUADAMENTE

11. ¿Cómo maneja usted la toma de decisiones de su paciente? SE EXPLICAN RIESGOS Y BENEFICIOS DEL CONSENTIMIENTO, ALTERNATIVAS, Y SE ELIGE LA OPCIÓN QUE EL PACIENTE DESEE

12. ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento? SE EXPLICA EL PROCEDIMIENTO A REALIZAR, DONDE, CUANDO, EL PORQUÉ, SE HARÁ, EL OBJETIVO DE ESTE, LO QUE PUEDE ESPERAR, LOS BENEFICIOS DE REALIZARLO, LOS RIESGOS Y ALTERNATIVAS

13. ¿Considera usted que sus pacientes están a la altura cognitiva de la comprensión de lo que les sucede o no comprenden qué les pasa? EN MUCHAS OCASIONES, SU NIVEL SOCIOECONÓMICO ES UNA BARRERA GRANDE PARA EL POBRE ENTENDIMIENTO DE SU PADECIMIENTO Y DE SU MANEJO ADECUADO, IGUALMENTE EXISTEN PACIENTES QUE NO DESEAN VER LA REALIDAD A LAS CUALES ESTÁN SUJETOS

14. ¿El paciente interactúa o solo se le informa o recomienda el tratamiento? EL PACIENTE ÚLTIMAMENTE TIENE LA DECISIÓN DE REALIZAR O NO CUÁL O QUÉ TRATAMIENTO, SIEMPRE ACONSEJADO POR EL MÉDICO, EN CASO DE RECHAZO A TRATAMIENTO ESTE DEBE ACEPTARSE DANDO HINCAPIÉ EN RIESGOS Y BENEFICIOS

15. ¿En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué? SI SE HACE, PORQUE SE INVOLUCRA AL PACIENTE EN EL PROCESO DE ATENCIÓN DE SU PATOLOGÍA

16. ¿Ha experimentado algún tipo de conflicto cuando trata de reconciliar lo aprendido en su formación y las decisiones que tiene que tomar frente al paciente? GENERALMENTE, ES DIFERENTE, YA QUE PACIENTES REALES TIENEN UNA GAMA AMPLIA DE FACTORES QUE PUEDEN IMPEDIR UNA COMUNICACIÓN EFECTIVA

17. ¿Enseña a sus pacientes lo que necesitan para que sepan cómo un maestro para alcanzar su salud o solo le informan los procedimientos? SE LES INFORMA PARA QUE PUEDAN ENTENDER A LO MEJOR DE SUS CAPACIDADES

18. ¿Cómo maneja la comunicación no verbal y verbal con sus pacientes? PIENSO QUE LA REALIZO DE UNA MANERA SATISFACTORIA, INTENTO PONERME CON RESPECTO A LA PERSONA CON LA QUE ESTOY HABLANDO Y EXPLICAR AMPLIAMENTE CON LAS PALABRAS MÁS SENCILLAS Y ENTENDIBLES POSIBLE, ABIERTO A RESPONDER DUDAS QUE PUEDAN PRESENTARSE

19. ¿Cuáles considera que son las cualidades de un buen médico? GENUINO INTERÉS POR SUS PACIENTES, EMPATÍA, TRABAJO DURO, RESPONSABILIDAD

20. ¿De qué forma considera que sus pacientes acceden a sus derechos? ¿Cuáles conoce? LOS PACIENTES EN TODO MOMENTO CUENTAN CON ESCRITOS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN DONDE SE EXPLICAN LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LOS PACIENTES, ESTOS DEBEN HACERSE VALER, EL DERECHO A UN TRATO DIGNO, A UNA SEGUNDA OPINIÓN, A FORMAR PARTE ACTIVA EN LA TOMA DE DECISIONES DE SU MANEJO, Y A ESTAR INFORMADO DE SU ESTADO ACTUAL.

Anexo 17 Entrevistas a profundidad (8)

12 Entrevista profundidad con médicos titulados, R4 cursando el posgrado en Ginecología

El siguiente cuestionario que se te entrega a continuación, se hace con el fin de recabar información valiosa acerca de la experiencia médica en posgrado con un carácter de confidencialidad. Por favor, contesta en tu computadora CADA UNA de las siguientes veinte preguntas de manera clara y extensa en la medida de las posibilidades del tiempo.

Instrucciones: De acuerdo a tus 4 años en el área de Ginecología y Obstetricia, contesta por favor de acuerdo a tu experiencia en Hospitales públicos lo que se te pide.

Tiempo máximo 45 minutos.

1. ¿Qué especialidad está cursando y cuál es la razón de su elección?

Me encuentro cursando la especialidad de Ginecología y Obstetricia, ya que considero que es una especialidad muy completa al completar un área de consulta en el que se interviene de forma directa el seguimiento de las pacientes, así como la parte resolutiva porque se cuenta con una manera de tratamiento definitivo

2. ¿Cómo le enseñaron a comunicarse con sus pacientes en la escuela de medicina?, y ¿Cómo ha sido la práctica?, ¿ha sido diferente?

Con humanismo y profesionalismo, siempre acatando las necesidades y dudas de las pacientes, el cual ha sido del mismo modo tanto en la sección pública y privada. Sí, se cuenta con la diferencia de no ser tan extensa la comunicación en un área pública por las necesidades del servicio, sin embargo, sí hace el intento de realizarlo en pacientes que no cuenten patologías de gran impacto.

3. ¿Qué cree que necesite un médico para tener habilidad comunicativa? ¿Ya se trae, se estudia o cómo se adquiere?

Supongo que ambas, tenemos la formación y valores en casa, así como, la enseñanza representada en áreas clínicas, definitivamente se busca asesorías y formas comunicativas

4. Describa por favor cómo es la escucha al paciente en los hospitales en los que ha estado

Viéndola a los ojos, realizando preguntas retóricas y confirmando lo que se escuchó y entendió.

5. ¿Qué comprende por Consentimiento informado?

Es una herramienta y papelería médica donde se puede identificar diagnóstico, tratamiento, complicaciones y beneficios

6. ¿Cuántos tipos de Consentimiento informado conoce y cuántos aplica en su especialidad?

Internamiento, transfusión, cirugía operatoria, realización de VIH, de planificación familiar, uso de anestesiología o cirugías invasivas o ambulatorias.

7. ¿Cómo procede a aplicar un Consentimiento informado y en qué momento de su intervención con el paciente lo hace?

Previo a la realización de cirugías o intervenciones, para que así, sea clarificado cualquier tipo de dudas.

8. ¿Al usar un consentimiento informado verbal o escrito, cómo evalúa que el paciente ha comprendido lo que va a suceder?

Realizando preguntas acerca de lo que escuchó y entendió, así como otorgar asesoría y consejería por si llega a ser lo contrario.

9. ¿Cómo se asegura de que el consentimiento informado sea comprendido por su paciente y acepte lo que va a firmar?

Que sea explicado por la paciente de la misma forma en que yo la expliqué para encontrarnos en la misma sintonía

10. ¿Cómo cree usted que vive el modelo de atención centrada en el paciente?

La paciente cuenta con sus derechos a recibir información, consejería y la elección de llevarse a cabo intervenciones o no a pesar de ello.

11. ¿Cómo maneja usted la toma de decisiones de su paciente?

Si se encuentra en una situación delicada que amerita ser intervenida de forma repentina, se vuelve a comentar la importancia y necesidad de realizar la acción bajo la supervisión de un especialista o personal experto en el área, del mismo modo, se informa a familiares para que realicen una toma de decisiones conjunta

12. ¿Qué es lo que se informa al paciente previo a un estudio, tratamiento o procedimiento?

Diagnóstico, tipo de tratamiento o intervención, tipo de estudio, beneficios, complicaciones, métodos alternos.

13. ¿Considera usted que sus pacientes están a la altura cognitiva de la comprensión de lo que les sucede o no comprenden qué les pasa?

La mayor parte cuenta con un sistema educativo confinado a secundaria completa, son pacientes que saben leer y escribir. Sin embargo, considero que situaciones socioculturales influyen en la comprensión de la información que se otorga. Por otro lado, se cuenta con paciente con deterioro cognitivo a la que solicitamos familiares o tutor para contar con el apoyo a la comprensión de la enfermedad y las necesidades de actuar.

14. ¿El paciente interactúa o solo se le informa o recomienda el tratamiento?

Se intenta realizar de forma conjunta la interacción, información y recomendación de tratamientos para que sea más sencillo de entender.

15. ¿En un estudio, tratamiento o procedimiento en un hospital público se hace una toma de decisiones consensuada con el paciente? Sí o no, y ¿por qué?

Sí, inclusive con familiares y con especialistas clínicos expertos en el área para contar con más credibilidad, información y aclaración de dudas.

16. ¿Ha experimentado algún tipo de conflicto cuando trata de reconciliar lo aprendido en su formación y las decisiones que tiene que tomar frente al paciente?

En especial en aquellas personas que son influenciadas por otras opiniones de gente no experta, jamás se llega a la falta de ética, humanidad o profesionalismo. Sin embargo, es considerable indicar que sí se cuenta con esos casos y se intenta intermediar y ofrecer el entendimiento de nuestra experiencia y aprendizaje

17. ¿Enseña a sus pacientes lo que necesitan para que sepan cómo un maestro para alcanzar su salud o solo le informan los procedimientos?

Se enseña y se informa acerca de los procedimientos en un nivel que ellas puedan entenderla en un 100%, no se realiza comentarios o palabras médicas precisamente porque va dirigido a una población no médica.

18. ¿Cómo maneja la comunicación no verbal y verbal con sus pacientes?

Considero que lo he manejado bien, ya que no he tenido problemas de respeto, siempre se escucha y se aclara a las pacientes sus dudas

19. ¿Cuáles considera que son las cualidades de un buen médico?

Ética, profesionalismo, humanidad, empatía, conocimiento.

20. ¿De qué forma considera que sus pacientes acceden a sus derechos? ¿Cuáles conoce?

Por la ley impartida a nivel nacional bajo regímenes, así como uso de consentimientos

