

# 2013



## CURSO ANUAL DE AUDITORIA MÉDICA Y GESTION DE RECURSOS ASISTENCIALES.

### MONOGRAFIA:

### LA ADECUADA RELACIÓN MEDICO -PACIENTE ¿COSTO O BENEFICIO?

#### INTEGRANTES :

GUILLEN ANALIA  
ALARCON GRACIELA  
PONCE MARTA  
TOSCANO PATRICIA



## INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I EL MÉDICO, EL ERROR HUMANO Y SUS  
CONDICIONANTES.

CAPITULO II EL PACIENTE, LA INFORMACIÓN Y SUS IMPLICANCIAS.

CAPITULO III RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, HISTORIA.

CAPITULO IV DATOS ESTADISTICOS

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

BIBLIOGRAFÍA

## INTRODUCCIÓN

Desde que el Dr. Avenis Donabedian introdujo el concepto de que en la calidad de los Servicios existen tres componentes susceptibles de generar satisfacción a los usuarios, tales como:

- el componente técnico- científico,
- el componente interpersonal, y
- el componente del entorno y sus comodidades,

en términos generales los Sistemas de Salud se abocaron casi exclusivamente a la mejora en el primero y en el último de estos ítems, olvidando que la relación interpersonal es la que a largo plazo puede generar conflicto en la prestación.

Un elemento que suele repetirse en los estudios cualitativos, es la queja, principalmente enfocada en la relación médico-paciente, en donde ambos actores tiene una visión “*de escepticismo*” con respecto al accionar del otro, y en donde el sistema de salud ejerce presión a este duplo.

Si nos concentramos en este elemento contractual, la relación médico paciente, veremos que a través de la historia de la medicina ha tenido diferentes modalidades; uno podría decir que es un proceso propio de la evolución científico-técnica, pero lamentablemente la “*evolución*” trajo aparejado “*un cierto grado de disconformidad*” en ambos participantes, que se ve reflejado en el aumento de las demandas de praxis médica.

Independientemente del resultado final de estas demandas, podemos derivar cuatro costos que deben pagarse:

- el de las presentaciones judiciales que pone en funcionamiento el Sistema Judicial (cuantificable desde el punto de vista económico).
- el generado por la desconfianza hacia el profesional y/o la institución cuestionada (difícil de cuantificar contablemente), dado que constituye un intento de recuperar la credibilidad perdida.
- la potencial pérdida del o de los afiliados, que de suceder influirá en el ingreso monetario del prestador.

- y el aumento, no sustentado desde la MBE<sup>1</sup>, de exámenes complementarios, producto de un accionar médico “defensivo”.

En el transcurso de esta monografía trataremos de desarrollar los factores que afectan a cada actor; la relación en sí misma y la influencia en y desde el sistema de salud. Teniendo por finalidad encontrar alternativas de solución a los problemas que se encuentren en el análisis de este indicador tan importante de la calidad.

---

<sup>1</sup> MBE: Medicina Basada en la Evidencia.

## CAPÍTULO I

### EL MÉDICO, EL ERROR HUMANO Y SUS CONDICIONANTES

En los Sistemas de Salud, sean estatales, privados o de la seguridad social, existe un elemento sumamente vulnerable, que es el médico, no solo desde el aspecto científico- técnico, sino desde su “*condición de ser humano*”.

Enfocando la vulnerabilidad desde estos dos aspectos, podemos describir en cada una característica propia pero estrechamente relacionada, a saber:

#### A. Desde la “condición de ser humano”.

Es común escuchar hace miles de años una frase que tiene su origen en la época de Cicerón, la cual afirma: “*errar es humano*”, si bien es a todas luces una expresión correcta, es de vital importancia saber que al error podemos minimizarlo para que no afecte nuestro accionar diario.

Pero la expresión “*error humano*” no constituye ayuda alguna para la prevención, dado que aunque puede indicar DONDE se produce el colapso del sistema, no ofrece ninguna orientación en cuanto a POR QUE eso ocurre.

Al error hay que comprenderlo, para luego intentar minimizarlo, esto implica conocer las posibles etiologías del mismo, como así sus factores predisponentes o precipitantes.

Ante todo debemos definir para, luego comprender que es el ERROR:

“Es un ACTO INVOLUNTARIO, por lo tanto no existe PER SE INTENCIONALIDAD”.

En el hombre, a los errores propios de la recopilación de información por sus órganos sensoriales y a los de procesamiento de dicha información, hay que añadir otras fuentes de error, debido al hecho de que no podemos prescindir de ideas y presupuestos o modelos mentales al procesar los datos sensoriales. Y es precisamente en esta instancia intermedia entre la senso-percepción y la toma de decisiones, la etapa del procesamiento de la información, donde interfieren los elementos intrapsíquicos del sujeto (afectivos o cognitivos) que lo conducen a lo que se denomina “*conductas inseguras*” o subestándares.

Los modelos mentales son mecanismos por los cuales los seres humanos, podemos generar descripciones de las formas y objetivos de los sistemas, explicaciones del funcionamiento y observaciones sobre el estado de los mismos, como también proyecciones a futuro. Estos modelos se van

desarrollando a partir de la experiencia; si existen datos recurrentes se refuerzan algunos y se debilitan aquellos modelos que reciben datos incongruentes.

Son imprescindibles para formarnos una imagen global de la situación, a partir de un componente aislado o información fragmentaria; pudiendo en ocasiones, como lo dijimos anteriormente, generar un error al tomar una decisión, no en base a la realidad percibida sino a lo que hemos interpretado de la misma por la aplicación de estos modelos.

La mayoría de los analistas del error humano se basan en el Modelo Cognitivo de Mayer, para el tratamiento de la información.

Este puede expresarse como una cadena de:

PERCEPCIÓN – MEMORIA – PROCESAMIENTO – DECISIÓN – EJECUCIÓN.

Obviamente cualquier fallo en alguno de los eslabones de la cadena de tratamiento de la información, generará un error.

#### B. Desde el “punto de vista profesional”:

En los estudios internacionales sobre el impacto del “*error médico*” en el sistema de salud, se ha demostrado que la incidencia del mismo, hace que las muertes prevenibles alcancen cifras comparable con la caída de un avión cada 2 días.

Al definir al Error Médico: “*como un acto u omisión que lleva o puede llevar a un resultado imprevisto y no deseado*”, debemos desglosar los términos expuestos para una mejor interpretación:

- El ACTO un comportamiento ACTIVO.
- La OMISIÓN un comportamiento PASIVO.
- El RESULTADO NO DESEADO una injuria o complicación previsible utilizando los medios habituales o disponibles.
- EL RESULTADO IMPREVISTO el hecho no previsible y/o no evitable, por lo que se lo puede llamar también “CASO FORTUITO”

Debemos considerar aquí también que se puede dividir desde la actividad laboral, al error en dos:

1. La FALLA O FALTA en las actividades que requieren de un alto porcentaje de CONDUCTAS ATENCIONALES, las cuales se caracterizan por el pensamiento, análisis y planificación consciente.  
Cuando nos referimos a la Falla o Falta se supone una elección incorrecta, suele responder a conocimiento insuficiente o a la aplicación de norma equivocada.
2. El DESLIZ o LAPSUS en aquellas actividades laborales en las que predomina las CONDUCTAS ESQUEMÁTICAS, las cuales son por lo general monótonas y poco gratificantes, requieren vigilancia y control, estando más expuestas a producir errores, como consecuencia de la fatiga o stress.

En las actividades laborales los dos tipos de conductas suelen superponerse, dado que en un intento de minimizar al error, se han realizado normativas, flujogramas, etc.; es decir se han esquematizado las conductas, no obstante se requiere permanentemente del análisis y planificación conscientes (conducta atencional) dado que la sistematización PER SE genera actos erróneos.

## CAPÍTULO II

### EL PACIENTE, LA INFORMACIÓN Y SUS IMPLICANCIAS

A lo largo de la historia, el acceso a la información tanto general como médica, fue pasando por diferentes etapas.

En la actualidad el acceso a información es casi instantánea; basta con encender el televisor, escuchar la radio o si tenemos posibilidad, entrar a Internet.

Todos los medios masivos de comunicación tratan de “*informar lo aceptable o no del Sistema de Salud*”, obviamente no teniendo en cuenta que estamos ante una ciencia dinámica y en constante evolución. Por lo que aquello que hoy es una “*verdad indiscutible*” mañana puede pasar a ser un “*error de decisión*”.

Este exceso de datos, que por formación académica diferente muchos de nuestros pacientes no logran elaborar en forma apropiada, discrimina el dato “*real*” de la “*intencionalidad*” de la información brindada, generando “*desconfianza*” en el criterio médico.

Este hecho se pone claramente en evidencia con los pacientes que consultan permanentemente a otros profesionales para “*tener una visión más amplia de la patología o en muchos casos para lograr la respuesta deseada, que se ajuste a su expectativa*”.

Si a lo expuesto anteriormente, le sumamos que la súper-especialización en la atención médica, generó que el médico de familia, conocedor del sujeto y su entorno sea reemplazado por médicos abocados a una parte del ser y que encima, por conflictos de intereses exista una rotación continua de médicos en las cartillas; el paciente se siente desprotegido por el Sistema de Salud y se coloca en una postura defensiva y querellante frente a las “*verdades impuestas por el saber médico*”.

El cúmulo de datos médicos que el paciente recibe, y la imposición mediática de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, generan que frecuentemente el médico se enfrente a un sujeto demandante, que desconoce “*el qué, el por qué y el para que*” de sus requerimientos.

Ante la posibilidad que la respuesta médica no sea acorde a sus expectativas, el paciente esgrime como acto “*defensivo*”, la posibilidad posterior de querrela si no son satisfechos sus requerimientos diagnósticos-terapéuticos.

El galeno por falta de tiempo para la explicación, de motivación, de normatizaciones respaldatorias, termina accediendo a realizar un “*acto médico, en algunos casos defensivo y en otros complaciente*”.

### CAPITULO III

#### RELACIÓN MÉDICO PACIENTE, HISTORIA .-

Desde el origen de la medicina, el médico ejerció su praxis sobre la base de una concepción hipocrático-paternalista, la que sería desplazada en la segunda mitad del siglo XX por el principio de autonomía; surgiendo la concepción de un ser humano dotado de dignidad y libertad.

Este nuevo concepto, convirtió al paciente en el «centro» de la relación pasando a ser "*sujeto*"; mientras que el médico fue descentrado y pasó a ser "*objeto*".

Si nos remontamos un poco en la historia de esta relación, en los tiempos de Sócrates y de Hipócrates la medicina no estaba organizada ni reglamentada como profesión. Los conocimientos médicos se heredaban y la praxis era como un sacerdocio profesionalizado.

No existían disposiciones que obligaran al practicante a ser responsable de sus actos, como sí ocurría en la Mesopotamia donde el rey Hammurabi, quien reinó en 1800 A.C en Babilonia, registró en su famoso Código derechos y obligaciones de los profesionales de la medicina.

Esta falta de disposiciones reglamentarias en Grecia, junto con la natural desconfianza de la sociedad hacia los médicos, indujo al sector a dictar sus propias normas de conducta, las cuales quedaron plasmadas en un documento que pasó a la posteridad con el nombre de "*juramento hipocrático*".

Este tipo de relación se mantendría por aproximadamente 2.500 años, durante este período el galeno tenía una alta consideración en la sociedad; una buena retribución económica por su actividad; y su praxis no era cuestionada.

A través del transcurso del tiempo y de los cambios socio-culturales desarrollados en el mundo, se comienzan a oponer a la relación médico-paciente hipocrática, las ideas del liberalismo, que plasmadas en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de la Asamblea Nacional Francesa (1789) dan las bases al concepto y principio de autonomía.

Mientras tanto permanecía aún en el médico su posicionamiento paternalista con respecto al paciente, habiéndose constituido en una "*cultura*" que impregnaba todo el pensamiento y el actuar del colectivo médico y que era aceptada por la sociedad en su conjunto, lo que le impidió "*comprender*" que se había generado una nueva concepción del paciente.

El paciente desde su nuevo lugar de "*sujeto*" de la relación, comenzó a sentir, percibir o intuir que tenía derecho a reclamar la reparación correspondiente al daño injusto sufrido en su salud o en su cuerpo, como fruto de la praxis médica. Gestándose así el cambio cultural, de que si el paciente era dañado injustamente en la intangibilidad de su cuerpo y/o su salud, era merecedor a la reparación-indemnización pertinente.

En el derecho, se consolidó la idea de que toda persona dañada injustamente en sus bienes fundamentales: su vida, su salud y/o su cuerpo, debía ser objeto de resarcimiento económico.

Desde el cambio del posicionamiento de cada uno de los actores en este dúo, el profesional liberal, respetado, de alta estima en la sociedad y con honorarios suficientes, pasó a un profesional devaluado, cuestionado y atacado, que siente que su trabajo es una moneda de cambio sujeta a los intereses del mercado de la salud, y que vivencia que las condiciones de ejercicio de la profesión conmueven seriamente su libertad y dignidad como persona y profesional.

No obstante el galeno no debe olvidar que el primer paso, en el acto médico, lo dio el paciente o el familiar al buscarlo y que de su forma de encarar la relación contractual, sobre todo la relación interpersonal, dependerá si fomenta o no la “*industria del juicio*”, ya que hay consenso en aceptar que la principal droga es el médico mismo.

Si nos adentramos en la búsqueda de las causas productoras de la onda expansiva de los juicios originados en la praxis médica, nos encontramos que algunos autores dividen a estas en las “*causas de carácter exclusivamente médico*” y las de “*orden extra-médico*”.

### De carácter médico

#### 1. Inadecuada relación médico-paciente:

Los casos de demanda han sido el resultado ser una mala relación casi desde un comienzo de la misma. Es el profesional quien tiene la responsabilidad de aportar soluciones bioéticamente aceptables al problema planteado por pacientes y familiares, debiendo también poseer los recursos para entender el lenguaje del paciente, siendo fundamental una comunicación eficiente para elaborar una Historia Clínica completa, para perfilar una visión diagnóstica y para decidir los primeros pasos hacia la curación.

#### 2. Profusión de la tecnología diagnóstica y terapéutica:

Si bien son una fuente de datos valiosos para la toma de decisiones, ha conducido prácticamente a una exclusión de la semiología como base fundamental del accionar médico; sobre todo en los médicos jóvenes, a los que se les quitó la posibilidad de aprender el ARTE DE CURAR, de la mano de los docentes con amplia experiencia.

#### 3. Falta de información oportuna y suficiente al paciente y/o a sus familiares:

La adecuada información constituye un deber fundamental a cargo del médico, por lo que la omisión y la deficiencia en el cumplimiento de dicho deber, por causales múltiples, ha sembrado la semilla de la “duda” en el paciente y sus allegados

#### 4. Falencias en la formación y en el entrenamiento profesional:

A ello han contribuido las bien conocidas restricciones presupuestarias que afectan a las universidades y las limitaciones en la oferta de residencias médicas, por lo que hoy tenemos en el mercado laboral médicos cuya formación ha sido incompleta, pero que carecen de conciencia de falta de formación, dado que pueden ingresar sin restricciones a los Sistemas de Salud en los que prima abonar bajos salarios a la calidad de atención médica.

#### 5. Exceso de tareas:

Las injustas retribuciones que perciben los médicos los han conducido a la necesidad de incrementar excesivamente sus prestaciones, con las obvias consecuencias de fatiga, stress y desconcentración.

#### 6. Carencias de algunos servicios asistenciales:

Es bien conocido este problema, especialmente a nivel de los hospitales públicos, lo cual se traduce en un aumento de los riesgos normales de la profesión.

#### 7. Insuficiente número de personal auxiliar:

Como una de las directas consecuencias de lo anterior, los servicios asistenciales no cuentan con suficiente personal de apoyo para las funciones médicas.

Es imprescindible destacar que el personal auxiliar, sobre todo enfermería es quién esta acompañando al paciente (en los Servicios de internación) a lo largo del día y su observación en cuanto a la evolución del mismo es fundamental para la revisión constante por parte del médico de sus decisiones terapéuticas.

Lamentablemente políticas de salud parcializadas hacen que en nuestro país la relación óptima de enfermeras por médico se encuentre invertida; lo que se agrava con la falta de motivación para el formarse en dicha tarea por los haberes mínimos que perciben y el exceso de trabajo a los que son sometidos.

## 8. Masificación de la medicina:

Se ha transferido el acto médico personalizado a una medicina masificada en la que el paciente ya no elige a su médico y en el caso de poder hacerlo, éste no siempre puede permanecer como médico de cabecera, dada la rotación continua que se observan en las cartillas de prestadores, debidas a modificatorias de convenios.

### De orden extra-médico

#### 1. Mayor tendencia a cuestionar los servicios profesionales:

Es evidente que los pacientes están cada vez más al corriente de sus derechos y más proclives a litigar si consideran que sus intereses han sido vulnerados.

#### 2. Desconocimiento, por parte del médico, de sus obligaciones y derechos:

Ésta parece ser la situación generalizada, y a ello contribuye indudablemente la falta de inclusión de estos temas en la formación de pregrado.

#### 3. Exacerbación de los juicios de responsabilidad:

Si bien se denuncia la incentivación a promover juicios de responsabilidad médica por parte de algunos abogados, cabe aclarar que "...si de parte de algún sector de profesionales de Derecho, existieran desvíos éticos, es indudable que en nuestro medio la prudencia de los jueces, ha levantado una barrera inexpugnable para quienes sin escrúpulos intentaran vislumbrar una modalidad ilegítima de obtención de lucros."

“Crecen las demandas por mala praxis y se hacen más costosas para el sistema

Los damnificados escalan sus acciones de los médicos al personal auxiliar y a los establecimientos, de forma tal de aumentar las presiones. Temor de los profesionales.

**A medida que la ciencia médica logra mejores resultados en el arte de curar, se vuelve más compleja y opinable. Y eso –entre otras cosas– viene generando un aumento de conflictos judiciales entre médicos, hospitales y pacientes. A tal punto son frecuentes los juicios por mala praxis, que –según estadísticas recientes– uno de cada cinco médicos ha recibido una demanda judicial.**

“Según la Asociación Civil de Actividades Médicas (Acami), cada año ingresan en los juzgados alrededor de 1.500 demandas, por presunta mala praxis, en todo el país; el 60% se concentra en Capital y en Gran Buenos Aires”, le dijo a PERFIL el licenciado Hugo Magonza, presidente de Acami.

En los registros de esta asociación –que agrupa a instituciones como el Hospital Italiano, el Británico, el Austral, Cemic, Fleni y la Fundación Favaloro, entre muchas otras–, actualmente “uno de cada cinco médicos ha recibido una demanda. Y el monto total de dinero gastado en juicios, durante 2012, llegó a unos \$ 3.700 millones”. Pero estas cifras vienen aumentando en el último lustro. Los costos generados por temas jurídicos pasaron, en los dos últimos años del 2 al 4% del gasto total en salud del país. “Eso significa un aumento del 100% de 2010 a hoy”, graficó Magonza.

Otra arista llamativa de este fenómeno jurídico-médico es que a las tradicionales especialidades más demandadas ante los jueces –traumatología, obstetricia, cirugía general y anestesiología– se suma el hecho de que ahora los juicios incluyen no sólo al médico que realizó la práctica, sino también a técnicos, enfermeras, jefes de servicio y a las propias clínicas.

“Sobre este fenómeno no tenemos datos numéricos, pero los responsables jurídicos de las instituciones asociadas nos comentan que las demandas que les llegan involucran a cada vez más gente del equipo médico. ¿La razón? “Es que al haber más personal involucrado hay una mayor presión para llegar a un acuerdo y cerrar el conflicto con el demandante lo más rápido posible”, explicó Magonza.

Arreglos. No todos esos juicios terminan con una sentencia: menos de un tercio de las demandas prospera en la Justicia. Y de esas, entre 5 y 8% acaba en condena.

El resto se suele cerrar con acuerdos, explican en Acami. Claro que esos convenios también elevan los costos ya que pasan a engrosar las facturas de los seguros individuales e institucionales, honorarios de abogados y –sobre todo– hay un incremento de lo que se conoce como “medicina defensiva”, que suele traducirse en hechos como pedir estudios redundantes o innecesarios para el diagnóstico y tratamiento, que los médicos solicitan para –justamente– cubrirse ante eventuales futuras acusaciones.

Soluciones. “Esta problemática también se está viendo en otros países de la región, pero en la Argentina es más evidente”, le comentó a PERFIL el cirujano Rubén Torres, actual rector de la Fundación Isalud, con una larga experiencia profesional y directiva en instituciones como la Organización Panamericana de la Salud. Y agregó:

“Es un gran problema público, porque la judicialización extrema los gastos en salud”. Para Torres, las causas de este aumento de juicios son tres. La primera es la creciente presión de los abogados (como los retratados en la película Carancho) y la “industria” del juicio. La segunda, la falta de adopción, por parte de médicos y hospitales, de normas y guías clínicas actualizadas y la falta de exigencias para que los médicos se capaciten y recertifiquen periódicamente al ejercer sus especialidades.

“Finalmente, también tiene una parte de la culpa la ‘desmedicalización’ de la práctica cotidiana: por falta de tiempo y exceso de trabajo, en la consulta el médico escucha cada vez menos y el afectado busca información de salud en internet. Muchas veces, eso termina afectando la relación médico-paciente.”

## CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

A lo largo de los capítulos presentados hemos tratado de ver la complejidad de la relación médico-paciente y su relación con los juicios de praxis médica, evidenciado que el costo generado demanda una erogación en el Sistema de Salud difícil de poder sostener en el tiempo.

Es por esto que cuando se Gerencia un Servicio de Salud se debe personalizar en los actores implicados en esta relación contractual, las acciones preventivas independientemente de los cambios solicitados al Estado Nacional en cuanto a las reformas legislativas necesarias (al Código Civil, Procesal Civil y Comercial y al Código Penal), limitación cuantitativa de los montos indemnizatorios, limitación del plazo de prescripción en materia contractual, etc.

Es indiscutible que para ingresar al Sistema el médico debe estar preparado científica y técnicamente para desarrollar su función en forma eficiente, no obstante como hemos mencionado anteriormente no siempre se le solicita demostrar la capacitación necesaria (sea a través de un examen teórico-práctico de la actividad a desarrollar y/o de la observación directa del ejercicio); como tampoco es homogénea la solicitud de la Educación Médica Continua que garantice la aplicación de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas en forma apropiada.

Si la capacidad teórico-práctica sólo se mide por oposición de antecedentes, es casi un hecho que el evaluar la CAPACIDAD DE INTERACCIÓN con el paciente es nulo.

El galeno debe poseer algunas cualidades que fomenten que su accionar se convierta en el verdadero ARTE DE CURAR y no simplemente en la aplicación de Normativas preestablecidas.

Entre estas cualidades podemos nombrar:

#### 1. LIDERAZGO:

Si entendemos al término como la *“capacidad de influir en el comportamiento de las personas de manera que se esfuercen voluntariamente en el logro de objetivos comunes”*, es evidente que el médico se comporta como tal, dado que:

- ✓ Realiza el proceso intelectual de definir el objetivo (toma de decisión en cuanto a los métodos diagnósticos y terapéuticos a utilizar).
- ✓ MOTIVANDO adecuadamente al paciente a la adhesión voluntaria al objetivo propuesto.

Existen varios modelos de liderazgo que se han puesto de manifiesto a lo largo de la evolución en la relación médico paciente.

En la etapa hipocrática el médico ejercía su liderazgo de tipo AUTOCRÁTICO ya que asumía toda la responsabilidad de la toma de decisiones, demandando del paciente solamente la obediencia y adhesión a las directrices indicadas.

En la etapa de reconocimiento de la autonomía del paciente, el galeno comenzó a transformar su estilo autocrático en un liderazgo PARTICIPATIVO, explicando al paciente las alternativas diagnósticas y terapéuticas, teniendo una buena predisposición para escuchar y analizar las ideas que posee el paciente en cuanto a su patología y permitiendo que el paciente tome la decisión final, dentro del abanico de posibilidades científicas que le plantea.

#### 2. EMPATÍA:

Es la *“capacidad que tiene un individuo para identificarse y compartir las emociones o sentimientos ajenos”*.

El médico, al poseer este tipo de capacidad sin perder su objetividad, puede comprender más globalmente como se engendró el proceso salud-enfermedad del sujeto, sus expectativas y frustraciones, la forma de relacionarse con su patología, pudiendo ayudar al paciente desde una visión más humanística.

### 3. MANEJO EN LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS:

Al CONFLICTO se lo puede definir como el “*proceso de INTERACCIONES ANTAGÓNICAS, que se da entre dos o más personas o partes; las cuales intervienen como seres totales involucrando acciones, pensamientos, afectos y discursos*”.

Refleja tanto las OPOSICIONES debidas a intereses y motivaciones contrapuestas, como las RELACIONES ALTERADAS entre las partes por la reivindicación de los derechos de cada una.

El desequilibrio se genera y se transmite por medio de la comunicación: por el estilo y modo de hablar de los protagonistas.

Los conflictos tienen su propio ciclo de vida: surgen, existen durante algún tiempo y finalmente desaparecen debido a sus propias tendencias, sin intervenciones de resolución como la mediación.

Es necesario aprender a GESTIONAR CONSTRUCTIVAMENTE al conflicto; pudiendo tomarse como parámetros los siguientes ítems:

- ✓ Ser consciente de la existencia de/los conflicto/os, aceptarlo; recordar que cuanto más se evade más crece.
- ✓ Evaluar la situación, recolectando información, analizando el conflicto desde la óptica de un problema de relación, reconocer los viejos modos de procesar situaciones similares, revisar reacciones de respuesta automática, darse cuenta de lo que desea la otra parte, reconocer sus necesidades y temores, ser conscientes de nuestros objetivos y priorizarlos.
- ✓ Descubrir nuestro aporte al conflicto: es necesario abandonar el razonamiento causal, cronológico y lineal y sustituirlo por un razonamiento circular. Este enfatiza que toda influencia es causa y efecto, dado que sería arbitrario determinar que fue primero y que segundo.
- ✓ Aceptar y valorar la diversidad: La diversidad de cada parte constituye y enriquece el todo, siempre que esa diversidad se encuentre dentro de un patrón de congruencia y cooperación.
- ✓ Definir la estrategia para tratar el conflicto.

### 4. COMUNICACIÓN EFECTIVA:

Abarca el intercambio de información entre dos o más personas cuya efectividad está determinada por la modificación de conductas o cambios de actitudes.

Es un proceso dinámico en el que se producen cambios que involucran tanto afectos como datos.

Se caracteriza por ser un proceso transaccional ya que se refiere a la influencia recíproca y multidimensional porque comprende tanto la dimensión de los contenidos (el lenguaje e información) como lo relacional (forma de

vinculación de las personas).

En investigaciones realizadas a nivel mundial se ha detectado que en una conversación el mayor impacto está determinado por el lenguaje corporal, seguido por el tono de voz y por último el contenido.

Según lo expresado anteriormente, no impacta tanto LO QUE SE DICE SINO CÓMO SE DICE.

En la relación comunicacional médico-paciente podríamos sugerir algunos ítems a tener en cuenta, para que esta sea realmente efectiva:

- Informar sobre los procedimientos que se están realizando o se piensan hacer.
- Preguntar siempre si hay objeciones o dudas.
- Practicar una escucha consciente.
- Considerar el disenso no como una cuestión personal.
- Tomar conciencia del peligro de las presunciones (fomentar el feed-back como mecanismo para evitarlas).
- Aprender a reconocer las comunicaciones no verbales.
- Evitar utilizar barreras jerárquicas y símbolos de status, manteniendo el respeto mutuo.
- Estar atento al diálogo, evitando distracciones.

Las cualidades enunciadas hasta el momento, suelen no ser fomentadas desde el ámbito del pre-grado, la limitación a la información científica, ha engendrado un galeno en el que prima su saber a la necesidad real del otro; aún con los magros haberes, la falta de tiempo para interactuar con el paciente, etc., nuestros médicos siguen “*sustentando la verdad absoluta*”, intentando muy pocas veces practicar una escucha consciente y comprender la realidad de sus pacientes.

Es necesario que el ámbito Universitario brinde todas las herramientas al alumno, entre ellas esta también el enseñar a conciencia las cualidades mencionadas, TODO SE PUEDE APRENDER, BASTA QUE EN NUESTRO CAMINO EXISTA UNA PERSONA CON DESEOS DE ENSEÑAR.

Recordemos por un instante a los médicos galardonados por la historia, ellos transmitían al lado de la cama del paciente con el ejemplo, a sus discípulos, la relación médico-paciente basada en el respeto mutuo, la comunicación sin tiempos, el abordaje de temas íntimos logrando la confianza del paciente, la elaboración de la Historia Clínica completa (enseñando a preguntar, en algunas escuelas, síntoma por síntoma), redactando con el lenguaje apropiado, realizando una revisión semiológica completa, abordando los diagnósticos presuntivos desde el diagnóstico sindromático, etc.

Lamentablemente hoy día nos preguntamos porque existe un aumento en las demandas por praxis médica, es evidente que el GALENO que ejercía el ARTE DE CURAR es una especie en extinción, ¿NO SERÁ PORQUE PERDIMOS TAMBIÉN AL MAESTRO?

Será nuestra obligación moral y profesional; y la de las generaciones

futuras seducir a los financiadores del Sistema de Salud, con una re-estructuración de objetivos organizacionales, que ubique a la relación médico-paciente como una interacción socio-cultural y no solamente científico-técnica.

Sabiendo que a mediano y largo plazo reeditará en una mejor percepción de la atención recibida, en una actitud menos querellante, en definitiva no será un COSTO agregado, sino un BENEFICIO para todos.

## BIBLIOGRAFIA

1. DEFINICIÓN Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA – Dr. Avedis Donabedian – 1993.
2. LOS CAMINOS DEL ERROR MEDICO – Martín Seoane, Rosario Alicia Sotelo Lago y Armando Maccagno – Cuadernos de Medicina Forense – 2005.
3. DEL ERROR MÉDICO A LA MALA PRAXIS ENTRE MITOS Y REALIDADES – Cortesi, María Cristina – WEB Bioetica & Debat – 2007.
4. MANUAL DE INSTRUCCIÓN SOBRE FACTORES HUMANOS – OACI - 1998.
5. COMPLEJIDAD EN LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE- Dr. Héctor H. Zorrilla - WEB info-mala praxis – 2007.
6. DIARIO PERFIL 15 de octubre del 2013.web. Mirada Profesional.com