

Comunicación en salud:

Percepción de los procesos comunicativos en la consulta médica

Álvaro Stiven Hernández García

Trabajo de Grado para optar por el título de Comunicador Social

Campo profesional de Periodismo

Director(a)

Mónica Baquero Gaitán



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Facultad de Comunicación
y Lenguaje
Carrera de Comunicación Social

Bogotá, 27 de mayo de 2020

Artículo 23, Resolución 13 de 1946:

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por los alumnos en sus trabajos de grado, solo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católicos y porque el trabajo no contenga ataques y polémicas puramente personales, antes bien, se vean en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

Bogotá, 26 de mayo de 2020

Doctora

Marisol Cano Busquets

Decana

Facultad de Comunicación y Lenguaje

Ciudad

Estimada Marisol,

Me permito presentar mi trabajo de grado *Comunicación en salud: Percepción de los procesos comunicativos en la consulta médica*, con el fin de optar al grado de comunicador social con énfasis en periodismo.

El trabajo hace exploración de los procesos comunicativos en la consulta médica y pretende generar herramientas que permitan a futuros investigadores sociales abordar un tema que se ha trabajado realmente muy poco desde la visión de los pacientes y de la comunicación social, per se. Espero que sea un aporte en la construcción de procesos comunicativos más efectivos y justos, que permita permita, a futuro, mejorar la salud de muchos colombianos.

Cordialmente,

Álvaro Stiven Hernández García

Estudiante de Comunicación Social- Periodismo

Bogotá, D.C., 26 de mayo de 2020

Doctora
MARISOL CANO
Decana Académica
Facultad de Comunicación Social y Lenguaje
Pontificia Universidad Javeriana
La ciudad

Estimada decana:

En mi calidad de asesora presento el trabajo de grado **“Comunicación en salud: Percepción de los procesos comunicativos en la consulta médica”**, realizada por el estudiante Álvaro Stiven Hernández García para optar por el título de Comunicadora Social con énfasis en Periodismo.

Considero que el trabajo realizado por refleja Álvaro Stiven refleja su interés de contribuir al estudio de los procesos comunicativos en salud y la relación médico paciente en las consultas médicas en el marco del sistema de salud en Colombia. Igualmente corrobora la sensibilidad social que tiene la formación de los comunicadores con énfasis en periodismo de la carrera y el nivel de compromiso y exigencia académica de la estudiante.

Sin otro particular,



Mónica Baquero Gaitán
Docente

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darme salud y rodearme de bendiciones que me permitieron dedicar parte de mi vida y mi carrera a la realización de este trabajo.

Muchas gracias a mis padres, Alex y Carolina, por su infinito amor y apoyo en mis estudios, sin el cual hubiera sido posible contemplar lo que este trabajo significa.

Igualmente, agradezco a Isabella y Natalia por estar siempre conmigo y aguantarme, son mis pilares para seguir adelante.. A mis abuelos, a los que están y los que no, por su eterno cariño y compañía. A toda mi familia por apoyarme siempre.

Muchas gracias a mis amigos y compañeros que constantemente fueron una voz de aliento para poder realizar este trabajo.

A mi asesora de trabajo de grado, profesor de proyecto y asesores conceptuales por la paciencia y la entrega en cada uno de los momentos de esta tesis.

Resaltó especialmente el papel de la doctora Martalucía Tamayo y los pacientes que sufren enfermedades huérfana, quienes inspiraron en gran medida este documento.

Igualmente, gracias a mi Universidad Javeriana por darme, a través de estos años, las herramientas suficientes para poder realizar mi tesis.

A todos los médicos que enfrentaron la pandemia de Covid-19 en la época en la que se desarrolló este trabajo.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS	11
1. HACIA ENTENDER LA IMPORTANCIA DE INVESTIGAR COMUNICACIÓN EN SALUD	12
1.1. Justificación	12
1.2. Estado del arte	16
2. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Relación médico paciente: un eje central	24
2.2. El lenguaje médico-paciente	26
2.3. Una mirada de las TICs, la comunicación y salud	29
2.3.1. Internet y comunicación en salud	29
2.3.2. Redes sociales y salud:	31
2.4. Modelos de comunicación en salud	34
2.4.1. Modelo paternalista	35
2.4.2. Modelo cooperativo o autónomo	36
2.4.3. Otros modelos	39
3. PRINCIPIOS DE LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL	41
3.1. Derechos fundamentales y salud	44
3.2. Derechos fundamentales y salud en Colombia:	49
4. METODOLOGÍA	51
4.1. Tipo de investigación:	51
4.2. Corpus de la investigación	53
4.3. Técnicas e instrumentos	53
5. RESULTADOS Y ANÁLISIS	54
5.1. Resultados	54
5.2. Discusión y análisis	69
5.2.1. El tiempo de la consulta y su influencia en el desarrollo de una comunicación efectiva	69
5.2.2. Internet, medios y consultas, una relación aún por gestar	73
5.2.3. Del lenguaje a la empatía: la visión del humanismo médico	74
5.2.4. Hacia la construcción de un modelo de atención humana	79
6. CONCLUSIONES	80
BIBLIOGRAFÍA	82
ANEXOS	91

INTRODUCCIÓN

La enfermedad, por su misma naturaleza, es una constante con la que el ser humano ha de vivir toda su vida. Es generalmente sinónimo de fallas en nuestro organismo y por ello tratamos a toda costa evitarla. Es en ese proceso de búsqueda del bienestar que empezamos a entender lo importante que es la comunicación para garantizarla. Desde pedir un vaso de agua cuando tenemos sed, hasta mostrar el lugar en el que sentimos dolor; la comunicación, al igual que con casi cualquier otro aspecto de la vida, juega un papel crucial en la salud. Y en situaciones como en las que escribe este texto (en medio de una pandemia), es donde la comunicación saca a relucir su mejor faceta como un instrumento ya no solo de transmisión de información, sino también de salud.

Dentro de los muchos procesos que abarca la salud, hay uno en específico que ha tenido poco estudio por parte de la comunicación social, si bien desde otras disciplinas se ha indagado, y es la relación médico-paciente. Esta interacción, que en principio es otro proceso comunicativo, es uno de los pilares centrales de la medicina actual, razón por la cual es vital que no solo la medicina se preocupe por mejorar esta relación, sino que disciplinas como la psicología, la sociología y en nuestro caso, la comunicación, estudien qué aportes pueden realizar a un proceso que, en resumidas cuentas, salva vidas.

Hoy por hoy, el eje central de esta relación se observa en las consultas médicas, que son encuentros que sostienen los médicos y los pacientes con el fin de abordar un problema de salud que aqueja a este último y cuyo objetivo es tratarlo. Es en este espacio donde se presentan las mayores interacciones entre estos actores y donde se gesta un proceso comunicativo complejo que muchas veces puede abrir las puertas a un tratamiento efectivo de la dolencia, o cerrarlas a complicaciones mayores.

Por este motivo, el presente trabajo tiene como fin abordar los procesos de comunicación que componen la relación médico paciente en la consulta médica. Para ello, se planteó una investigación que busca conocer, desde la perspectiva de los pacientes, como se percibe este proceso y cuáles son sus principales virtudes y carencias.

A través de la indagación de trabajos documentados y por medio de una encuesta masiva a pacientes, se buscó explorar el proceso comunicativo en diversos frentes. En

primero, busca entender la salud como un derecho fundamental, y a partir de allí, se espera obtener información de cómo el sistema de salud colombiano, a través de sus virtudes y falencias aportan o no al buen desarrollo de los procesos comunicativos. Para esto se profundizó en el entendimiento de términos básicos que permiten hacer un recorrido sobre cómo ha sido la evolución de la salud como derecho en el marco legal del país. Esta recolección de datos, finalmente logra establecer unas condiciones mínimas que rigen las consultas médicas en Colombia y que son claves en la relación médico - paciente.

De igual forma, se indagó en el lenguaje como un elemento central de la comunicación, un elemento cuya principal dificultad es que navega entre dos mundos de significado totalmente distintos y que a partir de esas condiciones se las tiene que arreglar para generar un flujo de información fluido entre los actores de la relación. Es por ello que se buscó analizar el papel que juega la terminología médica en el mayor o menor grado de entendimiento que puede tener un paciente en su consulta, y cómo eso afecta o no el posterior diagnóstico y tratamiento.

También, se indagó acerca de los modelos de comunicación en salud, pues a lo largo de la historia estas relaciones han sido dictadas por unos patrones de comportamiento que condicionan la relación y con ella el rol que juega cada actor. Desde el modelo paternalista con el que el padre de la medicina, Hipócrates, trataba a sus pacientes sin darles mayor chance de tener un papel activo, hasta los modelos más actuales en los que el paciente tiene patria potestad de escoger el diagnóstico que más asemeje y su tratamiento; se planteó un recorrido sobre los posibles caminos que puede tener esta relación en la actualidad y cuál debe ser visto como el más acertado, por las ventajas que trae para ambos interlocutores.

No se puede ignorar el papel acompañante que juegan las tecnologías de la información y el conocimiento (TICs) en esta relación. Pues claramente son elementos que han transformado totalmente cómo se viven las consultas médicas, a la par que introducen nuevos elementos en el proceso comunicativo, como Internet y las redes sociales. Son las TICs una revolución en la forma que se plantea la salud, principalmente por el hecho que facilitan el acceso a la información médica por parte de los pacientes, quienes ahora tienen argumentos para entrar en conversación con su médico y no sólo responder preguntas con

monosílabos en medio de la preocupación por la posible enfermedad, agudizada por la incertidumbre y desespero que muchas veces genera el navegar en la ignorancia.

De igual forma, se hizo un recorrido por el papel de comunicación como elemento humanizante de la medicina. Se mostró la importancia que tienen sentimientos como la empatía y la comprensión en el desarrollo de los procesos comunicativos y se profundizó en el valor que tiene lograr humanizar la consulta médica como parte esencial de la búsqueda de una atención más cercana con el paciente.

Por último, este trabajo tiene como fin mostrar la importancia que tiene el estudio de la comunicación en salud en las facultades de comunicación, así como mostrar el papel central que juega el comunicador social como experto en la transmisión de mensajes, rol que puede aportar infinitos conocimientos a la solidificación de un proceso que con el avance de la medicina, los cambios en las dinámicas del mundo y el nuevo rol de las telecomunicaciones, pareciese ser cada vez menos humano y más artificial.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Después de indagar en diversos trabajos de grado disponibles en la Universidad, así como artículos científicos, libros especializados e información web, es posible realizar la siguiente afirmación: desde las ciencias de la salud existe una preocupación social por la aplicación de la comunicación en su disciplina, pero desde la comunicación no se ha reflexionado lo suficiente acerca del aporte social que se puede hacer sobre las ciencias de la salud. Esto se sustenta al revisar que la mayor parte de la bibliografía en torno al tema es escrita o publicada por médicos y entidades de salud, todos buscando un aporte clínico y trabajando el tema desde el enfoque de su profesión.

La existencia de una revista de comunicación en salud y la lectura de su información evidencia las características anteriormente mencionadas, además que denota la importancia que tiene la comunicación para la medicina. En síntesis, para las ciencias de la salud, la comunicación es transversal, pero desde los estudios de la comunicación social poco se ha mirado la transversalidad que tenemos en estas áreas del conocimiento.

Uno de estos temas, es el que pone énfasis en el papel que juega la comunicación en la medicina contemporánea, es decir, en las implicaciones de los medios de comunicación en la salud y en el valor de la comunicación en la relación médico - paciente.

En tiempos donde Internet y las redes sociales son una importante fuente de información para que cualquier persona tenga acceso a conocimientos que no mucho tiempo atrás estaban limitados a los libros médicos, es importante preguntarnos acerca de las ventajas y los riesgos que esto trae.

El crecimiento de las redes sociales, de la mano con su número de usuarios y con las temáticas que se abordan allí, hacen que estas plataformas sean artífices de una conversación constante entre usuarios; conversación de la cual la medicina y las ciencias de la salud no son temas ajenos. En cambio, cada día son más las plataformas (incluso especializadas) que abordan el tema de la salud, generando una concepción moderna y diferente de asuntos como la enfermedad y sus formas de tratamiento.

En la actualidad es muy común que una persona, en el instante en que se siente enferma, acuda primero a Internet en busca de información, en vez de acudir a un profesional de la salud. Esto conlleva riesgos pues muchas veces la información parcial, en estos casos, es peor que la desinformación, y puede generar ciertos problemas en la salud de una persona.

En Internet existen sitios informativos sobre el cáncer, la forma en que se debe tratar un infarto, el significado de un dolor en el pecho, la manera de bajar la fiebre en los niños y demás, pero como plataforma, aún no ha llegado al punto en el cual se realice, a ciencia cierta, un diagnóstico adecuado, sino que en cambio arroja resultados que en la mayoría de los casos no son certeros por la ausencia de exámenes e información complementaria que, como personas sin un conocimiento médico, no tenemos en cuenta.

El hecho de que alguien tenga la posibilidad de auto diagnosticarse en Internet y, peor aún, automedicarse implica un cambio en la manera en que se concibe la salud. Es por ello, que es importante conocer estos cambios y las ventajas o desventajas que pueden traer. La realidad es que Internet llegó y transformó las relaciones y la comunicación, y la medicina es una de las muchas disciplinas que debe empezar a familiarizarse con los cambios, y establecer soluciones acordes a los que plantea el momento histórico.

Por otro lado, la comunicación como agente de cambio es una disciplina fundamental para las ciencias de la salud, en especial la medicina, pues todos alguna vez hemos estado enfermos y, por ende, una comunicación efectiva nos permite comprender los síntomas y evolución de la enfermedad o por el contrario, producir angustia y miedo.

Al respecto, un punto que casi no se toca en la investigación de comunicación en salud, está relacionado con el lenguaje que se utiliza para referirse a una enfermedad. Para un médico, el uso de la terminología asociada a su labor es elemental a la hora de describir unos síntomas y nombrar diversas patologías; sin embargo, para el paciente, el lenguaje que se usa para describir los mismos síntomas puede ser coloquial.

El problema de comunicación se plantea cuando confluyen los lenguajes de médico y paciente porque se dificulta llegar a un consenso sobre los síntomas y por ende, a un diagnóstico efectivo que incida en la calidad de vida de los pacientes. Es por ello, que es necesario empezar a indagar acerca de los modelos de comunicación para determinar cuál o cuáles de ellos favorecen el entendimiento médico-paciente y con ello, aportar a través de esta investigación a la atención en salud de la población colombiana.

Desde aquí, se explora una problemática mucho más general, que es la comunicación como elemento de pedagogía en la salud. Lo más valioso de la relación comunicación- salud, es explorar las maneras en las cuales la primera puede influir en el conocimiento, cuidado y mejora de la salud de las poblaciones en general. Un ejemplo de la importancia del papel pedagógico de la comunicación y los alcances de la desinformación son los miedos que se han generado en torno a la llegada del virus Sars-Cov-2 y de la enfermedad Covid-19 a Colombia, y su potencial propagación.

En los últimos días, se ha visto la importancia de la comunicación en la pedagogía en salud en diferentes zonas del país donde se agotan los tapabocas en las farmacias, la gente empieza a almacenar alimentos de forma innecesaria y/o a discriminar al personal de salud, esto ante la eventual propagación del virus que, en líneas generales, solo muestra necesidad de educación en la población colombiana en torno al contagio del Sars-Cov-2, y sus modos de prevención. Además de la urgencia de campañas de cuidado de la salud para evitar que se agoten los alimentos, manejo del miedo por el aislamiento, etc.

Por otro lado, es indispensable conocer de primera mano la labor formativa que están haciendo las facultades de comunicación y medicina para saber cómo se ha tratado el tema y qué tan profundo se ha explorado, pues es crucial que las principales instituciones que indagan el tema muestren de primera mano los trabajos que han hecho en estos asuntos, y las conclusiones a las que han llegado.

Por todo lo anterior, el presente trabajo se pregunta sobre ¿Cuál es el rol que juega la comunicación en la relación médico-paciente y sus efectos en el proceso de comprensión del diagnóstico por parte de un paciente, en una consulta médica en el marco del sistema de salud colombiano?

Con esta investigación, además de buscar acercarnos a la visión transversal de la comunicación social en la medicina, se pretende brindar un instrumento de análisis para que entidades de salud pública, médicos, pacientes y comunicadores sociales comprendan la importancia de realizar procesos comunicativos.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Analizar el rol que juega la comunicación en la relación médico-paciente y sus efectos en el proceso de una consulta médica.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características que debe tener un modelo de comunicación exitoso para su aplicación en las consultas médicas.
- Identificar el papel de la salud como derecho fundamental y su incidencia en el éxito de la consulta médica.
- Analizar el uso de Internet en la búsqueda de información médica.
- Analizar el papel de la comunicación en la humanización de la profesión médica.

1. HACIA ENTENDER LA IMPORTANCIA DE INVESTIGAR COMUNICACIÓN EN SALUD

1.1. Justificación

En tiempos donde Internet y las redes sociales han revolucionado la manera como vivimos, es importante ahora, más que nunca, plantearse la pregunta por la comunicación. Es un desafío de nuestra época adaptar estas nuevas tecnologías a nuestras vidas, tratando de evitar lo contrario, es decir: que nuestras vidas se adapten a las tecnologías, algo que nos terminaría sometiendo a las dinámicas de Internet y las mencionadas redes. Las ciencias de la salud, por su parte, no son un aspecto que se queda fuera de las innovaciones que ha traído el siglo XXI.

La revolución de Internet ha cambiado la manera como concebimos la salud y la enfermedad, partiendo desde las formas en que nos informamos sobre nuestros males hasta las maneras en que buscamos recibir atención médica. Es por ello, que es importante que la comunicación, y con ella el periodismo, tomen este tema en consideración, pues es a través de estas disciplinas que se pueden explorar las ventajas y desventajas que trae Internet en la medicina. Todo ello, a través de la búsqueda de herramientas comunicativas que utilicen el diálogo y la pedagogía como formas de acción en los procesos establecidos, para el caso de este trabajo, entre los médicos y los pacientes en las consultas.

La comunicación es un proceso complejo. Aunque aún sigue siendo un modelo comúnmente utilizado para definir qué es, hace años dejó de lado el tradicional esquema emisor-receptor-mensaje para fundamentar su función. Este modelo se ha profundizado y ahora hablamos de otros componentes que lo hacen más complejo pero que en un entender básico no cambian el fin último del término: dar a entender una idea de la forma más clara posible.

Entre los aportes a la construcción de una definición, está el que dice que “la comunicación es la relación interpersonal e intersocial, con intercambio dialogado de mensajes donde los interlocutores se sitúan en un mismo plano” (Iglesias, 1981, p.11). Aquí, el autor nos agrega otro elemento fundamental, y es la reciprocidad en la transmisión de

mensajes. No solamente el emisor envía información y el receptor recibe, sino que es un constante proceso de intercambio de ideas y de entendimiento.

Por otro lado, autores como Antonio Paoli agregan otros elementos en su definición: “entiendo la comunicación como un acto de relación entre dos o más sujetos, mediante el cual se evoca en común un significado” (Paoli, 1980, p.15). Allí, aportan que los procesos de comunicación se pueden dar entre más sujetos, lo que implica mayor complejidad en la transmisión y el entendimiento de ideas, así como mayor intercambio de información.

Sin embargo, a pesar de la complejidad, no se puede ignorar que el fin último de la comunicación es ser lo más efectivo posible en las transmisiones de información.

Nuestro objetivo básico en la comunicación es convertirnos en agentes efectivos. Es decir, influir en los demás, en el mundo físico que nos rodea y en nosotros mismos, de modo que podamos convertirnos en agentes determinantes y sentirnos capaces de tomar decisiones, llegado el caso. En resumen, nos comunicamos para influir y para afectar intencionalmente. (Berlo, 1975, p.7)

En la anterior idea, es clara la importancia que tiene influenciar a la hora de comunicar, y cómo ello garantiza el éxito comunicativo, algo que es inherente a las relaciones humanas y con lo cual vivimos día a día. Solo con mirar el papel en la vida de algunas personas que juegan los “influencers” y “youtubers” nos podemos dar cuenta que este principio está más vigente que nunca.

La última característica resaltable que se aportará en esta construcción de una definición, es la que habla del carácter esencial en la vida de la comunicación. “No hay vida individual y colectiva sin comunicación. Vivir es comunicar. Los individuos comunican, ya sea para compartir, seducir o convencer” (Wolton, 2010, p. 25).

Todas nuestras acciones implican comunicación, desde lo más simple a lo más complejo. Es una característica que nos acompañará toda la vida y que es esencial para el éxito de una civilización y de una especie; pues tras de ella se fundamentan necesidades básicas biológicas como comer, reproducirse o entretenerse. Necesidades que, tras de ellas, abordan la capacidad de supervivencia que tiene un individuo.

Es por ello, que este trabajo de grado se centra en la forma en que estos conceptos se ven reflejados en la realidad, vista desde una necesidad básica como lo es la salud. Se pretende aportar a la comunicación una visión amplia de cómo en la práctica se viven los procesos comunicativos, con sus virtudes y falencias.

En un contexto en el que tener éxito en la transmisión de información puede ser difícil (como lo es la consulta médica), es importante explorar las dinámicas de este escenario (que todos alguna vez hemos vivido), para conocer de una mejor manera las formas en que se viven estos procesos comunicativos.

Aportes al campo de estudio del periodismo

El periodismo es una rama de la comunicación que busca transmitir de manera eficiente la información noticiosa. Es esa profesión que busca brindar un servicio social, dando a conocer lo que sucede de una manera imparcial, sin tratar de generar sesgos ni tomar posturas. El periodismo es fundamental porque sin él no hay democracia, pues es el mayor garante de una de los aspectos más importantes de este sistema: la libertad de expresión.

Una primera característica importante de esta profesión está ligada a su papel hermenéutico con la realidad: el periodismo “interpreta la realidad social para que la gente pueda entenderla, adaptarse a ella y modificarla” (Gomis, 1991, p.35). Es fundamental este aspecto, porque implica que el periodista haga una manipulación de la información, la trabaje o moldee, no con el fin de cambiar su sentido ni alterar la realidad, sino con el fin de hacer más entendible su contenido.

Raúl Rivadeneira nos brinda una definición una serie de características que diferencian al periodismo de otras actividades en las que se maneja información. Según este autor: “Entendemos por periodismo una parte de la comunicación humana destinada a la transmisión de noticias y cuyas características esenciales son: actualidad, universalidad (geográfica, temática y social), periodicidad y acceso público” (Rivadeneira, 1977, pp.34-35).

Rescato de estas características los cambios que han tenido tras la llegada de Internet: hoy en día lo que se considera actual en el periodismo es de menor duración, el mundo está

más conectado, los períodos son más cortos y el acceso al público es mayor, sin embargo, estas características siguen siendo fundamentales en el ejercicio del oficio.

Otro aspecto a evaluar es el de la verdad, pues aunque es difícil llegar a una única verdad, el deber del periodismo debe hacer acercarse a ella en la mayor medida posible. Sin información cierta no hay periodismo, característica que se destaca en la siguiente definición:

El periodismo es una actividad organizada de información noticiosa (y de opinión) que, utilizando un sistema de difusión cualquiera, o también alguno de divulgación, lleva una serie de datos ordenados y relativos reales a uno o varios aspectos de la realidad exterior a un público general o específico con intervalos de tiempo preestablecidos. (Torrico, 1989, p. 31)

Aquí, al igual que Gomis, se resalta la importancia de ordenar la información, con la diferencia que en esta definición ya le agregamos la verdad como característica, sin dudas un aspecto primordial en la profesión.

Es importante resaltar que, en este trabajo de grado, se busca aportar al campo del periodismo a la hora de mostrar los efectos que un proceso comunicativo puede tener sobre una persona o un grupo de personas. Algo que resulta esencial en nuestro contexto afectado por la pandemia de la enfermedad Covid-19, donde los medios y los periodistas cumplen un papel central en su función de hacer una correcta interpretación y transmisión de información sobre salud. No le podemos enseñar al periodista a ser profesional de la salud, pero sí a tomar herramientas de esas disciplinas para que, por medio de un tratamiento de la información, sean comprensibles para el mayor público posible. Los médicos y los periodistas brindan un servicio público, y el trabajo conjunto de estas disciplinas puede fortalecer un objetivo en común que es preservar la salud de las personas.

Pertinencia social

El desarrollo de este trabajo de grado serviría como herramienta para que los médicos y, en general, todos los profesionales de la salud puedan mejorar la manera en que se comunican con sus pacientes en las consultas médicas. Se busca hacer de los procesos de

comunicación médico-pacientes mucho más efectivos, llegando a diagnósticos más rápidos y precisos, con ello, mejorando la calidad de vida de las personas. De igual manera, este trabajo también puede servir como base para el conocimiento de los beneficios que puede traer Internet en el sector salud, así como los problemas que puede derivar su mal uso.

Es un factor importante el entender que, a estas nuevas tecnologías, las instituciones de salud pueden sacarle provecho generando acciones en pro de la salud pública. Acciones que promuevan campañas de cuidado, prevención y atención oportuna en diversos procesos de enfermedad, pertinentes para toda la sociedad y necesarios en una democracia.

1.2. Estado del arte

Previas investigaciones sobre el tema nos muestran que no es mucho lo que se ha indagado desde la comunicación social sobre los procesos comunicativos en las consultas médicas. Sin embargo, sí se ha investigado sobre la relación médico-paciente en otros espacios, donde diversos autores comparten y tienen clara la importancia de la aplicación de modelos de comunicación en los temas competentes a la salud pública.

En trabajos de grado, se destaca la tesis “La comunicación como servicio público”, de 1990, donde Acosta, Jiménez, Juisich y Marín hacen aportes sobre la relación entre los conceptos de descentralización en información y como, en su caso, fue fundamental entender y apropiarse de esta relación para obtener buenos resultados a la hora de hacer campañas de salud pública.

Fabiona Manzi, por su parte, en su tesis “Publicidad para la promoción en salud: Análisis de la publicidad social en Profamilia” concuerda en la importancia de desarrollar campañas, y aporta un elemento que es crucial en el éxito de las mismas, como es la publicidad. Esta tesis, que es la más reciente de las consultadas (del año 2003), es la única que señala la importancia de los medios masivos de comunicación en la elaboración de dichas campañas, y el papel que juegan a la hora de hacer mucho más efectivos y contundentes los mensajes que se transmiten.

Algo en lo que están de acuerdo todas las autoras consultadas, es en la importancia de despejar los canales de comunicación para mejorar la calidad de los mensajes, así como en el uso de herramientas de comunicación de masas como elemento principal de transmisión de

información. Tema que a profundidad se traza en la tesis “Comunicación en salud” (1975), donde sus autoras desarrollan un esquema comunicacional que permita entender cómo funciona la transmisión de información sobre la salud y, junto con Manzi comparten una visión de lo que implica la comunicación en salud como método de educación en la población, con el fin de prevenir enfermedades y mejorar condiciones de vida.

En cuanto a libros consultados, uno de los principales es “Comunicación Clínica” publicado en 2014 por Roger Ruiz Moral, donde se abarcan desde aspectos médicos hasta psicosociales en torno al correcto ejercicio comunicativo que deben tener los profesionales de la salud. En el texto, Ruiz Moral introduce conceptos claves para desarrollar el tema, como lo es la comunicación asertiva, los modelos de comunicación en salud y los componentes de la comunicación en la relación médico-paciente. En enfoque de Ruiz Moral es netamente clínico y el fin de su trabajo es que profesionales de la salud apliquen herramientas diseñadas desde la medicina para mejorar el trabajo con sus pacientes.

Igualmente, el libro “Hacia una Medicina más Humana” de Francisco Quevedo y Juan Vega (1997), como su nombre lo indica, es una narrativa que pretende hacer conciencia del papel humanizante de las ciencias de la salud, en donde, por supuesto, la comunicación surge como un aspecto esencial que aporta a la construcción de actos médicos más responsables con la enfermedad y con el paciente. El centro del libro es la ética y desde ella se desprende el papel social de la comunicación.

Martha Lucía Tamayo en su libro “El médico moderno convertido en un Comunicador” de 1999, construye la idea de que todo profesional de la salud debería ser, antes que nada, un comunicador, esto con el fin de poder no solo diagnosticar con precisión, sino transmitir a los pacientes correctamente sus padecimientos. Tamayo sostiene que la medicina moderna está destinada a fracasar si no es capaz de adoptar la comunicación como una herramienta de trabajo diaria. Este, es el mayor aporte bibliográfico que se tiene de una visión de la medicina desde la comunicación social.

“Mastering communication with Seriously ill Patients” (2009) y “Habilidades de comunicación en la formación médica contemporánea” (2019) de Anthony Back y Elena Trujillo con Daniel Suárez, respectivamente, son otros dos ejemplos que ilustran desde la formación profesional en salud cómo se debe abordar la comunicación, tratando de generar

herramientas que mejoren el trato con los pacientes. En el libro de Back se hace énfasis en valores como la empatía como elemento fundamental, mientras que Trujillo y Suárez expresan la importancia de generar buenas relaciones interpersonales como elementos a resaltar dentro de la comunicación, así como también le dan un vistazo a la educación médica contemporánea y proponen un modelo de comunicación centrado en el paciente.

El mayor foco de información se presenta en artículos de publicaciones indexadas, generalmente asociadas a facultades de medicina de diversas universidades. La atención de estos artículos se centra en el análisis de casos clínicos o de patologías, las cuales se observan a la luz de la comunicación en búsqueda de mejorar las maneras en que se transmiten malas noticias, se relaciona el médico con los familiares, se convive con enfermos terminales, etc.

Muy pocos son los artículos que tienen como eje central la comunicación por encima de la medicina y en su totalidad relacionados a salud pública. Un puñado restante que aborda ambos temas por igual entra a analizar modelos de comunicación en salud, como en el artículo “La comunicación en la relación médico-paciente” de Alberto Lifshitz (2012), que desarrolla diversas propuestas sobre cómo es la comunicación dentro de la consulta médica, trabajo que también desarrolla Ruiz Moral.

“La Comunicación en la relación médico-paciente” de 2014, publicado por Silvia Deborah, Dorina Stefani y Pedro Cófreces es otro de los artículos que explora los modelos de comunicación en las consultas médicas, esto a través de la citación de otros autores que otrora trabajaron el tema y los cuales fueron condensados en su trabajo.

Alejandra Gajardo Ugás también trata el tema en “La comunicación de la verdad en la relación médico paciente” (2009), donde ubica este aspecto como elemento primordial en el desarrollo de los diversos procesos comunicativos. Finalmente, en “La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo” (2014), Orestes, Baró y González señalan que la relación se encuentra en crisis y que es necesario que los modelos evolucionen y se adapten a lo que el mundo actual nos exige.

De igual forma, existen dos revistas que abordan el tema: la Revista de Comunicación y Salud de la Universidad Complutense de Madrid, y la Revista Española de Comunicación en Salud, ambas tienen un énfasis en revisar desde diversos campos de la medicina las

manifestaciones de la comunicación en el campo clínico, así como también se encargan de mirar cómo a través de los medios, son vistas diversas patologías como la obesidad, la diabetes o el cáncer. Estos informativos también buscan aportar en la formación de los profesionales de la salud en las maneras en que se relacionan con sus pacientes.

Es importante mencionar que es casi nula la información dirigida netamente a pacientes o comunicadores sociales sobre teorías de acción efectiva y modelos de comunicación en salud enfocados a generar cambios. Generalmente, toda esta información tiene un origen y enfoque netamente clínico.

También es necesario tratar los desafíos que implica la comunicación en salud no solo desde la salud pública sino desde la pedagogía. Es necesario que se haga explícito el papel que cumplen los participantes en este tema: profesionales de la salud, pacientes y comunicadores, esto con el fin de lograr acciones comunicativas más efectivas que las que actualmente se tienen. De la misma forma, resulta necesario contemplar el papel que cumplen las nuevas tecnologías la salud, dejando claro las ventajas y desventajas de su uso por los actores competentes en el tema.

A manera de conclusión es importante resaltar que, a pesar de lo anterior, es relativamente pobre el desarrollo que tienen los procesos comunicativos dentro de las consultas médicas, vistos desde la comunicación. Aunque hoy en día es clara la importancia de la comunicación en la salud y las tesis y demás documentos analizados lo señalan haciendo explícito el papel relevante que juega la comunicación en la salud pública, este tema aún tiene muchas vías de acción y caminos que se pueden trabajar y desarrollar.

Un primero, que es necesario antes de intervenir en otros aspectos, es la construcción de teorías que indaguen y traten este tema, y que sean un punto de partida para entender cómo ayuda la comunicación a mejorar la salud. Desde allí podremos ir explorando cada una de las opciones que propone la comunicación y las ciencias médicas para ayudar en la prevención, el entendimiento y el tratamiento de enfermedades en nuestro país, así como garantizar un bienestar general.

2. MARCO TEÓRICO

A lo largo de la vida, la salud y la enfermedad son dos condiciones con las que constantemente lidia el ser humano. Todas las personas, en diversas circunstancias y etapas de la vida, han tenido que enfrentar alguna vez con la enfermedad, ya sea por una pequeña gripa o una enfermedad crónica. Sin importar su magnitud, en el proceso de buscar restablecer nuestro bienestar físico, todos alguna vez nos hemos puesto bajo el cuidado de un profesional de la salud, generalmente un médico.

Una persona que tras varios años de estudio está en capacidad de analizar nuestro organismo de pies a cabeza y dar un certamen certero de qué nos está afectando y cómo podemos recuperarnos. Un proceso que en el camino tiene diversas dificultades, algunas dadas por la condición misma de la enfermedad y otras porque en ese momento, nos encontramos en un estado de inferioridad; la enfermedad, además del dolor y los síntomas produce miedo, confusión y nerviosismo. Un conjunto de condiciones que no sólo agudizan la enfermedad, sino que también ponen a prueba al médico, en su labor profesional.

Y aunque es fundamental entender estas condiciones en la búsqueda de restablecer la salud, no hay que desconocer que ese proceso acarrea dificultades por las diversas condiciones que puede traer una enfermedad, además que se ve afectado por la manera en que se desarrolla la comunicación entre el médico y su paciente en la consulta médica. Esta aplicación de la comunicación en la salud, forja las bases para que dicha relación entre médico y paciente sea efectiva y cumpla a cabo sus objetivos.

Sin embargo, antes de seguir abordando las características de esta rama comunicativa, es necesario acercarnos a una definición detallada de lo que es el concepto comunicación en salud. La evolución de las definiciones, ha incluido cambios sustanciales en la planeación y el entendimiento de la comunicación como agente con efectos en la salud:

De acuerdo con un documento de la Organización Mundial de la Salud (Healthy People, 2010, volumen I) citado por Mosquera (2003),

La comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y

comunitarias que mejoren la salud. “Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal.(p.1)

Esta primera definición ya nos habla de la importancia de “informar e influenciar” como fines primarios de la comunicación en salud. Aspectos que además pueden ser entendidos como fines últimos de la comunicación, y lo que se pretende hacer con las distintas estrategias que se planteen al entablar un proceso comunicativo.

De igual forma, la comunicación en salud aporta a la prevención de enfermedades, la construcción de campañas en salud pública y su posterior divulgación en diversas comunidades, la adherencia de pacientes a tratamientos y recomendaciones clínicas y, como factor esencial, la relación entre médicos y pacientes (Mosquera, 2003).

Todas estas características, ligan la comunicación en salud a un aspecto fundamental en su desarrollo, como lo es el ejercicio pedagógico, donde se es posible producir cambios en las conductas, relaciones y acciones de los actores implicados a través de inculcar conocimientos útiles en temas de salud pública, cuidado personal y manejo de enfermedades.

Según Ratzan, (como se citó en Ríos Hernández, 2011) define la comunicación en salud a partir del Centro de Control de Enfermedades (CDC) en los EEUU “como el arte y la expresión de mensajes y estrategias, basado en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades” (p.126).

Esta segunda definición ya nos acerca un poco más a elementos de salud pública que buscan en todo caso la prevención de enfermedades a través de estrategias comunicativas. De igual manera, otros autores plantean las responsabilidades del paciente como actor activo de la salud y en donde también recae la labor de la educación e información acertada en salud. Este último aspecto aporta a una definición más actual de comunicación en salud en cuanto entiende que es un proceso recíproco.

En el texto de Mario Mosquera, también se nos habla de la importancia del uso de los medios de comunicación como parte fundamental de la comunicación en salud. Allí se cita a Luis Ramiro Beltrán, quien dice que,

El empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos - como los medios informativos y los multimedia-, es una herramienta de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud pública. (Beltrán, 2008, p.26)

Ese último apartado refuerza la idea de salud no solo como un aspecto netamente individual, sino también como una cuestión social, en la que las comunidades construyen salud y previenen enfermedades. Esto, claramente, por medio de una comunicación efectiva en la que se utilicen los medios de comunicación disponibles.

Por otro lado, autores como Gumucio-Dragón, (como se citó en Mosquera, 2003, p.1) creen que “muchas veces la comunicación ha sido concebida erróneamente como propaganda o como simple difusión de información”.

Gumucio-Dagrón también explica cómo los gobiernos, actores internacionales y ONG concentran los esfuerzos de comunicación y los medios masivos en salud en ciudades como una forma de ganar visibilidad, por lo que hace el llamado de generar una comunicación en salud comunitaria que se enfoque en las zonas rurales y se base en el diálogo (Mosquera, 2003).

Desde esta perspectiva, la propuesta de Gumucio-Dagrón implicaría el uso de la comunicación oral como medio principal de transmisión de información en salud en una comunidad, lo cual efectivamente garantizará un acceso mayor de la comunicación en zonas rurales y/o alejadas, pero también implicaría un menor alcance de las estrategias planteadas.

Aquí es cuando Mosquera nos introduce a otro aspecto esencial de esta relación que anteriormente había tocado: la educación. Es fundamental entender que la pedagogía en salud es supremamente útil a la hora de transmitir información sobre lo que implica y lo que no el cuidado de la salud. Esto más aún en tiempos donde Internet ha generado mayor facilidad en el acceso a la información en salud, así como también a la desinformación y las malas prácticas en torno al cuidado del cuerpo.

Este autor añade:

En este nuevo contexto, la comunicación en salud se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud, mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Los programas de comunicación en salud, pueden poner la salud en la agenda pública, reforzar los mensajes sanitarios, estimular a las personas para que busquen más información, y en algunos casos, dar lugar a estilos de vida saludables. (Mosquera, 2003, p.3)

Es importante resaltar que, según lo visto, un papel central de la comunicación en salud es motivar al paciente y a la población en general a hacer búsquedas responsables y concientizadas de información en salud, esto, como respuesta efectiva a las campañas y mensajes transmitidos a través de los diversos medios.

Es importante también saber que la comunicación en salud también abarca aspectos de otras áreas de trabajo y disciplinas. Así, junto con la educación, también el periodismo sanitario, el marketing social, el derecho y la comunicación organizacional aportan a la construcción de este proceso. Labor en la cual tampoco las narrativas están limitadas y tanto medios de comunicación masivos, como narraciones, formas de tradición cultural o teatro y música pueden convertirse en mensajes de salud y buscar penetrar por cuenta propia o involucrarse en el trabajo de otros medios masivos como la radio y la televisión (Mosquera, 2003).

Esto lo que nos muestra es que la comunicación en salud no es un tema que solamente se limita a profesionales de la comunicación y de la salud, sino que desde diversas disciplinas se puede y debe aportar a la construcción de la salud pública de una forma responsable. En definitiva, es un tema que nos inculca a todos y, por ende, como sociedad, desde las diversas áreas del conocimiento se debe tratar de generar aportes.

En efecto, la comunicación en salud es un proceso de cambio social y como tal, debe involucrar la mayor cantidad de agentes sociales, perspectivas y herramientas de apoyo, con el fin de conocer, penetrar y actuar en diversos contextos, tratando de implementar cambios que aporten a la construcción social e individual de la salud.

2.1. Relación médico paciente: un eje central

Entendido el concepto de comunicación en salud, un primer subtema que surge de este proceso, es el que involucra a sus actores principales, como lo son los médicos y los pacientes. Este encuentro de actores es visto como una relación y se puede definir como:

Aquella que se establece entre un profesional de la salud y un ser humano que acude a solicitar sus servicios por presentar un problema de salud. El sujeto tiene una enfermedad, y el médico o profesional de salud está formado para dar asistencia al problema. (Gajardo-Ugás et al., 2010, p.1)

La anterior es la forma más básica de entender la función de dicha relación, sin embargo, dentro de los factores médicos, psicológicos, sociales y ambientales que la afectan, no hay que desconocer el factor comunicativo, el cual probablemente es el más relevante. Como toda relación, en su gesta pueden surgir inconvenientes propios de su naturaleza, pero en su mayoría son dados por el rol que juega cada uno de los actores (uno como profesional en una disciplina, otro como carente de un servicio) y, generalmente, involucran falencias en la comunicación como eje central de estos inconvenientes.

Es así, como entramos a analizar el papel que juega la comunicación médico-paciente en el proceso de enfermedad; en su búsqueda, diagnóstico y posterior tratamiento, pues es imposible desconocer que la manera como se aborda una consulta médica tiene consecuencias significativas en sus resultados y, muchas veces, estos resultados pueden verse favorecidos o perjudicados si desde el comienzo no se gestó una buena relación médico-paciente.

Por ello, Guzmán (2015) considera que esta relación sigue siendo el fundamento del ejercicio médico y lo liga a la ética que debe tener un galeno a la hora de realizar su trabajo y a los valores básicos que deben predominar en las profesiones de la salud.

Esta percepción surge a partir de la postura de diversos autores en la cual el médico ha perdido su parte humana y debido a la aplicación de técnicas más artificiales, tiempos limitados de consulta y requisitos burocráticos, ha desorientado el fundamento de la relación hacia un mensaje sin retorno, donde el paciente no se ve como una persona sino como un ser inerte:

En la relación médico-paciente actual, el médico dirige sus acciones al diagnóstico de la enfermedad, reduce a la persona a simple cuerpo humano, interroga al paciente para buscar la enfermedad y sus causas, con igual propósito palpa y ausculta su cuerpo e indica exámenes complementarios. Pocas veces aparecen médicos humanistas, quienes tienen la capacidad de acercarse afectivamente al paciente y establecer con él una verdadera comunicación para comprenderlo y hacerse cargo de su problema. (Vázquez et al., 2014, p.1454)

La relación médico paciente es una relación al menos entre dos personas, dos historias de vida, dos mundos. Cuando un paciente entra en contacto con un médico y se establece una relación terapéutica, se desarrolla un sistema que tiene por objeto la interacción en el que tanto uno como otro, se han de encontrar comprometidos con una causa que promueve a ambos en la consecución de un fin.

En la relación médico paciente se tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo. Conlleva responsabilidad compartida, el médico tiene responsabilidad con el paciente y consigo mismo, el paciente tiene responsabilidades con el médico y consigo mismo. La comunicación, en este sentido es el aspecto fundamental que garantiza una buena relación entre el médico y su paciente, una relación en la que es fundamental la veracidad de la información y de cuyo éxito también depende, a mayor escala, el funcionamiento adecuado de los sistemas de salud.

A continuación, se mencionan aspectos fundamentales de esta relación, los cuales se deben buscar preservar y/o mejorar para garantizar su éxito comunicativo.

2.2. El lenguaje médico-paciente

Como toda ciencia, la medicina forjó un lenguaje propio desde el cual desarrolló su práctica. Esto es necesario con el fin de llevar la ciencia a todos los rincones del mundo, facilitar la investigación y hablar en mismos términos a la hora de referirse a un trastorno. Las lenguas de especialidad, en palabras de Amparo Alcina Caudet, citada por Rubio (2014) “constituyen un tipo de sociolecto determinado por las necesidades de comunicación en el ámbito de una profesión” (p. 70)

Sin embargo, el contexto propio en el que se desarrolla este lenguaje dificulta que personas ajenas a él lo entiendan, incluidos los pacientes, los cuales en algún momento se topan con esta jerga y pueden presentar dificultades en su interpretación. Esta afirmación es apoyada por Rubio (2014) cuando señala que “el problema radica en que el lenguaje médico, al ser una lengua de especialidad, tiene un léxico técnico que un hablante no especializado suele desconocer. Esto ocasiona, la mayoría de las veces, problemas de comprensión de los mensajes médicos” (p.85).

Consciente de dicho problema, Rubio (2014) aporta una definición sobre el lenguaje médico-paciente en la que da cuenta de la importancia de la comunicación, y la jerga médica:

Se trata de una lengua de especialidad, también conocido como jerga médica o sanitaria, que emplean los profesionales de este campo para comunicarse en su ámbito laboral. Su desconocimiento, debido a su complejidad, es un factor que dificulta la comprensión del mensaje por parte del receptor, en este caso, la persona enferma. (p. 67)

Es en esta visión del médico como comunicador que se empieza a analizar el papel que juega un gran aspecto en ese desarrollo de la comunicación en salud: la comprensión del lenguaje médico por parte del paciente,

“De todas las habilidades que debe tener un médico, una muy importante debe ser la de ser un buen comunicador, pues su trabajo diario transcurre en un proceso continuo de recepción y transmisión de información con los pacientes, las familias y la comunidad donde labora, con los que además se relaciona de modo natural y espontáneo” (Fern & Mar, n.d.,p.1).

Es fundamental que, dentro del proceso de curación de una enfermedad, la persona que la padece sea consciente en todo momento de qué es lo que tiene, qué tan grave es y cuáles son las posibles soluciones. Esto con el fin de generar mayor confianza entre el médico, el tratamiento y el paciente, así como también facilitar el proceso psicológico que en muchos enfermos puede generar su condición. “Si no entendemos las instrucciones que nos ha indicado el médico, no las obedeceremos y, como consecuencia, no nos curaremos” (Herranz, 2014, p.67).

En este orden de ideas, es fundamental entender la importancia de lograr una comunicación efectiva por vía oral, el cual es el método más usado en la relación ya establecida y el más óptimo dadas las limitaciones de tiempo que se presentan en una consulta médica.

Según un estudio de la Universidad de Andalucía (2002), “el 80% de las dificultades que surgen en las consultas médicas, son dificultades de transmisión de información” (p.18). Esto se da mayoritariamente por la incapacidad de los pacientes de contar una condición, sensación o dolor que hasta el momento de enfermarse eran totalmente ajenos a su vida cotidiana, y cuyas características son, mayoritariamente, nuevas en la persona. El médico, por el contrario, previamente ha tenido una aproximación teórica a estas condiciones y sabrá describirlas sin mayor dificultad por más que nunca las haya sentido físicamente.

El éxito de la comunicación en salud aplicada al lenguaje médico, radica en que “la transmisión de la información sobre los síntomas de la enfermedad, del paciente al médico, se dé sin mayores dificultades en una primera instancia y así el profesional de la salud pueda generar un diagnóstico lo más acertado posible” (Reyes, 2005, p.510).

También, es importante llevar los conceptos médicos y la terminología a un punto en la conversación donde sea entendida por ambos actores, lo cual garantizará que ambos sean partícipes del discurso y que se entienda la mayor cantidad de información posible por parte del paciente, para así garantizar un mejor seguimiento a las instrucciones de los profesionales.

Este sin dudas es un gran reto, pues pone a prueba tanto los conocimientos básicos en salud que un paciente debe tener para poder expresarse con su médico, como la creatividad y recursividad de los doctores para poder llevar a términos entendibles un lenguaje que es de un público especializado.

Es importante que los profesionales de la salud entiendan que no pueden hablarle a un paciente como si estuvieran conversando con cualquier otro médico, pues muchas veces el desconocimiento de un término y los efectos que pueda tener esa enfermedad o síntoma en la salud puede resultar perjudiciales para el paciente. Esto debido a que en primera instancia exponen a la persona a la desinformación sobre su condición, algo que puede generar miedos,

inseguridades o ignorancia sobre el proceso diagnóstico y los cuidados a tener y, en últimas, evitan que la salud del paciente mejore.

De acuerdo a lo anterior, es posible citar lo dicho por la Junta de Andalucía y expuesto por Herranz (2014):

Entre el médico y el paciente se establece una relación que debe estar sustentada en una buena comunicación entre ambos. Una consulta médica debe considerarse, por tanto, como “un proceso de comunicación y como un intercambio de informaciones entre el médico y el paciente. (p. 80)

Es en la adecuada comunicación donde radica, en gran parte, el éxito de una consulta médica, pues se busca evitar lo que Plata (1997) denomina “un diálogo de sordos”, donde “el médico haber explicado todo lo necesario pero el enfermo y sus parientes se preguntan en silencio qué les quisieron decir” (p. 265).

Por ende es indispensable enfatizar en que,

Dado esto, son necesarias ciertas habilidades comunicativas para hacerlo bien, con un lenguaje adecuado, puesto que hay médicos que no se han enterado que el público en general no entiende el lenguaje médico y menos si le explican las cosas a la carrera. (Restrepo & Orwell, 2012, p.68)

2.3. Una mirada de las TICs, la comunicación y salud

Uno de los grandes cambios de la comunicación en salud en los últimos 20 años y que ha implicado un gran reto en materia de adaptabilidad y concepción actual de dichos procesos es la llegada de las nuevas tecnologías de información y comunicación de la mano de Internet y las redes sociales. Puntualmente, este aspecto implica obtener información con relativa facilidad, especialmente por parte de los pacientes, algo que muchas veces, sin el contexto o los conocimientos adecuados, puede generar más preguntas que respuestas en los enfermos.

2.3.1. Internet y comunicación en salud

La revolución de internet penetró en prácticamente todas las áreas de estudio y disciplinas existentes. Es innegable su presencia y efectos en nuestra vida diaria, así como su labor como medio facilitador de nuestras labores y como crucial en cada una de las

profesiones que desarrollamos. Se podría decir que la vida, tal como está contemplada hoy por hoy, es imposible sin presencia de este medio de comunicación.

El área de la salud y puntualmente la medicina no fueron ajenos a estos cambios. Actualmente Internet ha facilitado el conocimiento y establecimiento de técnicas quirúrgicas, de herramientas diagnósticas, ha permitido actualizar conocimientos médicos en muchas partes del mundo y garantizado el paso de información de una parte a otra en cuestión de instantes. Al respecto, el médico Daniel Kraft menciona que,

El futuro se trata de tener una atención eficiente con dispositivos inteligentes. Tenemos la oportunidad de ser más precisos, para optimizar la longevidad y tener mejores años. Si queremos vivir bien a los 100 años, deberíamos apremiar la prevención, no la enfermedad. (Kraft, 2018¹ párr. 3)

Son muchos los aportes de Internet a la medicina que se ven reflejados principalmente en mayores expectativas de vida y tratamientos más efectivos. A la par, este medio de comunicación también ha cambiado la concepción tradicional que se tenía de paciente, y lo ha evolucionado: “Internet está haciendo cambiar los hábitos del paciente, que es cada vez más usuario y está más experimentado en la navegación on line. No en vano, se habla del fenómeno citado como "el paciente informado" (Sanitas, s.f., párr. 3).

Navarro-Pelayo (2016) describe algunas ventajas de Internet como fuente de información en salud: “un fácil acceso a volúmenes masivos de información, la actualización constante información, y su posibilidad de aparecer en formatos interactivos (como vídeos, infografías, etc.) que facilitan su comprensión”(párr.2). En resumidas cuentas, Internet implica una comprensión más fácil y más cercana de la información en salud tanto para médicos como para pacientes.

Entre las ventajas que podemos encontrar en Internet, Lupiáñez-Villanueva (2011) y Linger et al. (1997) describen los siguientes beneficios para los profesionales de la salud:

Los diferentes actores de los sistemas de salud tienen en Internet un espacio de información, un medio de comunicación, una herramienta para la provisión de servicios y, por último, un campo de actuación en salud pública”. “El Internet

por sí solo fomenta la actualización de los profesionales y técnicos con su mero uso, cuyo costo es relativamente bajo. (p. 319)

“La consulta de información sobre salud disponible en internet podría facilitar que los pacientes estén mejor informados, lo que podría mejorar su salud y facilitar un uso más apropiado de los servicios asistenciales” (Lupiáñez-Villanueva, 2011).

Por su parte, Marín-Torres et al. (2013) mencionan que “las ventajas de la búsqueda de información sobre salud por Internet son: ayudar a los pacientes a tomar decisiones de salud más informadas, aumentar la autonomía del paciente y reforzar los mensajes de promoción y prevención, así como de adherencia al tratamiento” (p.3).

Por su parte, el artículo de Navarro-Pelayo también señala algunos problemas propios de la naturaleza de un medio de comunicación masivo, que implica la tenencia de unos recursos de soporte básicos, con los cuales muchas comunidades en Colombia aún no cuentan: “Internet podría reducir las desigualdades si la información médica llega a los grupos desfavorecidos. Sin embargo, si solo los grupos socioeconómicos más favorecidos pueden diferenciar la información médica veraz de la engañosa o sin contrastar, las desigualdades podrían aumentar” (Navarro-Pelayo, 2016, párr.4).

Lupiáñez-Villanueva (2011) menciona a partir de un estudio sobre tratamiento endovascular de aneurisma de aorta problemas que puede traer Internet en el manejo de información sobre salud.

El estudio “Calidad de la información”(2011) revela las deficiencias de la información en cuanto a su accesibilidad, su utilidad y su fiabilidad, a lo que se añade la difícil legibilidad y, lo que es más importante, que plantea los retos a que se enfrentan tanto los ciudadanos como los profesionales sanitarios a la hora de integrar Internet en la gestión de su salud y en su práctica asistencial.

Este ejemplo concreto nos muestra como el manejo de la información de salud en Internet es visto como un reto donde la credibilidad de lo publicado junto con otros posibles inconvenientes tienen que buscar ser solucionados para poder integrar de forma efectiva Internet a la salud, como un medio de comunicación eficiente.

Es importante tener claro que Internet no reemplaza los servicios de salud ni a los médicos, sino que, como veremos en el presente trabajo, cambia el tipo de relación. Es por ello que se debe concebir la idea de que toda la información obtenida en internet es un complemento más no un sustituto de la consulta presencial (Marín-Torres, et al., 2013)

“Internet, como espacio de información y comunicación, ofrece la posibilidad de mejorar la relación médico-paciente, ya que ambos podrían compartir conocimientos y mejorar su comunicación y se podría facilitar un encuentro presencial más eficiente” (Lupiáñez-Villanueva, 2011).

2.3.2. Redes sociales y salud:

Sin lugar a dudas una de las grandes revoluciones sociales que ha traído Internet son las redes que conectan a la gente en todo el planeta.

Se trata de páginas en las que los pacientes pueden encontrar información sobre su enfermedad, pero aún más valioso que eso, pueden conocer a otros pacientes con las mismas afecciones, saber de sus experiencias, la evolución de los síntomas y dar y recibir apoyo, intercambiar opiniones y vivencias, reconstituir la confianza social y establecer relaciones de intercambio y reciprocidad. (Nass De Ledo, 2011, p.133)

Este aspecto mencionado es valioso en la medida que amplía el conocimiento de la enfermedad de solo lo que el médico dice en consulta a lo que el paciente logra indagar sobre ello. De igual forma, la vivencia de la enfermedad también muta, al llevarla a contextos interactivos de más fácil acceso, y en el que el paciente puede directamente interactuar con otros enfermos para recibir apoyo, consejos y observar vivencias que le permitan entender mejor su enfermedad.

Al respecto, las redes sociales han aportado a la evolución en el uso de Internet, donde una naciente capa social permite que estos espacios se centren en las personas y no solo en los contenidos (Cepeda, 2013). Aspecto que se evidencia en las movilizaciones sociales, fundaciones, grupos de apoyo e investigaciones que han surgido a partir de la visión humana de la enfermedad, y de la facilidad con la que cualquier persona con interés puede conocer ya

no solo una enfermedad, sino historias de personas afectadas, que muestran la realidad de una patología y la aterrizan a su aspecto más humano.

Es en estas redes sociales donde mayoritariamente se generan movimientos y comunidades muy interesantes, que fomentan el empoderamiento del paciente y la comunicación innovadora entre el médico, el enfermo y los investigadores. “Un paciente empoderado es aquel que está informado y conoce la enfermedad que le afecta, lo que le permite tomar decisiones, junto con su médico, acerca de su salud”. (Nass De Ledo, 2011, p.133)

Sin embargo, aunque las virtudes de estas redes son muchas, la falta de pedagogía en el momento de introducir su uso en nuestras sociedades también trajo peligros en su manipulación. Especialmente relacionados con la ignorancia al dar por cierto todo lo que allí se publica, sin tener en cuenta contextos o información propia de las ciencias de la salud que hacen que una afirmación, que en parte puede ser cierta, necesite un trasfondo para ser entendida y aplicada en un paciente, por ejemplo: el desconocimiento de mecanismos de herencia que hacen creer a una persona con dolor de estómago (cuyo padre murió de cáncer de estómago) que puede tener esta enfermedad, al ver en redes sociales que una persona publica que esta enfermedad es hereditaria.

Es por ello que a continuación se exponen dos peligros de la información que se presenta en redes sociales: el exceso de ruido y la falta de voces autorizadas.

Nadie controla lo que se dice en las redes sociales, lo que provoca que por ellas se extiendan todo tipo de informaciones inexactas o directamente erróneas; algo que es especialmente grave cuando se trata de información sanitaria como consejos para la salud. Esto unido a la dificultad para diferenciar las fuentes de información fiables hace que el binomio redes sociales y salud sea aun visto con recelos por parte de la comunidad médica; a pesar de que varias experiencias ya han demostrado como el buen uso de estas redes puede mejorar la comunicación médico-paciente. (Navarro-Pelayo, 2018, párr.6)

Los latentes peligros que puede suponer la información en salud en redes sociales muestran la necesidad de que en estas estructuras de usuarios haya presencia mayor de

participantes que surjan como voces autorizadas. Es decir, profesionales de la salud que puedan dar trasfondo a la información que allí se encuentra y que, con ello, garanticen la fidelidad de los contenidos que se consumen y su correcta interpretación por parte de los otros usuarios.

Los médicos han sido vistos tradicionalmente como un sector algo reticente al uso de las nuevas tecnologías de la información. Quizás por eso su presencia en las redes sociales sea aún algo deficiente. No obstante, su participación es necesaria si se quiere que realmente internet se convierta en una importante herramienta de salud pública. (Navarro Pelayo, 2018, párr.7)

La relativa facilidad con la que una persona puede acceder a información en salud hoy en día ha cambiado totalmente las dinámicas de las conductas y los modelos con los que se desarrollaban, algo que se expondrá más adelante. Esto, aunque por un lado ha predisposto a muchos médicos a ser más receptivos de lo que su paciente tiene por decir, también los ha puesto en alerta ante posibles engaños en la propia sintomatología del paciente dados por el consumo de información médica sin mayor entendimiento.

En este sentido, la importancia del médico ya no solo radica en los conocimientos que puede llegar a tener en la prevención y cura de las enfermedades, sino que también abarca la manera en que el profesional en salud puede instruir a sus pacientes para que ellos también sean productores y consumidores responsables de información en salud. “El profesional sanitario debe convertirse en un ‘puente’ de comunicación entre sus conocimientos y los recursos que invierte para alojar en las redes sociales, todo dirigido al paciente. Ese Puente de Comunicación debe ser transparente y fiable, ya que, aunque no sea así, el paciente puede aliviar su necesidad sustituyendo la consulta por la información sanitaria.” (De la Cámara, 2014, párr. 6)

Las redes sociales de pacientes constituyen un buen ejemplo de lo que se puede conseguir con la fusión de salud e Internet, ya que facilitan la unión de personas alrededor de temas relacionados con la salud. Y no solo están compuestas por pacientes, sino que en ellas también participan profesionales e instituciones sanitarias (Cepeda, 2013).

Este es un ejemplo de que es posible sacar provecho al 100% de esta tecnología, pero también es señal de que para eso se requiere educación en el uso de estas aplicaciones y desarrollar mecanismos que orienten garanticen un consumo de información médica fiable por parte de los pacientes que los beneficie en vez de perjudicarlos.

2.4. Modelos de comunicación en salud

La forma en que se llevan a cabo estas relaciones entre médicos y pacientes, históricamente ha estado mediada por modelos que rigen esta interacción, y que le dan características determinantes en el proceso de diagnóstico y tratamiento de una enfermedad. Tradicionalmente, han predominado dos modelos: el paternalista, que destaca el papel activo del médico por encima del paciente; y el autonomista, que evidencia un papel activo del paciente en la relación.

La elección del tipo de modelo, está mediada por las características del médico, del paciente y la situación clínica a la que se enfrenten. Sin embargo, sin importar el modelo que se adopte en la relación, se debe tener clara la importancia de contar con respeto y participación mutua de ambos actores en la toma de decisiones (Vázquez Sarandeses, Montoya, 2014).

2.4.1. Modelo paternalista

Este modelo es el clásico en la RMP, su aplicación data de los tiempos de Hipócrates, padre de la medicina occidental y ha perdurado hasta nuestros días. “Es más, un tipo de relación ligada a la situación cultural, pues en la antigua, en la que la mayoría de la gente era iletrada, analfabeta, y uno de los pocos personajes “sabios” era el médico” (Arango, 2012, p.68).

En este modelo, el profesional de la salud toma las decisiones por su paciente, esto debido a que sobreentiende que no tiene los conocimientos técnicos para hacerlo o debido a limitaciones propias de su enfermedad; de igual forma, aquí el paciente confía plenamente en el criterio del galeno y se limita a seguir sus instrucciones (Manuel Ramiro & Enrique Cruz, 2017).

Aquí la perspectiva del médico es entendida como el deber de hacer el bien y tiene como fin la curación, no empeorar la situación del enfermo y cuidar a los que no pueden ser curados (Gajardo-ugas & Lavados-montes, 2010).

Otra de sus características es que “gran parte de la información referente al mal que padecía el paciente se mantenía inaccesible para él” (Gajardo,2009, p. 213). Esta forma de relación dominante abrió la puerta a consideraciones como las de “buen enfermo” a aquel que asumía una actitud pasiva, que no preguntaba y que aceptaba en forma obediente los mandatos médicos” (Gajardo-ugas & Lavados-montes, 2010).

El éxito de este modelo radica principalmente en la actitud sumisa y no crítica del paciente, el cual aceptará plenamente que en esos términos llevará a cabo la conversación con su doctor; el cual, por su parte, generalmente a la hora de aplicar este modelo no evalúa el aporte que puede generar un paciente en su consulta.

Por su parte, el éxito de la comunicación en este modelo se basa en lograr transmitir de forma clara, sencilla y efectiva las instrucciones al paciente, para que las pueda seguir al pie de la letra y con ello garantizar su curación o tratamiento de la mano de este modelo.

Entre los defensores de este modelo, existe la percepción “de una invasión en el ejercicio de la profesión, por el protagonismo que está alcanzando la autonomía de los pacientes, proceso en el cual el médico va perdiendo progresivamente el control sobre su práctica” (Gajardo,2009, p. 213).

“La percepción de los médicos es que se sienten poco valorados y que la tecnología en medicina atenta contra la relación humana médico-paciente. Por otro lado, los pacientes son cada vez más críticos, exigentes y demandantes” (Celedón, 2016, 53).

Vásquez y Montoya (2014) no hablan precisamente de un modelo paternalista, pero en su catalogación de los modelos de esta relación, se refieren al paternalismo como un nivel 1 o de actividad del médico y pasividad del enfermo, en el que “el médico asume el protagonismo y toda la responsabilidad del tratamiento. El prototipo de este nivel de relación es el que se establece entre una madre y su recién nacido (relación madre-lactante)” (p.1456).

La principal diferencia entre lo citado por estos autores y lo que definimos en este documento como paternalismo, es que ellos refieren este nivel a casos en los que el paciente no puede valerse por sí mismo debido a condiciones propias de su enfermedad, diferente del paternalismo, donde no se necesita de una enfermedad crónica, degenerativa o terminal para que el médico asuma la posición dominante.

Pese a la posible visión arcaica de este modelo, no se puede negar que ha tenido resultados positivos a lo largo de la historia y es posible que los continúe teniendo. No pretendo con este texto juzgar los modelos o decir si uno u otro es mejor, solamente dar a conocerlos y mostrar las diversas posturas y opiniones sobre sus aplicaciones.

2.4.2. Modelo cooperativo o autónomo

El origen de este modelo se ubica a finales del siglo XXI, a razón de los abusos por parte de los médicos hacia pacientes, al igual que por los abusos en la experimentación con seres humanos durante la época nazi (Restrepo & Orwell, 2012). Como su nombre lo indica, en este modelo el papel del paciente involucra una mayor autonomía que en el paternalismo, pues pasa de acatar al pie de la letra las instrucciones del experto a tener voz, en incluso voto, en la toma de decisiones. “El buen paciente ya no es callado y pasivo, sino que está mejor informado sobre su enfermedad y contrasta dicha información con su médico u otros profesionales” (Sanitas, s.f., párr.4).

La importancia creciente del respeto por la autonomía, la dignidad, el consentimiento, además de adquirir respaldo legal, fue dando cuerpo a la consideración de que el paciente debía participar activamente en las decisiones sobre su propio bien, llegando a un modelo de relación en el que la autonomía del paciente podría contemplarse como un bien supremo. (Gajardo-ugas & Lavados-montes, 2010, p. 51)

En palabras de Robert Siegler, citado por Gonz (2016) es un “proceso mediante el cual este médico y estos pacientes, en estas circunstancias, negocian esta relación médico-paciente comprometida con la consecución de estas metas”(p. 5).

La construcción de una nueva cultura de la atención médica pretende dar reconocimiento de los derechos del paciente, de su autonomía, de su dignidad y respeto como persona, apoyado por las nuevas normas jurídicas.

El enfermo es considerado en todo momento como un sujeto autónomo, con sus principios y valores propios, como un individuo a quien su situación de enfermedad no lo disminuye de su capacidad para tomar decisiones y deja de ser un actor pasivo para convertirse en parte activa de la atención a su salud. (Mejía Estrada et al., 2017, p. 841)

Según Mejía Estrada y Romero Zepeda Esa propuesta de nueva de atención implica que el médico tenga un rol participativo que privilegie la comunicación y proporcione al paciente toda la información necesaria. De igual forma, las autoras reconocen las siguientes características del paciente: como un sujeto autónomo, con capacidad para tomar decisiones, con derechos y con información. (Mejía Estrada et al., 2017).

Es importante introducir el concepto de seguridad del paciente, que es “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”(Clinica del bosque, 2016, p. 31), pues nos permite tener claridad de lo que se quiere lograr, desde el ministerio de salud y la OMS, con el fin de preveer fallos en la atención y garantizando un tratamiento digno al paciente en todo momento, incluida la consulta médica.

En este orden de ideas, es importante repasar las principales diferencias entre este modelo y el paternalista: primer, la mayor confianza que depositan los pacientes en los médicos; segundo, un mejor cumplimiento de los tratamientos acordados; tercero, decisiones que tienen en cuenta el aspecto económico del paciente; cuarto, mejores resultados y satisfacción en la atención recibida (Gonz, 2016).

De igual forma, Caballero-Uribe et al. (2016) mencionan que la evolución se llevó a cabo en 3 aspectos específicos de la relación: primero, el enfermo se transformó de un receptor pasivo a un agente con derechos bien definidos y capacidad de decisión sobre los procedimientos que se le ofrecen, pero que ya no se le imponen; segundo, el médico se

transformó en un asesor técnico de sus pacientes, ofreciendo sus conocimientos y orientando decisiones, pero ya no tomándolas; tercero, la relación se fue colectivizando y adaptando al tipo de relaciones propias de sujetos adultos en sociedades democráticas.

El éxito de la comunicación en este modelo radica en que ambas partes sepan reconocer su papel en la relación, donde el paciente tiene una autonomía un derecho a participar, y donde el doctor es quien tiene los conocimientos primarios sobre la condición del paciente. En palabras de Manuel Ramiro y Enrique Cruz (2017), “esta relación es la coalición de dos expertos; el médico como experto en enfermedades y tratamientos; y el paciente como experto en su cuerpo y sus padecimientos” (p. 3).

“En este modelo, ambos aportan lo que tienen: el médico la experiencia y el conocimiento, y el paciente su “ser-enfermo” y sus expectativas sobre su situación de salud y su futuro, los dos dentro del respeto de la autonomía propia de sus seres personales.” (Ramiro y Cruz, 2017, p. 3).

De igual forma, Jorge Vásquez y Jorge Montoya (2014) ubican las características de este modelo en sus niveles 2 y 3. En el dos, por un lado, hablan de la “dirección del médico y cooperación del enfermo, donde el médico dirige como experto la intervención, adopta una actitud directiva y el paciente colabora al contestar a sus preguntas, a la vez que da su opinión y realiza lo que se le pide” (p. 1456). Mientras que en el tres, por otro lado, menciona que es un relación “donde el paciente puede asumir una participación activa e, incluso, tomar la iniciativa en el tratamiento, el prototipo de relación que establecen es el de una cooperación entre personas adultas (relación adulto-adulto)” (p. 1456).

La principal asociación para realizar estos niveles, según lo expuesto por Vásquez y Montoya, es las implicaciones físicas y cognitivas de la enfermedad, que directamente pueden llegar a afectar la comunicación entre los médicos y sus pacientes. Claramente es un factor relevante, que influye en la disposición del paciente para afrontar el proceso comunicativo, pero para efectos de esta investigación, y teniendo en cuenta que la aplicabilidad que buscamos en los modelos es en la consulta médica regular, no es un factor que tendremos muy en cuenta.

Volviendo al modelo, es correcto cerrar este apartado con la visión del médico Tom Ferguson, citado por Sanitas (s.f.), quien dice que "no puede persistir la idea de que cuando en una consulta se encuentran un médico y un paciente, el que tiene más y mejor información es el médico. Es más, de quien más aprendo actualmente es de los pacientes". Esta es una visión que se comparte mucho en la medicina actual, y que muestra el uso predominante con el que cuenta este modelo.

2.4.3.Otros modelos

Por la llegada de nuevos contextos marcados por una economía de libre mercado, un mayor acceso a las tecnologías de la información, la creación de legislaturas que regulan la actividad médica, de la mano del auge e Internet y las redes sociales han dado vía libre a la creación de nuevos modelos que, en algunos casos, no son más que la adaptación de los ya mencionados y en otros casos, involucran nuevos actores o aspectos que intervienen en el esquema básico de la relación.

Modelo participativo: “Se intenta una responsabilidad compartida con mutua interdependencia, en la que las decisiones del paciente y del médico se toman en cuenta” (Durá, 2006, p. 431). En este modelo el papel del paciente es más participativo, llegando incluso a tomar decisiones. A diferencia del modelo autónomo, donde muchas veces la opinión del paciente no es necesaria para tomar una decisión, aquí si lo es, pues se contempla una relación entrelazada, donde las posiciones de ambos actores son fundamentales para una elección adecuada.

Modelo consumista: Este modelo se caracteriza porque los pacientes tienen un mayor control sobre el médico. “El paciente va adquiriendo, cada vez más, comportamientos de consumidor, de tal modo que selecciona entre ofertas, busca paquetes, acecha oportunidades, compara precios y servicios y elige según un mercado.” (Ramiro & Cruz, 2017, p. 2).

Personalismo: También conocido como paternalismo débil, es una postura en la que si bien el médico es quien toma las decisiones, el paciente tiene cierto grado de autonomía. Esta autonomía deberá variar según las capacidades del paciente, similar a lo expuesto por Vázquez y Montoya, todo con el fin de llegar a la decisión acertada (Restrepo Y Orwell, 2012). Al respecto, Restrepo y Orwell ponen el siguiente ejemplo: “un paciente que llega

inconsciente a un servicio de urgencias, hay que tratarlo de manera inmediata sin preguntarle a nadie. Si el paciente es un colega que llega a nuestro consultorio, podemos explicarle su patología o proponerle un tratamiento médico o quirúrgico con detalle porque sabemos que nos comprende. Es la prudencia del médico la que le debe decir hasta dónde hay que entrar en detalles con el paciente sobre un tratamiento, pero siempre hay que explicar” (p. 68).

Modelo de abordaje sistémico familiar para el cuidado del paciente: el cual considera a la familia como el contexto más relevante para influir en la salud del paciente, así como un eje clave para la obtención de buenos resultados (Cófreces et al., 2014).

Ruiz Moral (2003) (cita de Cófreces et al., 2014) plantea que si bien no existe un modelo mejor que otro, este “sí otorga un lugar de importancia a las habilidades comunicacionales del médico para adoptar un tipo de relación acorde a las necesidades del paciente, que puede tener matices en sus diferentes etapas, y tiene en cuenta sus aspectos psicológicos y sociales” (p.24).

De esta manera, en las páginas anteriores se vio reflejado el papel trascendental que tiene la comunicación como un elemento indispensable en la relación médico-paciente durante las consultas médicas. Los aportes de Internet, las redes sociales y los modelos de comunicación hacen parte de un proceso cuyo fin último siempre será el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Clinica del bosque, 2016, p. 31), forma en que se define la salud por parte de la OMS y cuyo logro involucra un adecuado uso de la comunicación por los actores de los conceptos anteriormente planteados.

3. PRINCIPIOS DE LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL

La importancia del concepto de derechos fundamentales dentro de un Estado de Derecho, ha impulsado a diversos académicos a estudiar en detalle el significado y las implicaciones de este término, cuyo valor en una primera instancia, radica en garantizar la dignidad en la vida humana.

Es por esta razón que se considera, para el presente trabajo, necesario introducir el valor que tiene la salud, entendida también como un derecho fundamental para cualquier persona dentro de una sociedad. Valor que permite entender desde el ámbito político los motivos por los cuales se debe prestar atento cuidado a la salud desde la comunicación y las ventajas que indudablemente traería.

Antes de hablar de derechos fundamentales, es importante hablar sobre el derecho subjetivo, término desde donde se desprende el derecho fundamental. Para Rodolfo Arango (2012), se entiende por derecho subjetivo “el poder legal reconocido a un sujeto por medio de una norma legal, para la persecución de intereses propios mediante la exigencia a otro de hacer, permitir u omitir algo” (p.9). En otras palabras, son las garantías legales que tiene una persona para cumplir con una acción por medio de una norma. Este derecho subjetivo tiene 3 características que son elementales para su existencia: una norma jurídica, una obligación jurídica y una posición jurídica.

Por un lado, la norma jurídica “es lo que se expresa con un enunciado normativo” (Arango, 2012, p.10), que además, tiene una validez; por su parte, al hablar de obligación jurídica se habla de, valga la redundancia, de las obligaciones hacia con una norma. Arango (2012) aclara que “un derecho subjetivo siempre implica la obligación jurídica de otro, pero no a toda obligación derivada de una norma jurídica corresponde un derecho subjetivo”(p.13). Por último, la posición jurídica refiere tanto “al poder jurídico reconocido por una norma como al interés de un sujeto cuya protección se desea o persigue jurídicamente” (Arango, 2012, pp.14-15). Estas 3 características juntas hacen posible un derecho subjetivo.

En este punto, es importante explicar y tener claro qué es una norma. En una definición muy simple, se puede entender por norma la regla que dicta una acción. Por su parte, Robert Alexy define la norma como “el sentido de un acto con el que se ordena, prohíbe o permite y especialmente se autoriza una conducta” (Alexy, 1997, p.49). Además, propone una relación entre lo que son los derechos fundamentales y el concepto de norma: “siempre que alguien posee un derecho fundamental, existe una norma válida de derecho fundamental que le otorga este derecho. Es dudoso que valga lo inverso” (Alexy, 1997, p.47). En otra definición, Alexy refuerza el concepto, afirmando que también se ven los derechos

subjetivos como posiciones y relaciones jurídicas en las que interfieren las normas, vistas estas últimas como “cualificaciones de personas o de acciones” (Alexy, 1997, p.178).

Tulio Chinchilla afirma que “tener un derecho subjetivo significa que para alguien existe una facultad derivada de una norma jurídica para exigir de otra persona o institución el cumplimiento de un deber específico impuesto por el derecho positivo, aún mediante el ejercicio de una acción judicial” (Chinchilla, 2009, p.48).

Chinchilla también amplía su definición dándonos más características en común entre derecho subjetivo y derecho fundamental, como la valoración positiva y la habilitación por parte de un ordenamiento jurídico:

El concepto de derecho subjetivo pretende dar cuenta de toda situación que, al ser objeto de valoración positiva (como un bien estimado) por el ordenamiento jurídico, habilita a un sujeto individual o colectivo para reclamar a otro el cumplimiento de determinados deberes de hacer, dar o no hacer, aún mediante la vía de la reclamación judicial y, eventualmente, el empleo de la fuerza socialmente organizada. (Chinchilla, 2009, p.48)

Entendido esto, es posible abordar el concepto de derechos fundamentales. Por su parte, Arango afirma que un derecho fundamental es un derecho subjetivo “con un alto grado de importancia” (Arango 2012, p.32), siendo esta sutil pero importante diferencia entre ambos conceptos. Este alto grado de importancia no está definido, pero se tiene como directriz el concepto de dignidad humana para hablar de derechos fundamentales.

Por su parte, para Carl Schmitt, citado por Alexy (1997), “los derechos fundamentales son solo aquellos derechos que pertenecen al fundamento mismo del Estado y que, por lo tanto, son reconocidos como tales en la Constitución” (p.63).

Antonio Pérez señala que los derechos fundamentales desempeñan una doble función: “por un lado, en el plano subjetivo, actúan como garantías de la libertad individual, mientras tanto, en el plano objetivo, asumen una dimensión institucional que busca la consecución de fines y valores constitucionalmente proclamados” (Pérez, 1993, p.25).

Chinchilla (2009) coincide en este aspecto al afirmar que los derechos fundamentales son algo más que derechos subjetivos porque, por un lado, “poseen una dimensión valorativa o ética y, además, poseen una dimensión objetiva” (p.54).

En un orden superior, es posible hablar de la existencia de derechos sociales fundamentales, estos son, los derechos subjetivos con un alto grado de importancia que además están ligados a acciones fáticas del Estado.

Los derechos fundamentales también son entendidos como “derechos a prestaciones en sentido estrecho, esto es como derechos del individuo frente al Estado a algo que – si el individuo poseyera medios financieros suficientes y si encontrase en el mercado una oferta suficiente- podría obtenerlo de particulares” (Arango 2012, p.38). En este orden de ideas, los derechos sociales fundamentales también serían derechos subjetivos.

Antonio Pérez habla de la importancia de la relación de los derechos fundamentales y el Estado de Derecho, resaltando su interdependencia al señalar que “El Estado de Derecho exige e implica para serlo garantizar los derechos fundamentales, mientras que estos exigen e implican para su realización al Estado de Derecho” (Pérez, 1993, p.19).

De igual manera, Pérez (1993) es claro al exponer el valor que tienen los derechos fundamentales en la solidez de un Estado de derecho, y con ello, en su democracia: “Los derechos fundamentales constituyen la principal garantía con que cuentan los ciudadanos de un Estado de Derecho de que el sistema jurídico y político en su conjunto se orientará hacia el respeto y la promoción de la persona humana” (p.20).

Carlos Alberto Perdomo (2011) coincide con Antonio Pérez, afirmando por su parte que “el concepto mínimo social como derecho fundamental es posible cuando el Estado puede actuar –lo cual no supone que si no puede actuar tenga que eximirse de su responsabilidad y obligación- y la persona se encuentra en situación de urgencia” (p.100).

Dada esta importancia, es indispensable que estos derechos tengan lugar en la constitución de cualquier país y que con ello, garanticen su presencia en la vida de los ciudadanos. Al respecto, Pérez afirma que “los derechos fundamentales se presentan en la

normativa constitucional como un conjunto de valores objetivos básicos y, al propio tiempo, como el marco de protección de las situaciones jurídicas subjetivas” (Pérez, 1993, p.20).

En el caso colombiano, la Constitución de 1991 no dejó en firme cuales son los derechos constitucionales fundamentales, motivo por el cual este tema sigue siendo motivo de debate. Para Cepeda, “es claro que los derechos inherentes a la persona humana son fundamentales” (Cepeda, 1992, p.3), sin embargo, esta afirmación sigue dando vía suelta a la consideración de diversos derechos no consignados en la Constitución como fundamentales. El respeto de estos derechos puede ser exigido mediante una acción de tutela y la última palabra siempre la tendrá la Corte Constitucional.

Esto nos permite afirmar que, en el caso de Colombia, los derechos fundamentales no son exclusivamente los del capítulo I del título II de la Constitución. De igual manera, es posible que haya derechos fundamentales no enunciados expresamente en la carta magna, pero que al ser inherentes a la persona humana son fundamentales, el cual, en cierta medida, es el caso de la salud. Finalmente, también afirma que el carácter “fundamental” de un derecho no se relaciona en nada con su importancia frente a otros derechos sino a su naturaleza jurídica. (Cepeda, 1992, p.3).

3.1. Derechos fundamentales y salud

El debate sobre los derechos fundamentales históricamente tomó fuerza tras el fin de la segunda guerra mundial. En 1948, la naciente Organización de Naciones Unidas proclama de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual en su artículo 25 dice lo siguiente:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Este es el primer intento moderno por mostrar a la salud como un derecho fundamental, el cual más adelante sería adoptado por las diferentes naciones con

características que varían dependiendo las concepciones que se tengan por salud como derecho fundamental.

Victor Currea-Lugo ha afirmado que “El derecho a la salud no es, no puede ser, el derecho a estar sano, sino a contar con decisiones, medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad que permitan garantizar el máximo nivel de salud posible” (Currea-Lugo, 2003, p.26). En esa definición el autor reconoce que la importancia de la salud no está solamente en curar una enfermedad, sino en prevenirlas cuando sea el caso. Es así que se puede afirmar que la salud es un derecho fundamental en la medida en que es reconocida como una necesidad humana vital.

Un primer paso para tratar una definición, es definir qué entendemos por salud: para Currea-Lugo es importante que esta definición se de como bien jurídico, para lo cual debe tener mínimo tres requisitos:

- a) que sea moralmente aceptable, socialmente consensuada y por lo tanto sólo obedecería a una pura formalidad académica y conceptual sino que además trataría de responder a necesidades humanas concretas; b) que sea real o potencialmente garantizable desde los servicios de salud, por tanto se definiría en términos de formas racionales de intervención para el mantenimiento o reposición de la salud, c) que sea jurídicamente exigible, por tanto pueda encajar dentro de la lógica jurídica protegido de tal manera que sea este, y no otro, su objeto de protección. (Currea-Lugo, 2003, p.59)

Esta primera definición es fundamental en cuanto aporta características que nos ayudan a entender la salud desde un punto de vista legal, y por lo tanto más cercano a un fundamento del derecho. Sin embargo, no hay que ignorar que la salud tiene otros elementos sustanciales que la definen y que no solo se limitan a decir que la salud “no es solo la ausencia de enfermedad” como lo dijera la OMS en su carta fundacional de 1948, sino que adopta elementos como la prevención, la dignificación de condiciones de vida y la humanización de las personas.

Me quiero quedar con este último elemento en cuanto es esencial para tratar de entender la importancia de la salud como derecho fundamental. Carlos Andino (2017)

menciona que “la humanización de la salud será el resultado del respeto del ser humano como un constructo de integralidad y también del respeto por su vida, su dignidad y sus derechos” (p.29). A lo que añade:

Dignificar, respetar, humanizar, acoger, ser hospitalarios con aquellos que lo necesitan, sobre todo con las personas enfermas, es una acción de inclusión, es una oferta de oportunidades solidarias y de cumplimiento de los derechos de todas las personas y de los procesos médicos en los servicios de salud. (Andino, 2017, p.30)

Esta mirada humanizante de la salud debe mirar a la comunicación como herramienta transversal, pues se presenta como una acción efectiva, que puede aportar en la construcción de una salud más humana. Al respecto, Andino (2017) comenta: “Ni la dignidad ni la acogida ni la puesta en práctica de la hospitalidad ni las valoraciones éticas, morales y bioéticas deben aparecer como simples términos mágicos de invocación que solucionarían el problema de la humanización de la salud” (p. 30).

Este problema, que también es problema de los derechos fundamentales, se ve explícitamente cuando observamos que el derecho primario a la salud, reconocido por todos los países, en América Latina parece ser violado de manera continua. “Solo una minoría tiene acceso a los servicios básicos y a los que no están en condiciones de aportar económicamente se llega hasta negarles la asistencia” (Brusco, 2003, pp. 98-99).

Volviendo al tema de la humanización, Diego Gracia (2010), citado por Díaz (2017), comenta que “humanizar es un verbo activo y transitivo que significa ‘hacer: humano’, ayudar a los demás a ser humanos, es decir, “ayudarles a realizar sus propios objetivos como seres humanos” (p. 93). Mirada desde la cual los procesos de atención médica pueden llevarse a cabo, teniendo como horizonte dicho objetivo. Al respecto Gracia (2010), citado por Díaz (2017), comenta que “el verbo humanizar alcanza su máximo sentido cuando la persona está enferma, dada la dificultad intrínseca para vivir humanamente en esta etapa de la vida necesita de una asistencia” (p. 102).

Es valioso aportar una concepción de Lozano (2000) que liga al derecho fundamental con la humanización:

Así, toda acción que viole, maltrate y quite importancia a la dignidad y a la vida del ser humano se conoce como deshumanización; por su contrario, cuando la vida alcanza su pleno sentido, se considera que el ser humano al beneficiarlo siempre, no hacerle nunca daño, tratarlo con justicia, benevolencia y consideración, respetar sus derechos, solidarizarse con su sufrimiento y con su dolor, es profundamente humano. (citado de Díaz, 2017, p.29)

Aquí vemos cada vez más clara la importancia del concepto de humanización en salud, donde las relaciones entre médico y paciente parten como la base de una cuestión que abarca los valores de una profesión y de un derecho fundamental, como lo es la práctica de la salud. Bermejo (1997) afirma: “Humanizar es una cuestión ética que tiene que ver con los valores que conducen la conducta en el ámbito de la salud” (pp. 51-52).

Carlos Andino también señala la importancia que tienen la ética y la bioética en la actualidad como elementos esenciales que permiten el buen ejercicio de la humanización en la salud, y con ello, el uso de valores cuyo fin es el de mejorar el paso del paciente por la etapa de enfermedad y la atención por parte de los profesionales de la salud.

Hoy no solo aparece humanizar en el ámbito ético, sino bioético y también moral, pues tiene en cuenta los valores y principios que se exigen en la asistencia del servicio de la salud como un derecho fundamental. Así, ante la realidad de la salud y la enfermedad, sobre todo esta última, como situación que confronta a la vida con la indetenible realidad de la muerte, se presentan casos de carácter jurídico-ético, bioético y moral. (Andino, 2017, pp. 31-32)

Este autor señala que esta visión de la humanización permite preservar la calidad de vida del paciente, además de sus derechos, para ello, cita a Roberto Adorno (2012), el cual dice: “Siendo la dignidad humana principio eminente de la bioética, estos derechos se vuelven inalienables; así, su preocupación es velar porque esas prácticas estén en armonía con el respeto y el papel unificador que conlleva y exige la dignidad humana” (p.73).

En este punto, al concepto de humanización se le añade otro que aporta a su comprensión y aplicación: la dignidad. Es necesario que se pase por la dignificación de la atención en salud para llegar a una dignificación de los servicios de salud. En una definición

se podría decir que “La dignidad no es, evidentemente, un atributo de carácter físico o natural, sino un atributo que se predica universalmente de toda persona indistintamente de sus caracteres físicos y de sus manifestaciones individuales” (Alarcos, 2002, pp. 60-61).

“En este sentido, la dignidad no es algo que se tiene, como un elemento cuantificable, sino que es algo que se predica del ser.” (Andino, 2015, p.27). “La dignidad no se relaciona con la lógica del tener, sino con la lógica del ser” (Alarcos, 2002, pp. 60-61). Algo que nos puede orientar sobre la importancia de la salud como derecho, por más que muchas personas no cuenten con los medios para financiarla.

Así, es crucial que valores como el respeto, la solidaridad o la amabilidad estén presentes en la relación profesional de la salud – paciente. Estos valores no solo contribuyen a la construcción de una humanización, sino que aportan en el establecimiento de relaciones comunicacionales y en su fácil difusión.

El sentido de la humanización siempre estará en salvaguardar la dignidad, entendida como el respeto por la persona y su calidad de vida; por tanto, se pretende promover cambios para tener actitudes más humanas y unos comportamientos más positivos para mejorar la asistencia de la salud como derecho a los enfermos. (Andino, 2017, p.32)

3.2. Derechos fundamentales y salud en Colombia:

En cuanto a lo establecido en materia en nuestro país, históricamente la visión de la salud como derecho fundamental ha generado muchos debates, principalmente por el hecho de que la Constitución de 1991 y la posterior Ley 100 de 1993 limitan ese papel a solo un derecho (Jiménez, 2017). Es por eso que es necesario analizar el aporte que tuvo la Ley 100, pues actualmente es la normativa que rige la salud colombiana.

Esta ley se encargó en su momento de crear un sistema de salud que presentaba falencias en la atención, principalmente por lo desorganizado que era. “La reforma...estuvo basada en una premisa fundamental: todos los colombianos deberían tener acceso, sin importar su origen socioeconómico o capacidad de pago, a un paquete básico de salud” (Gaviria, 2020, párr.2)

De esta manera, con la ley 100 de 1993 nace el Sistema de Seguridad Social Integral y con este el Sistema General de Seguridad Social en Salud, del cual hacen parte las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS). También creó dos regímenes: “uno para las personas con capacidad de pago, llamado el Régimen Contributivo , y otro para las familias menos favorecidas, sin acceso a empleos formales o a una fuente estable de ingresos, llamado el Régimen Subsidiado” (Gaviria, 2020, párr.4).

“La reforma aumentó el gasto público en salud, incentivó la inversión privada y tuvo un impacto social significativo”(Gaviria, 2020, párr.5). La brecha en el uso de servicios de salud se redujo sustancialmente. Sin embargo, los 20 minutos de tiempo de consulta, los procesos, a veces complejos, para obtener una cita médica y la jerarquización de la atención nacieron allí. Aunque se logró un cierto orden con dicha ley, la corrupción, el clientelismo y la burocracia de los procesos ha debilitado el sistema y la atención prestada por las diversas entidades, especialmente las públicas.

En cuanto a la visión de derecho, “la reforma también condujo a un empoderamiento de la gente, a la consolidación de la salud como un derecho, no solo en la jurisprudencia o en la ley, sino también en la mente de las personas” (Gaviria, 2020, párr.7). Esto se debe a que la población conoce lo que el sistema de salud está en capacidad de brindarle, y en esa perspectiva es capaz de exigirlo como un derecho. No obstante, aunque esta ley y el naciente sistema proporcionaron una visión de la salud como un servicio, aún faltaba la visión como derecho fundamental.

Ante esta disyuntiva, fue la Corte Constitucional, durante varios años, la que se ha encargado de mostrar qué se entiende por salud en nuestro país, por medio de diversas sentencias.

Según este organismo, existen aparte de los derechos fundamentales la noción de “derecho fundamental por conexidad”, que abarca todos aquellos derechos que

No siendo denominados como tales (como fundamentales), en el texto constitucional, sin embargo, les es comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de forma que

si no fueran protegidos de forma inmediata los primeros, se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos. (de Currea, 2003, p.99)

Solo hasta el año 2015, a través de la ley 1751 del mismo año, se logró mirar la salud con dicho valor agregado, dando un paso enorme en la concepción que como país se tiene de la salud y abriendo puertas para que se evalúen los procesos de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y recuperación.. Dicha ley tiene como objetivo “garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección” (Ley 1751, 2015, art. 1)

De igual forma, esta ley permite que, desde la supervisión del Estado se cuente con herramientas necesarias para garantizar la humanización de la salud. El artículo 10, que habla sobre los derechos y deberes de las personas, resalta la importancia de “mantener una comunicación plena, permanente, expresa y clara con el profesional de la salud tratante” (Ley 1751, 2015, art. 10), así como también garantiza que todo el proceso de atención médica sea debidamente atendido tanto por el paciente como por los profesionales de la salud.

Sin embargo, en 2017 la Mesa Nacional por el Derecho a la Salud expresó que “el país continúa sufriendo los problemas de un sistema que más allá de leyes, requiere con urgencia voluntad política para enderezar su rumbo”, declaración que pone en manifiesto problemas como la corrupción, falta de orden burocrático o de recursos físicos en la atención en salud en nuestro país. Claramente, estos problemas son factores que afectan la atención en salud y pueden influir en la manera en que se desarrollen los procesos comunicativos médico-paciente, motivo por el cual, aunque ya es un gran avance el lograr identificar la salud como un derecho fundamental, aún son muchos los desafíos por delante para este sector.

A manera de cierre, es importante decir que el capítulo anterior nos permite introducirnos en el panorama político de la salud. Su visión legislativa da a entender cómo funciona estructuralmente nuestro sistema de salud y esta visión, a su vez, nos da cuenta de los logros logrados y los retos que aún se tienen. Esto es importante pues muestra por qué es tan complejo lograr una salud más humana, donde se valore al paciente primero, y antes que nada, como una persona y no como una cifra. Muchas veces las disfunciones comunicativas no son solo un problema de los médicos y de los pacientes, sino que simplemente hay fallos estructurales que condicionan un proceso que ya, por su misma naturaleza, es complejo.

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación:

La presente es una investigación descriptivo analítica de carácter cuantitativo, es decir, su propósito es “buscar explicación a los fenómenos estableciendo regularidades en los mismos, esto es, hallar leyes generales que explican el comportamiento social” (Monje Álvarez, 2011, p.11). Este tipo de investigación nos permite analizar a partir de datos cuantificables las visiones de los modelos de comunicación en salud, sin dejar de lado la posibilidad de analizar el por qué de los resultados a la luz de postulados académicos en torno al tema.

De igual forma, desde una investigación cuantitativa, podemos comprender características similares entre un grupo de personas, en este caso, pacientes médicos, así lo afirma MEDISAN (2019), cuando mencionan que es posible, a través de la investigación cualitativa, “conocer cómo la población y los individuos interpretan dichos procesos y, por tanto, explicar determinados comportamientos, miedos, rechazos, adhesión a personas o tratamientos, dudas y temores, satisfacción o insatisfacción, así como para estudiar las interacciones entre varias personas que tienen un papel relevante ante alguna necesidad de salud pública” (p.16-17).

Esta idea es apoyada por Corona y Maldonado (2018), quienes mencionan que “la investigación cualitativa es un producto resultante de los valores culturales y del investigador, la cual, da respuesta a los intereses individuales y colectivos de los sujetos, en base a sus creencias, vivencias e ideologías, marcando una singular particularidad de este paradigma investigativo” (p. 3). Motivo por el cual, es posible que conozcamos cómo operan los modelos de comunicación en salud en una consulta médica, con claridad, a través de este tipo de investigación.

Asimismo, “el enfoque cualitativo permite conocer, desde la perspectiva de los usuarios externos (pacientes y familias o cuidadores) o internos (profesionales, técnicos, personal de apoyo) las creencias, valores, actitudes, percepciones, opiniones y modos de vivir y actuar respecto de los servicios de salud” (MEDISAN, 2019, p.18). Característica

que permite indagar en la manera como Internet y las redes sociales han penetrado en la atención en salud, y cómo la han cambiado. Además de mirar, desde la perspectiva de los pacientes, su forma de actuar frente a las formas y maneras en que se desenvuelve la comunicación en las consultas médicas.

De igual forma, entendiendo que es poco el acercamiento que se ha dado desde la comunicación al estudio de los modelos de salud, este tipo de investigación nos permite tomar puntos específicos del espectro temático y mostrarlos tal cual se desarrollan. Al respecto, Pick de Weiss (1992) afirma: “cuando el investigador realiza este estudio, obtiene un mayor conocimiento del fenómeno en cuestión, pero sólo pretende describir las características más importantes del mismo en lo que respecta a su aparición, frecuencia y desarrollo. Es decir, el investigador sólo quiere describir el fenómeno tal como se presenta en la realidad.” (p.30).

Finalmente, es importante recolectar información que permita articular el trabajo a futuras investigaciones en el tema, pues “el problema central de la investigación descriptiva consiste en establecer criterios para la selección de los elementos que serán descritos, para recoger la información pertinente y, posteriormente, para proceder a su sistematización y presentación” (Briones, 1998, p.103). En este caso, se pretende seleccionar elementos propios de la intervención de los modelos comunicativos en la salud que orienten a futuros lectores, profesionales de la salud y de la comunicación a una comprensión sobre el tema y a su abordaje como materia de estudio.

4.2. Corpus de la investigación

4.2.1.Revisión documental: La investigación se realizó a partir de la documentación existente entre enero de 1990 y marzo de 2020, pues es un periodo de tiempo en el que se podrá profundizar en los antecedentes de las preguntas planteadas por la investigación, mirar los cambios que han tenido los modelos de comunicación en salud tras la aparición de Internet y las redes sociales, y explorar la concepción actual que tiene la población sobre este proceso comunicativo.

4.2.2 Delimitación espacial: Debido a la pandemia por Covid-19, la investigación se realizó de manera online en pacientes residentes en el país, pues garantizó mantener

mecanismos de seguridad frente a la enfermedad, a la vez que permitió indagar con claridad los cuestionamientos del trabajo.

4.2.3. Público objetivo: para esta investigación se tuvieron en cuenta dos características a la hora de escoger a la población objetivo para aplicar la investigación: primero, que las personas fueran mayores de edad; segundo, que hayan asistido a una cita médica en los últimos 6 meses. No se tuvieron en cuenta en esta etapa diferenciaciones de género, raza o estrato para aplicar las encuestas, al contrario, se buscó diversidad en dicho aspecto con el fin de buscar posibles variables en la obtención de resultados, además de que, al ser un trabajo con relativamente pocos antecedentes previos, se buscó abarcar el mayor número de variables posibles que permitieran contemplar todos los posibles elementos que facilitan o complican los procesos de comunicación en la consulta médica..

4.3. Técnicas e instrumentos

Para el desarrollo de la encuesta, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Tamaño de la población. Se definió como población accesible, a todo aquel Bogotano que en los últimos 6 meses haya usado los servicios de salud. En porcentajes, para el 2012, la cifra de Bogotanos con necesidades de servicios de salud, se situó en el 10.2 %. Teniendo en cuenta que la población actual de la ciudad se sitúa en aproximadamente 7.413.000 habitantes, la relación aproximada de personas que utilizan los servicios de salud es de 763.539 habitantes.
- b. Margen de error: Se situó en 5.6%
- c. Nivel de confianza. Se situó en 95%
- d. Las probabilidades en contra y a favor se situaron en 50% cada una.

Al operar las variables para conocer el tamaño de la muestra, se obtuvo que la encuesta diseñada deberá ser contestada por no más de 307 personas.

5. RESULTADOS Y ANÁLISIS

5.1. Resultados

La mayoría de los pacientes encuestados fueron mujeres, de estrato medio y con estudios universitarios, la alta tasa de participación femenina se puede inferir debido a que es esta población la que mayoritariamente acude al médico (**ver gráfico 1**).



El 73% de las citas médicas fueron tomadas en una EPS, seguidas por un 22.7% en prestadores particulares. Se destaca que los encuestados entre estratos 1 y 3 tuvieron mayor acceso a los servicios de EPS, mientras que a los encuestados entre estratos 5 y 6 les fue más fácil acceder a un particular.

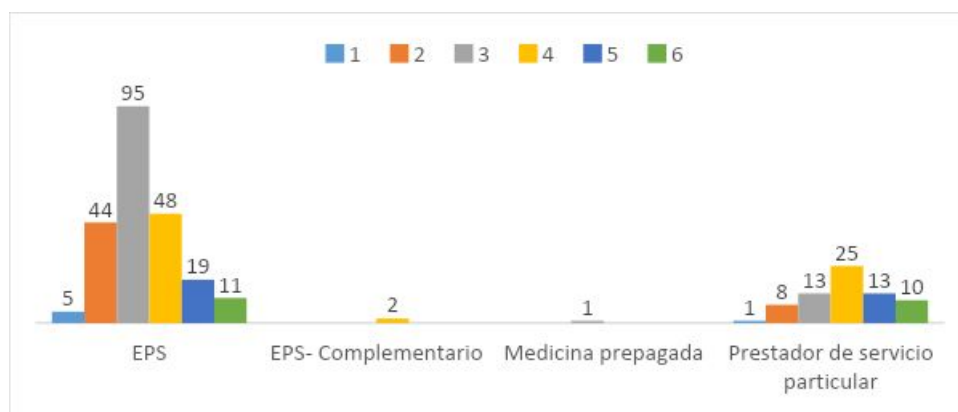


Gráfico 2: Servicio de salud tomado por estrato social.

De las 308 personas encuestadas, 157, es decir un 51% notó algo de afán en su atención- Porcentaje del cual un 12.7% menciona mucho afán en su atención. Cabe resaltar que la mayoría de las personas que notaron afán (un 33.5%), sus tiempos de consulta fueron menores a 20 minutos. Entre las personas cuyo tiempo de duración fue entre 20 y 40 minutos (132 encuestados), solo un 8.3% notó mucho afán, cifra que desciende al 5.9% en citas de más de 40 minutos.

De igual forma, el tiempo también parece influir en el nivel de detalle que los médicos tienen al suministrar atención a sus pacientes, pues solo un 39.6% de los encuestados cuyas citas duraban menos de 20 minutos, sintió que sus diagnósticos fueron explicados en su totalidad, cifra que asciende al 63.6% en las citas entre 20 y 40 minutos y al 76.5% entre citas de más de 40 minutos. De forma inversa, solo un 13.8% manifestó que no le habían explicado su diagnóstico en las citas de menos de 20 minutos, cifra que disminuye al 4.5% en las citas entre 20 y 40 minutos y no presenta ninguna inconformidad en las consultas mayores a 40 minutos.

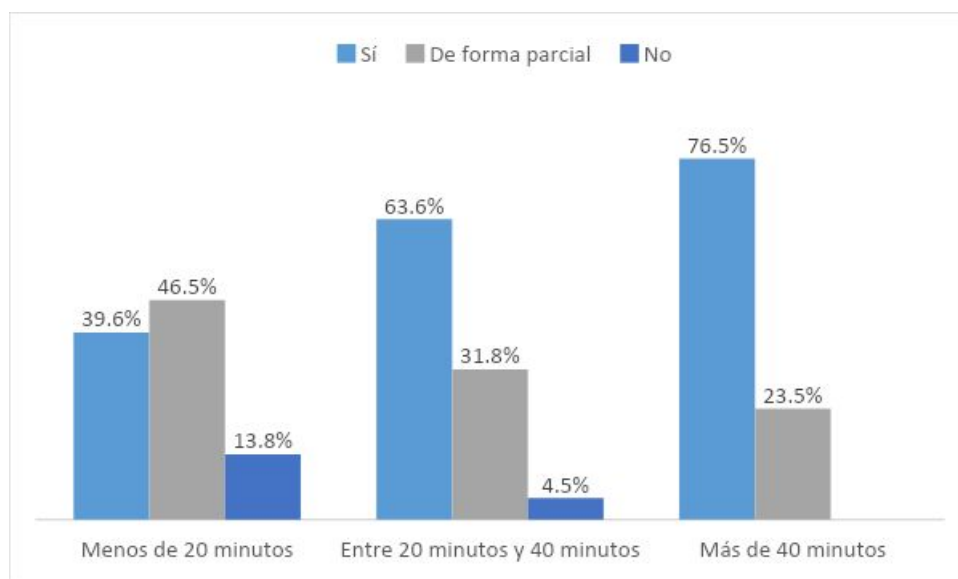


Gráfico 3: Explicación del diagnóstico según duración de la consulta

En cuanto a la búsqueda de información pre y post cita, no hubo diferencias considerables en cuanto a la relación de las búsquedas con el estrato social o el nivel de estudios, siendo las cifras muy parejas, algo que nos indica que las condiciones socioeconómicas pueden no afectar la necesidad que una persona siente o no por informarse por otros medios con respecto a su salud.

	A	B	C	D
1	Busqueda de información pre consulta			
2	Estrato social	Si	No	Total general
3	1	2,1%	1,9%	2,0%
4	2	17,7%	19,3%	18,5%
5	3	30,5%	39,8%	35,4%
6	4	28,4%	23,6%	25,8%
7	5	14,2%	8,7%	11,3%
8	6	7,1%	6,8%	7,0%
9	Total general	100,0%	100,0%	100,0%
10				

Tabla 1: Porcentaje de encuestados que buscaron información previo a su consulta

En cuanto al género, no hay mayores diferencias entre la búsqueda de información que realizan los hombres con relación a la que realizan las mujeres. Las cifras son relativamente parejas, siendo las mujeres un poco más propensas a informarse que los hombres. De igual

forma, a la hora de analizar quién tenía mayor tendencia a informarse post consulta, los porcentajes no varían mucho con respecto al pre consulta, siendo ligeramente mayor la cantidad de mujeres que se realizaron esta búsqueda, no así el número de hombres.

	A	B	C	D
1	Busqueda de información post consulta			
2	Genero	Sí	No	Total general
3	Femenino	73,3%	73,0%	73,1%
4	Masculino	26,7%	27,0%	26,9%
5	Total general	100,0%	100,0%	100,0%
6				

Tabla 2: Relación entre búsqueda de información post consulta y género

En la comparación por edades, Se encontró que había una relación inversamente proporcional entre menor edad de las personas y mayor tendencia a realizar búsqueda de síntomas previo a la consulta. Este aspecto se puede argumentar al mencionar que, generalmente, los jóvenes tienen mayor relación e incidencia con Internet y las tecnologías actuales, por lo cual es muy posible que incluso en el ámbito de la salud, busquen respuestas a través de estas herramientas.

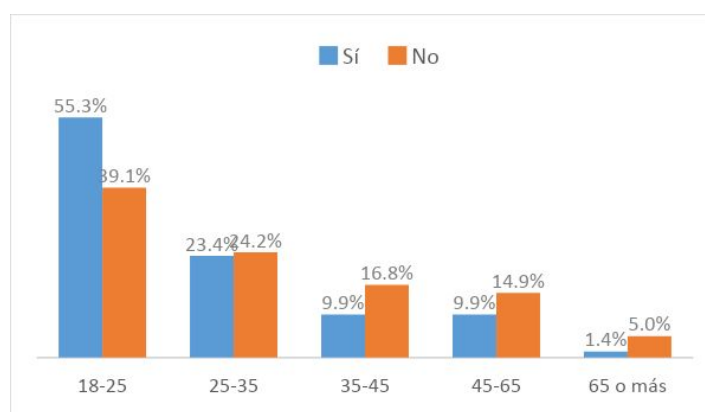


Gráfico 4: búsqueda de información pre consulta por grupos de edades

Esto se apoya también en el hecho de que el 81.6% de la información consultada antes de la consulta fue investigada en Internet, y de este porcentaje, el 79.3% de los consultantes eran personas entre los 18 y los 35 años.

Sin embargo, esta relación se altera post consulta, pues se evidencia que las personas entre los 18 y 25 años son los únicos que no aumentan la búsqueda de información, mientras

que los otros grupos de edades sí lo hacen. Esto puede ser debido al interés constante que pueden mantener estas poblaciones sobre su salud, interés que no se vería igual de reflejado en las poblaciones más jóvenes.

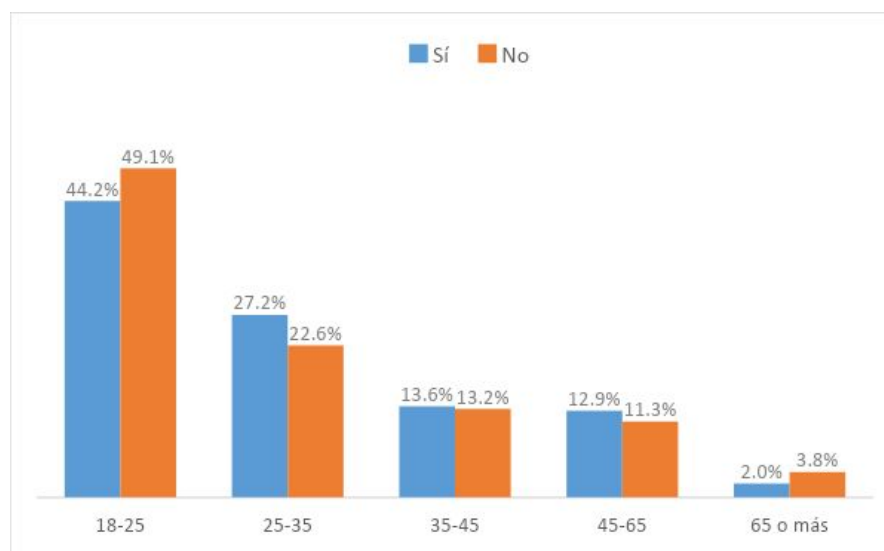
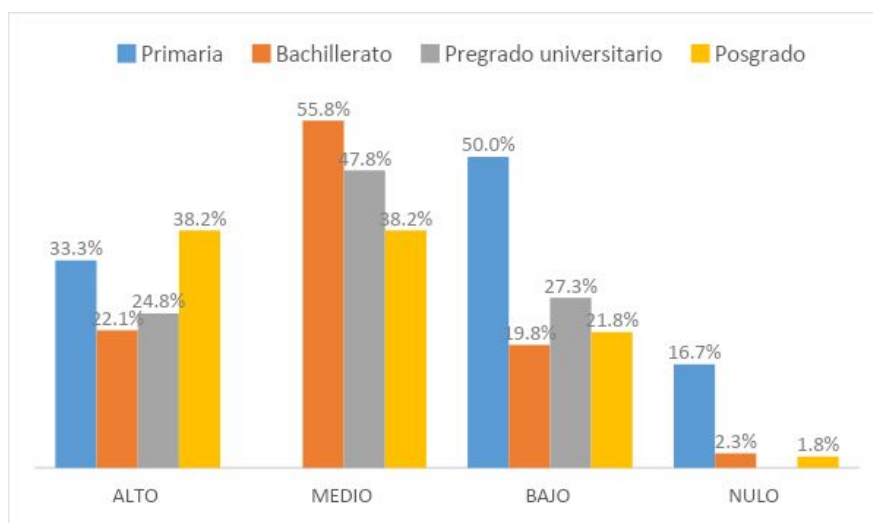


Gráfico 5: búsqueda de información post consulta por grupos de edades

De igual manera, es interesante resaltar que las redes sociales tienen poca predilección entre los consultantes de información tanto en la pre consulta como en el post. Siendo solo una persona, del total encuestado, la que asegura consultarlas. De igual forma, se encontró que la pregunta a amigos o familiares sigue siendo una opción para indagar sobre problemas de salud.

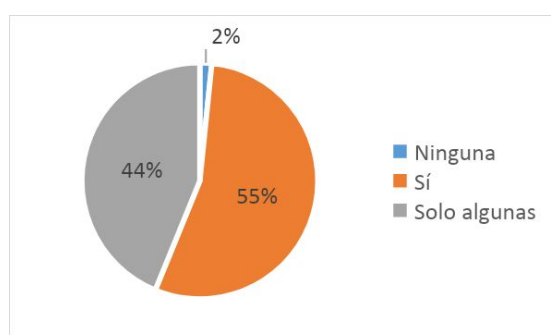
En la observación de los niveles de participación, se observó una relación directamente proporcional entre el nivel de estudio y una mayor participación en la consulta médica. Razón por la cual se puede concluir que a mayor nivel de estudio, más son las chances de que el paciente participe activamente en la consulta, esto sin tener en cuenta la actitud o postura de si médico. No se observaron mayores diferencias a nivel de sexo, o estrato social donde los niveles de participación son relativamente parejos entre los encuestados.



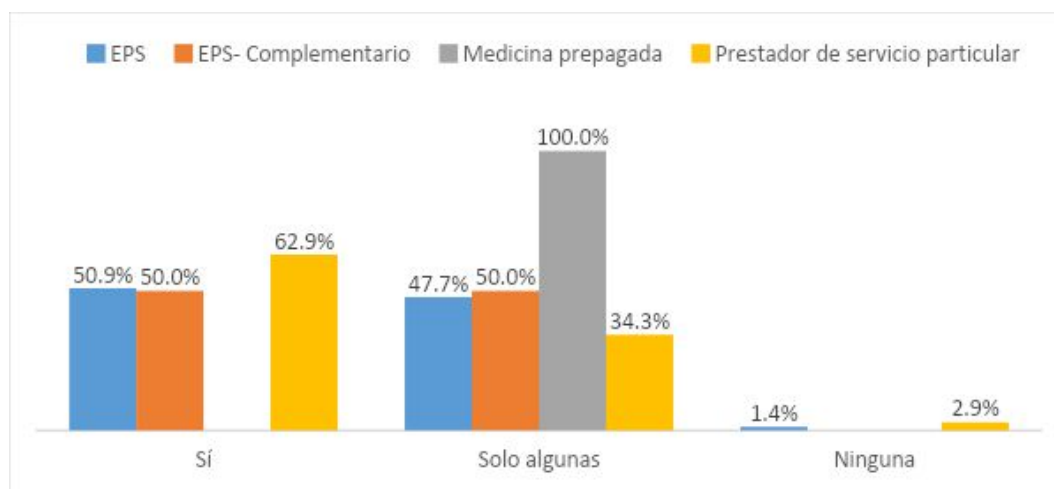
Gráfica 6: Nivel de participación por nivel de estudios

De igual forma, del 26% de los encuestados que respondieron que su nivel de participación fue bajo o nulo, se encontró que la gran mayoría (un 41,3%) eran personas entre los 18 y los 25 años. Igualmente esta cifra iba descendiendo a medida que aumentaba la edad, siendo las personas de 45 años o más las que manifestaron no tener mejores niveles de participación en sus citas médicas.

Al observar los niveles de satisfacción, se evidencia que si bien sólo un 2% de los consultados manifestó que no se resolvieron sus motivos de consulta médica, un 44% mencionó que solo se resolvieron de manera parcial. Al analizar los motivos, se encontró que todos los servicios indagados tenían similares porcentajes de satisfacción media, siendo el más alto el de la medicina prepagada y el más bajo el de los servicios particulares.

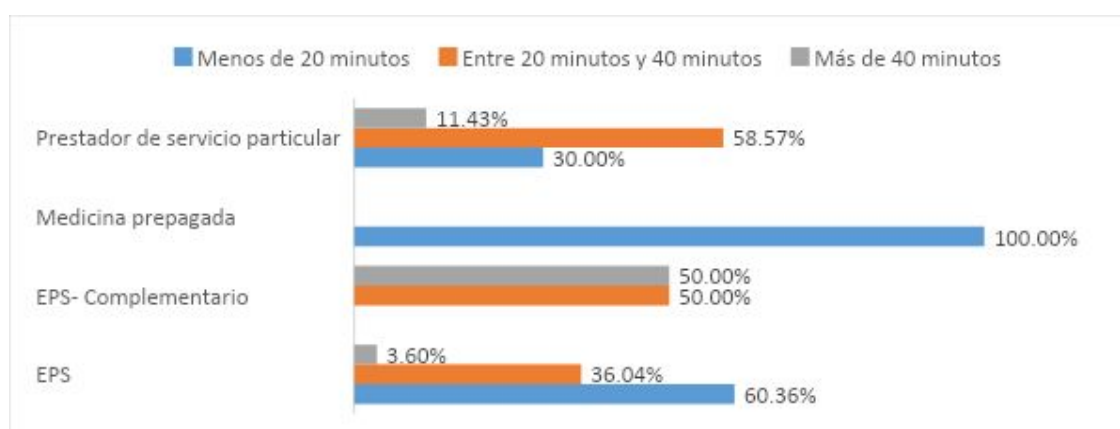


Gráfica 7: Satisfacción de motivos de consulta



Gráfica 8: Porcentaje de satisfacción dependiendo el tipo de servicio

Al indagar sobre las posibles causas, nuevamente parece indicar que el tiempo es un factor clave, pues la mayor parte de las citas cuyas inquietudes fueron respondidas parcialmente, tenían una duración menor a 20 minutos en todos los prestadores de servicio, cifra que se incrementó en EPS.



Gráfica 9: Duración de las citas médicas según el tipo de servicio

De igual forma, también la encuesta arrojó que entre mayor era la percepción de afán por parte del paciente hacia el profesional de la salud, mayor número de veces hubo una satisfacción parcial frente a la solución de los motivos de consulta.

Esto claramente nos indica que los pacientes evidencian que, en efecto, el tiempo de consulta limitado es una constante que afecta la atención que reciben, y que muchas veces hace que no todas las dudas con las que entran al consultorio sean resueltas.



Gráfica 10: Relación entre satisfacción y percepción de afán en el profesional médico

Cabe resaltar que el 81% de los encuestados manifestó que su médico explicó debidamente las palabras o términos que no conocía. Del 19% que no lo hizo, uno de los factores que sigue siendo clave es el tiempo, pues de ese porcentaje, el 73% de los encuestados mencionan que sintieron algún tipo de afán en la atención prestada. Un aspecto que es común que se suele olvidar, pues dentro de la urgencia, muchas veces, del médico por ponerse al día en su agenda, se puede olvidar estos detalles que, en definitiva, son cruciales a la hora de la atención.

A la par, los encuestados manifestados que, una vez realizada la evaluación médica, solo al 52% se le explicó claramente qué le sucedía, cifra que desciende al 39,6% en citas de duración menor a 20 minutos, y aumenta hasta el 76.5% en citas de más de 40 minutos.

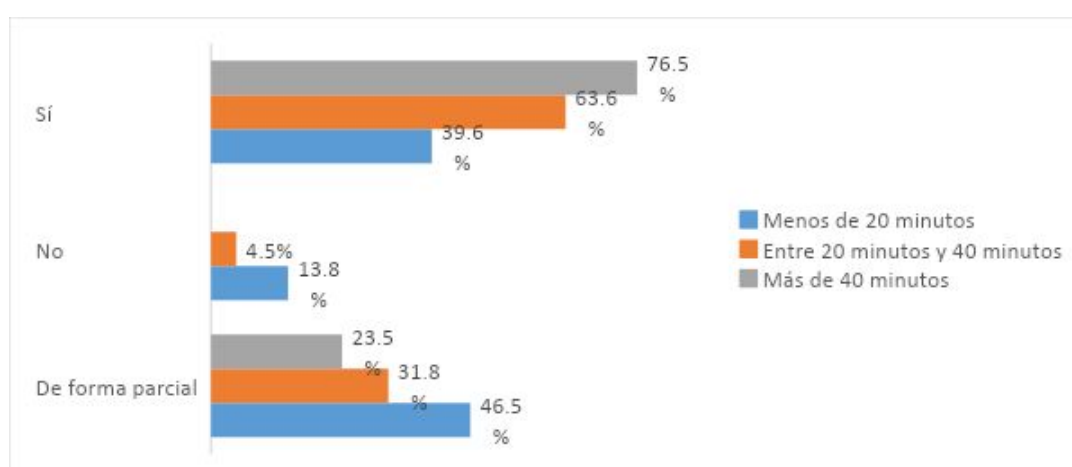


Gráfico 11: Postura del médico frente a su paciente y capacidad de comprensión de términos desconocidos

De igual forma, el 72% de las personas manifestó entender dichos términos, una cifra que aumenta si el paciente evidencia una actitud autoritaria o comprensiva en su doctor (74% y 80% respectivamente), y que disminuye al 51% cuando esta actitud es indiferente. Esto nos da claras señales de que lo importante que es tener un médico atento a las necesidades de su paciente para lograr que este se sienta bien relacionado con la consulta y con su diagnóstico.

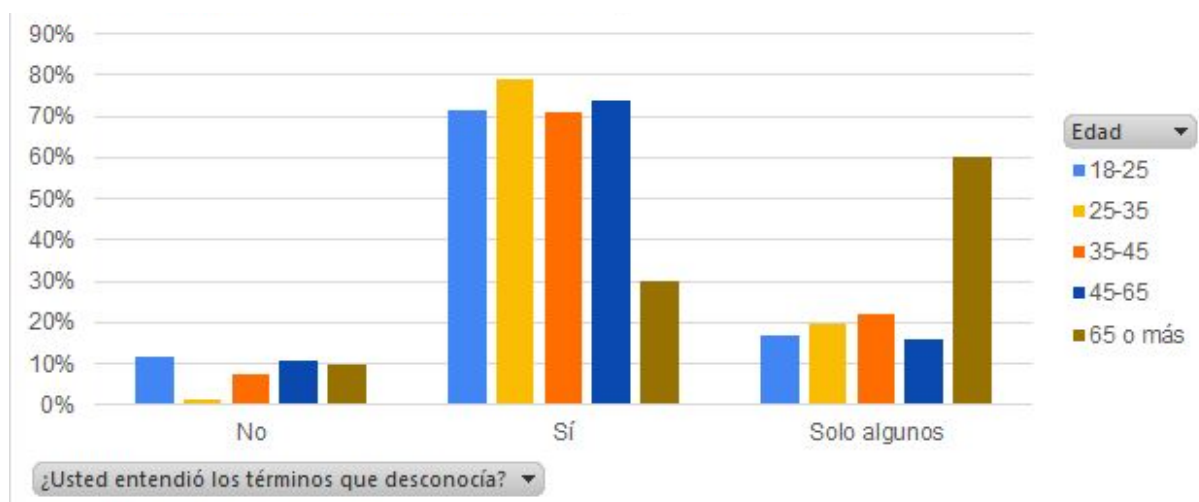


Gráfico 12: Capacidad de comprensión de términos desconocidos según grupos de edades

La población de 60 años o más fue la que más dificultades para entender los términos médicos tuvo, con un 60%. De igual forma, estas dificultades, que no superaron el 20% del total de la población, se sitúan mayoritariamente en los estratos 1 y 6.



Gráfico 13: Capacidad de comprensión de términos desconocidos según estrato social

En cuanto al nivel educativo, se evidenció que, a mayor nivel de estudios, más fácil resultó para los entrevistados tratar de comunicar sus síntomas con el médico, esto, puede deberse al vasto vocabulario que se va adquiriendo con los niveles educativos y que, en cierta manera, puede favorecer la asociación de términos con síntomas presentados.

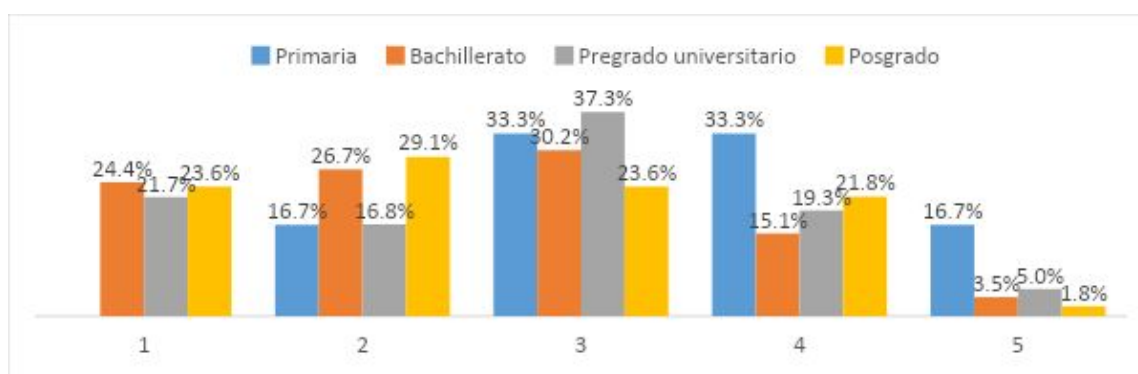


Gráfico 14: Dificultad para comunicar los síntomas al médico, siendo 1 menos difícil y 5 muy difícil.

Es importante mencionar que, con respecto a las personas que buscaron información antes de su cita médica, los datos arrojaron que a estas personas les fue más difícil tratar de comunicar sus síntomas, en comparación a los que no lo hicieron.

Busqueda de información pre consulta		Etiquetas de columna		
Difiucltad para comunicar sus síntomas	Sí			Total general
		No		
1		22	44	66
2		37	28	65
3		52	48	100
4		22	36	58
5		8	5	13
Total general		141	161	302

Tabla 3: Relación entre búsqueda de información pre consulta y dificultad para comunicar síntomas

En cuanto al nivel de participación, los datos arrojaron que los hombres tienen tendencia a ser más participativos que las mujeres en las consultas, y por su parte, los estratos medios (3 y 4) son los que mayor nivel de participación tienen. De igual forma, estos niveles de participación, eran mucho más altos cuando el médico no denotaba afán a la hora de realizar la consulta, e igualmente elevados cuando el profesional de la salud denotaba empatía

frente al paciente, contrario a si denotaba indiferencia. Desde aquí observamos que la eficacia en la transmisión de información entre el paciente o el médico no solamente está enfocada en la facilidad que se tenga para contar unos síntomas, sino que también hay aspectos propios de las cualidades del médico que influyen en ello, las condiciones sociales o el acceso a herramientas de información.

¿Se resolvieron los motivos de consulta?	Etiquetas d			
Etiquetas de fila	Mucho	Un poco	Nada	Total general
Sí	21%	36%	78%	55%
Solo algunas	74%	63%	21%	44%
Ninguna	5%	2%	1%	2%
Total general	100%	100%	100%	100%

Tabla 4: Relación entre sensación de afán en el médico y resolución de los motivos de consulta

Con respecto a la facilidad con que los encuestados comprendían la información suministrada por sus médicos, se evidencia que el nivel de estrato social es directamente proporcional con la facilidad que tiene una persona de comprender la información que recibe, siendo los estratos 1 y 2 los que mayores inconvenientes tuvieron. De igual forma, los pacientes cuya mención de que la actitud de su médico era mayoritariamente autoritaria tuvieron mayores problemas para comprender dicha información con respecto a los que clasificaron a su doctor como indiferente o comprensivo.

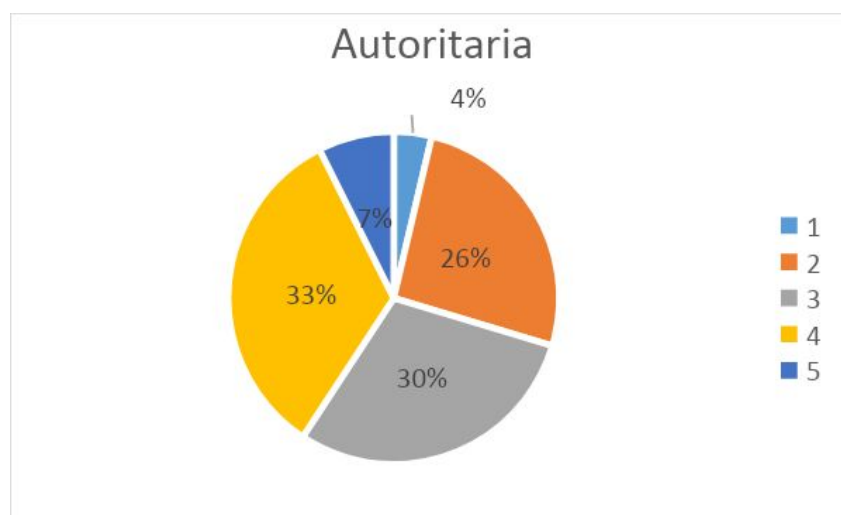


Gráfico 15: Dificultad para comprender la información del médico, siendo 1 muy difícil y 5 muy fácil.

En cuanto a la visión de Internet y las TICs, en general, los encuestados consideran que Internet es medianamente útil a la hora de indagar sobre su salud. Los adultos de 65 años o más son los que menos ven la utilidad de estas herramientas. Seguido, contrario a lo que se podría pensar, por jóvenes entre 18 y 35 años que son los que marcan la tendencia al calificar dichas herramientas como medianamente útiles en su mayoría. Son los adultos entre los 35 y 65 años los que ven que pueden sacar mayores provechos de esta tecnología calificandola, mayoritariamente, de muy útil.

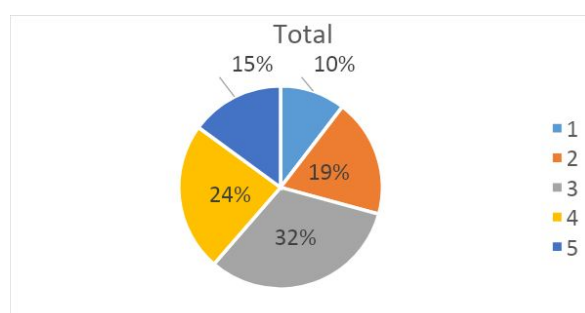


Gráfico 16: Percepción de la utilidad de Internet/redes sociales como herramienta de búsqueda en salud, en una escala de 1 (poco útil) a 5 (muy útil).

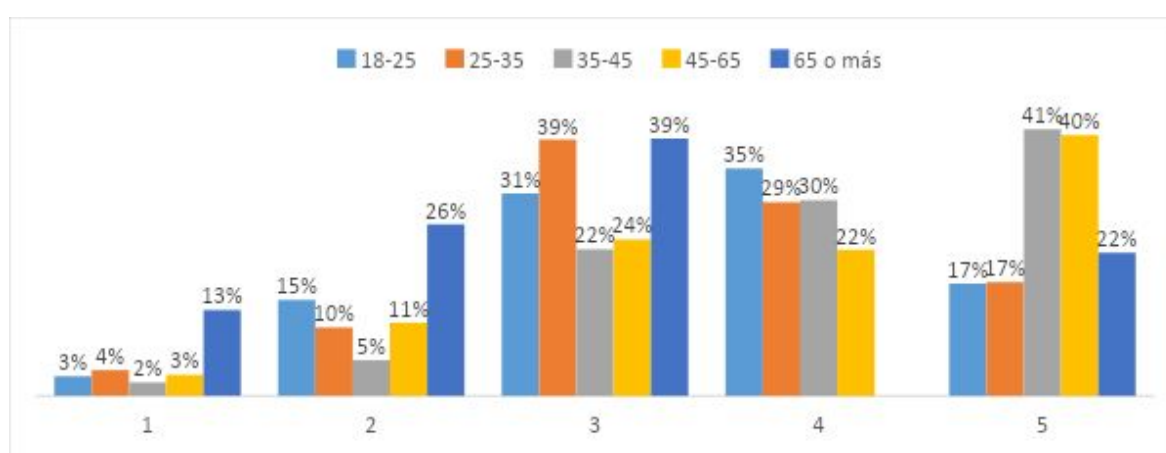


Gráfico 17: Percepción de la utilidad de Internet/redes sociales como herramienta de búsqueda en salud, relacionada con la edad, en una escala de 1 (poco útil) a 5 (muy útil).

De igual forma, la relación con la formación académica permitió evidenciar que a medida que aumenta la educación, disminuye la visión de las herramientas en cuestión como algo poco útil. Sin embargo, son parejos los porcentajes que muestran que, independientemente del nivel de estudio, Internet y las redes sociales son herramientas medianamente útiles. De aquí, podemos intuir que cada vez es más el conocimiento que tienen las personas no solo en el uso de estas herramientas, sino en sus ventajas y desventajas, de las cuales, en un tema como la salud personal, se busca ser un poco más precavido.

Al evaluar la empatía, los médicos de servicios particulares fueron calificados como más empáticos con relación a los médicos de EPS. A la par, de las consultas cuya duración era menor a 20 minutos, un 21% de los médicos fueron calificados con baja empatía, en las consultas de entre 20 y 40 minutos, esta calificación llegó a un 11% de los galenos, mientras que ninguno de los presentaron un servicio mayor a 40 minutos la obtuvo.

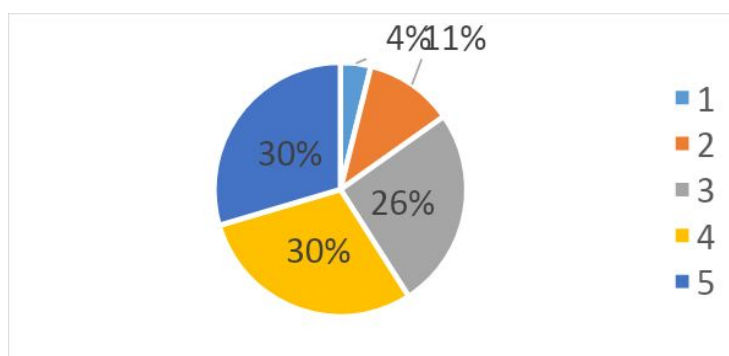


Gráfico 18: Nivel de empatía por parte de los doctores, donde 1 es muy baja, y 5 es muy alta.

También, se encontró una relación directamente proporcional entre una mejor calificación de empatía y un nivel de participación alto por parte del paciente. Esto puede deberse al papel humanizante que se va gestando a través de las conversaciones en la cita médica, que permite que tanto paciente se identifique con los objetivos de su médico, como el doctor entienda el padecimiento de su paciente.

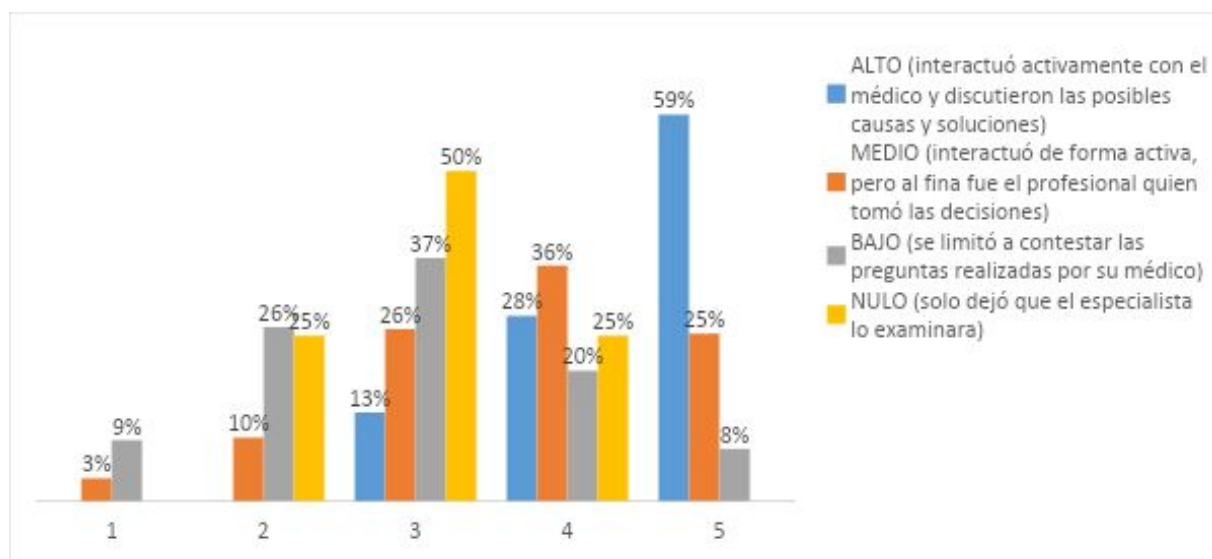


Gráfico 19: Nivel de empatía por parte de los doctores con relación al grado de participación de los pacientes en la consulta, donde 1 es muy baja, y 5 es muy alta.

Finalmente, a la pregunta sobre si repetirían una cita médica con ese profesional, los encuestados en un 64% dijeron que sí, un 23% tal vez y solo un 13% no lo harían. Al relacionar estos datos con la visión humana que tienen de los profesionales de la salud, se observó que de ese 13% que dijo no, un 79% habían calificado a su médico como indiferente, rasgo que claramente aleja al profesional de la empatía. De igual forma, solo 20% de los que calificaron a su médico como indiferente lo volvería a ver en consulta, rasgo que se dispara al 82% cuando el médico es descrito como comprensivo y se mantiene en el 48% cuando es autoritario. De igual forma, hay una relación directa entre la explicación detallada del diagnóstico al paciente y su entendimiento con la idea de volver a tener una cita con ese profesional; entre mejor fue la relación entre explicación y entendimiento, un mayor porcentaje de los encuestados estaría dispuesto a repetir consulta.

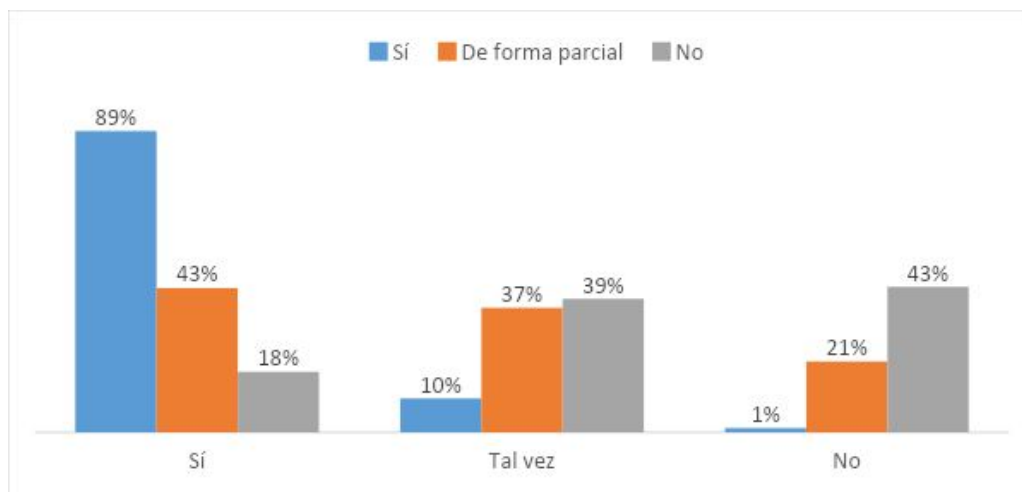


Gráfico 20: Relación entre nivel de explicación del diagnóstico (sí/ de forma parcial / no) y posibilidad de repetir cita con el mismo especialista.

Estas características claramente muestran que a los pacientes prefieren que el médico sea el que tome la batuta todo el tiempo o que los deje interactuar de forma limitada siempre y cuando sientan que el profesional los acompaña en el proceso.

5.2. Discusión y análisis

A continuación, a partir de los datos obtenidos, se procederá a hacer un análisis a la luz de diversas categorías que involucran los procesos de comunicación en las consultas médicas. Las percepciones dadas a partir de los resultados de la encuesta serán apoyados en postulados teóricos de varios autores que sirven como fundamento para justificar las conclusiones que se puedan obtener.

5.2.1. El tiempo de la consulta y su influencia en el desarrollo de una comunicación efectiva

Un primer aspecto que ponen en manifiesto los resultados de las encuestas, es el papel central que juega el tiempo de consulta en su éxito o posible fracaso. Según el artículo 97 de la resolución 5261 de 1994, la duración de la consulta médica por medicina general no puede ser menor a 20 minutos. En ese tiempo, el galeno debe tomar los signos vitales del paciente, preguntarle su motivo de consulta, analizar al paciente, llenar la historia médica, explicar el

posible diagnóstico, formular un tratamiento, explicar dicho tratamiento y asegurarle al paciente que debe cumplirlo para que mejore. Sin embargo, un 51.65% de las personas encuestadas manifestó que la duración de su atención había sido menor a ese plazo.

Según cuenta Bellón (citado por Cófreces et al., 1970) está demostrado que:

La menor duración de las consultas se relaciona con una mayor prescripción de medicación sintomática; mayor número de derivaciones; menor posibilidad de que el paciente haga preguntas o exprese sus opiniones; menor información por parte del médico de diagnósticos y tratamientos; menos consejos preventivos; peor satisfacción del paciente y del médico; y un aumento de la repetición de visitas de los enfermos. (p. 25)

No es muy difícil darse cuenta que muchas veces esos 20 minutos no son suficientes. Pero es lo que hay. Y si bien el médico debe garantizar una atención de calidad a su paciente, a la vez es consciente que tras ese enfermo, hay 20 más (y generalmente son más) que requieren igual atención, cuidados y que todo lo nombrado anteriormente sea cumplido. Además, las agendas de los médicos generales suelen estar llenas día a día, por lo cual atrasarse en una consulta implicar atrasar todo un día de trabajo. Por ello, desde su perspectiva, es entendible por qué a veces se toman menos tiempo o tratan de acelerar las consultas lo más posible.

Este trabajo no busca tomar postura ni justificar las acciones de los médicos o de los pacientes, pero sí es necesario mencionar el contexto en el que se desarrollan sus actividades para generar un mejor entendimiento de la situación en cuestión.

Entendido esto, es necesario decir que si bien los médicos trabajan contra reloj muchas veces, esto tampoco puede ser un sinónimo de descuido sobre las necesidades básicas del paciente, en especial las comunicacionales, que muchas veces hacen creer que la parte humana del médico se ha perdido. Hoy se sabe que esos 20 minutos o menos ya no son una excusa, y que un médico puede explicar a su paciente lo que desconoce mientras se abotona la chaqueta antes de irse o en el momento en que está firmando algunos documentos (Quevedo y Mendoza, 1997). El asunto está en hallar la manera de hacerlo, valiéndose de las condiciones propias de las consultas.

En este sentido, también es comprensible que el paciente note afán en su médico, así como lo tiene un abogado cuando va tarde a su trabajo o un arquitecto cuando no ha acabado los planos que necesita entregar. Todos tenemos afán en nuestras labores. Es algo que el mundo actual ha naturalizado y que debido a las velocidades astronómicas con las que el mundo se mueve, lamentablemente, lo vemos como algo normal. Dado ello, que las personas de tiempos cortos de consulta notaran más afán en sus médicos es algo que nos sorprende pero que preocupa. Pues el arte de la práctica médica, las consultas y el diagnóstico requieren tiempo y dedicación, así como la necesita un pintor en sus lienzos o un escritor en sus poemas. “El arte del diagnóstico puede requerir diez minutos, dos horas o varios días según la complejidad del caso” (Halabe-Cherem & Hamui-Sutton, 2018, p. 620).

Lo que sí es cuestionable es que gran parte de las personas cuya cita fue corta (60%), no salieran del consultorio con un diagnóstico claro. Ese 40% habla en voz alta al decirnos que en efecto es posible que un médico explique a su paciente con detalle lo que le sucede, y que Quevedo y Mendoza pueden tener razón cuando exponen que el tiempo solo es una excusa.

Para Martínez-León (citado en Sánchez-Angarita, 2017) el aumento del número de consultas “redujo de manera drástica el tiempo ofrecido a cada paciente e impulsó el pluriempleo; se cambió calidad por cantidad, pues la consulta es el eslabón fundamental de la actividad asistencial del médico”.

Y en efecto, los encuestados dan cuenta de este cambio, pues en respuestas abiertas recogidas en la encuesta se encontró que se reprochaba la indiferencia con la que se sintieron atendidos:

“Que el médico el 90% del tiempo de la consulta se limita a llenar todos los requerimientos de los formatos que tiene que llenar, haciendo repetitivo el proceso además que cortante. Quitándole importancia al motivo de mi consulta”; “La rapidez con la que el médico debe trabajar en las consultas y el poco tiempo para el examen físico. Médico chofer de carrera” “Con médicos generales, la falta de tiempo para la consulta y por tanto, la falta de comunicación bilateral”

A la par, hay pacientes que son conscientes de esta situación: *“en muchos casos los doctores están estresados por tantos casos que atienden y puede que les genere una leve indiferencia”*.

No hay dudas de que la encuesta sirve para exponer que la falta de tiempo de consulta influye directamente en la calidad del encuentro. Sin embargo, el peor pecado que se comete aquí es el normalizar esta práctica y con ello, dificultar la ejecución de mecanismos de cambio.

Médicos y pacientes se han acostumbrado a consultas de una brevedad extrema, situación que daña a ambas partes: el médico responsable sabe que está menoscabando su profesión y exponiéndose a cometer errores (17), mientras que el paciente no se siente contento y tiene muchas veces la certeza de no haber sido evaluado de forma correcta. Ambos, en definitiva, son víctimas de un sistema perverso que ha reemplazado conceptualmente al binomio médico-paciente por el de prestador-cliente. (Sánchez-Angarita, 2017, p. 643)

Claramente esta situación está exponiendo un problema en la comunicación, pues ninguno de los dos interlocutores está haciendo frente a una situación externa que está perjudicando la transmisión de la información. Y si bien un problema de raíz son las condiciones del sistema médico, esto no implica que no haya nada por hacer, pues como se ha visto antes, el tiempo puede pasar a segundo plano si el médico encuentra estrategias para hacerlo.

De igual forma, recordemos que la comunicación es un proceso bidireccional, y el paciente también debe aportar en él si quiere que sea exitoso. No todo se limita a quejarse o a salir de la consulta con la insatisfacción de un servicio mal prestado. El paciente, hoy por hoy, tiene un rol más predominante en la consulta y está muchas veces en capacidad de hacerlo valer cuando se enfrenta a ella. La mejora en la calidad de la relación con la que médicos y pacientes abordan la consulta también depende de ellos.

5.2.2. Internet, medios y consultas, una relación aún por gestar

Nadie puede negar que Internet, hoy por hoy, está marcando la brecha en nuestras actividades diarias. Es por eso, que no es de extrañar que sea la opción más elegida para consultar temas sobre salud personal. Su fácil acceso, costo relativamente bajo y alta incidencia hacen que parezca difícil de entender por qué todavía un 54% de los encuestados no accede a realizar búsqueda de información previa a la cita.

El hecho de que este porcentaje aún no sea tan alto ratifica que el médico sigue siendo la principal fuente de información para los pacientes, pero Internet sigue ganado popularidad entre la población (Cruz Aguilar, 2016). Este hecho, de entrada implica varios riesgos, siendo el principal que muchas veces la información consultada no es correcta o no se relaciona con los síntomas del paciente. Por ese motivo, el rol del paciente que acude a estas herramientas, se ahonda cuando se afirma que es él quien debe depurar esa información y establecer criterios que le indiquen que lo que está consumiendo es relevante para su consulta.

Una primera gran depuración puede ser el hecho que, dentro de todas páginas web, blogs, bases de datos, artículos y demás información que tiene Internet, las redes sociales aún no son vistas como una fuente fiable para informarse en salud. Y menciono que es una depuración pues este resultado de la encuesta habla de la capacidad que tienen las personas para entender que Facebook, WhatsApp, Twitter o cualquier otra no muchas veces son los lugares más confiables para informarse, y que muchas veces lo que allí se lee puede hacer más mal que bien

Por otro lado, no es sorpresa que los jóvenes sean quienes más acuden a Internet a realizar búsquedas en salud, pues tienen mayor relación e incidencia con este medio de comunicación y en general las TICs, por lo cual es muy posible que incluso en el ámbito de la salud, busquen respuestas a través de estas herramientas. Esta relación se altera post consulta, pues aquí ya son mayoría las personas de mediana edad las que realizan la búsqueda en comparación con los jóvenes, esto se puede deber a que son estas poblaciones las que demuestran mayor interés por monitorear su estado de salud, algo que generalmente no sucede con los jóvenes.

De igual forma, la relación directa entre nivel educativo, uso de Internet y mejor relación verbal en la consulta médica nos hablan de cómo el buen uso de las TICs pueden aportar en los proceso de comunicación. Esto ratifica lo dicho por Peñafiel-Saiz et al. (2017), cuando afirma que “cuanto menor es el nivel educativo, menor es el uso, menor es la capacitación percibida y mayor es la distancia respecto al uso en cualquiera de sus potenciales aprovechamientos” (p.1320)

Se observa que Internet es una herramienta que tiene la capacidad de nutrir la comunicación en las consultas médicas, que puede hacer del papel del paciente algo más activo y que aporta en la consolidación de las consultas médicas como fuentes efectivas de transmisión de la información, así como en el entendimiento del diagnóstico por parte del paciente. Esto, siempre y cuando haya una correcta utilización que depure el contenido que puede ser contraproducente en su uso.

5.2.3. Del lenguaje a la empatía: la visión del humanismo médico

El lenguaje es la base de todo proceso comunicativo, así como su principal aliado. Sin embargo, cuando dos personas no comparten un lenguaje (como sucede con personas de diferentes regiones del mundo), por naturaleza del proceso, es difícil que puedan llevar a cabo una transmisión de información efectiva y, generalmente, son más las complicaciones que las ventajas.

Esto mismo suele suceder en las consultas médicas. En especial cuando el médico habla con su paciente en términos que el último desconoce. Es un problema que se acrecienta si la interacción entre ambos actores es limitada y que si bien puede tener efectos negativos cuando el receptor no interpreta lo que se le quiere decir, puede tener efectos aún peores cuando interpreta algo totalmente diferente.

En las encuestas, muchos pacientes dejaron manifestado este problema,

“Muchas veces los médicos usan lenguaje demasiado técnico, por lo que en muchos caso queremos tomarlo e intentar hacer que nos entiendan, pero no lo logramos”; “la dificultad en comunicarse radica en muchos tecnicismos y a veces poco interés o empática con los pacientes, quizás por la misma cantidad de consultas”; “no manejar

un lenguaje especializado en términos médicos, también muchas veces no sabemos cómo se llama determinada parte del cuerpo”.

Pero de plano, también se evidencia que el proceso es recíproco, y que si bien el paciente tiene problemas para entender los tecnicismos con los que habla el médico, también se puede dar el caso en el que el médico tenga problemas para entender los vocablos con los que habla el paciente. Esto sucede generalmente cuando el paciente describe sus síntomas, pues la falta de conocimiento anatómico, el no saber cómo se nombra un síntoma o la simple dificultad natural que implica explicar un proceso que es extraño en el cuerpo de una persona, son factores que indican que las falencias en la comunicación vienen de ambas partes.

Sin embargo, no todo se limita a que uno llame “soponcio” y el otro “síncope” a un desmayo, el asunto se complica cuando se genera distanciamiento entre el paciente y su doctor. Como se evidencio en las encuestas cuando los pacientes referían indiferencia en el trato de sus médicos hacía con ellos, muchos de los cuales, a la par, alegaban problemas para tratar de comunicarse.

Allí es donde Marthalucía Tamayo (1999) enfoca el problema y su solución, pues según ella, “todo se podría resolver si la gente sencillamente aprendiera a comunicarse; y entiendo por comunicarse, no sólo hablar ni mucho menos hablar solo, sino oír, porque la cuestión es recíproca y de doble vía como en las autopistas” (p. 14).

Este reto grande que supone el lenguaje, hay que sumárselo a las limitantes anteriores expuestas por el poco tiempo de consulta. Además de otras nuevas como la dificultad para mantenerse predispuesto a atender la consulta en pacientes mayores de 60 años. Sin embargo, lo que converge en todas las dificultades que se puedan tener es lo importante que es tener un médico atento a las necesidades de su paciente para lograr que este se sienta bien relacionado con la consulta y con su diagnóstico. Es este factor humano el que mejora el proceso de comunicación y a la par facilita la consulta.

Desde aquí observamos que la eficacia en la transmisión de información entre el paciente o el médico no solamente está enfocada en la facilidad que se tenga para contar unos síntomas, sino que también hay aspectos propios de las condiciones psicosociales tanto del

médico como del paciente que influyen en ello, como el acceso a herramientas de información.

Otro aspecto que contribuye a mejorar el entendimiento del lenguaje médico es el nivel educativo. Esto puede deberse al vasto vocabulario que se va adquiriendo con los niveles educativos y que, en cierta manera, puede favorecer la asociación de términos con síntomas presentados.

Esta dificultad por contar lo que sucedía en sus cuerpos, también fue dejada en evidencia por los encuestados en los siguientes testimonios, cuando se les preguntó acerca de la mayor dificultad que presentaron en la consulta: *“No saber explicar lo que pasa en mi cuerpo”*; *“no saber explicar muy bien los síntomas y si el médico me entiende lo que siento”*; *“no saber expresar bien lo que me pasaba”*.

Claramente, los resultados de la encuesta permiten afirmar que las dificultades del lenguaje no se limitan a los tecnicismos médicos, sino que abarcan aspectos tan esenciales como poder diferenciar un dolor en el abdomen que el paciente no sabe qué parte del cuerpo lo está causando.

Los fundamentos para la solución a este problema se encuentran en las bases que, debe tener una buena entrevista: *“la conducción de una entrevista relajada, con tono de voz normal y dentro de un marco de confianza e interés por las expresiones del entrevistado, unida a un lenguaje en común”* (Monje Álvarez, 2011, p. 151).

Esto debido a que es imposible que el paciente se ponga en los mismos términos lingüísticos del médico, pues estos pertenecen a un lenguaje especializado del cual el paciente necesariamente no hace parte. Sin embargo, es mucho más probable que el médico conozca los términos con los que el paciente se desenvuelve, pues pertenecen a un contexto cultural y social del cual el médico puede hacer parte.

Es por eso que se puede decir que el éxito en la solución de este aspecto recae en el médico. Y por ello se insiste tanto en la importancia que le deben dar a *“usar lenguaje sencillo, asertivo y comprensible”* (Martínez y Ibañez, 2012, p. 162), como hilo conductor de un proceso comunicativo que con estas características puede ser más llevadero.

No obstante, como se mencionó, este no es el único aspecto que mejora el proceso, una clave del éxito es una cualidad que toda consulta debe tener: la empatía. No quiero hablar de que el médico deba ponerse en los zapatos del paciente porque ya quedó claro que ambos juegan roles muy distintos y los deben conservar. Quiero hablar de que, dentro del rol del médico, es indispensable que sienta comprensión por la situación que vive el paciente, partiendo de la base que si está allí es porque está enfermo.

Los pacientes y sus familias requieren algo más que un diagnóstico correcto y un tratamiento eficaz. Necesitan apertura y honestidad, ser escuchados, sentirse apoyados y estimulados, comprendidos y respetados en su autonomía, en su pudor, percibir que se les trata con justicia y no sentirse rechazados. (Santana Mondragón, 2017, p. 505)

Desde este acompañamiento, el paciente ya empieza su proceso de recuperación, pues mentalmente está dispuesto a compartir sus dolencias con alguien que puede entenderlas. ¿Pero por qué es relevante la empatía en los procesos de comunicación? La respuesta es simple, la empatía es una herramienta que amplía el canal de flujo de información y hace que todo el proceso comunicativo sea más sencillo. Un ambiente menos tenso, unas palabras más cordiales, un médico más comprensivo, un chiste que saca una sonrisa. Todos esos son aspectos que pueden ayudar a mejorar la comunicación, y que, sin dudas, generan mejoras también en la concepción que el paciente tiene de su enfermedad.

Sin embargo, al igual que con el lenguaje, empatía debe ser recíproca, el paciente también está en el deber de entender que no es la única persona enferma en el mundo, ni que el médico está en capacidad de satisfacer todas sus necesidades. Los médicos son humanos y también fallan, también se cansan, tienen dudas, etcétera. El paciente también puede aplicar la empatía, quizás bajo la idea de aportar un poco de lo que va a recibir.

A su vez, las encuestas mostraron que en la medida que el médico es más empático, mayor fue la participación del paciente en la consulta, algo que nos habla del papel humanizante que se va gestando a través de las conversaciones en la cita médica. Que permite tanto al paciente identificarse con los objetivos de su médico, como al doctor entender el padecimiento de su paciente. Además, este rasgo nos dice que, en dado caso de que la empatía

no sea establecida por el paciente, el médico si debe tener la capacidad de mostrarla y establecerla, a fin de garantizar una buena consulta médica.

Los siguientes comentarios, evidencian la falta de empatía en la consulta médica,

*“Fui para que me revisara porque tengo trastornos alimenticios, Le parecía que mi problema era una bobada mía y que no le hiciera caso a los comentarios de la gente”;
“(Falta de) comprensión y explicación de lo que realmente le pasa a mi cuerpo en relación con mi enfermedad”.*

Todas las características mencionadas anteriormente, hacen parte de una concepción mucho más amplia, que es la búsqueda de la humanización en el campo médico:

Como toda relación interhumana implica, en último término, actitudes de solidaridad al que necesita ayuda, pero especialmente trascendente, puesto que la enfermedad supone una necesidad, un sufrimiento, que lleva al propio cuerpo a la intimidad de la persona. De aquí que el instrumento más adecuado para la relación sea la comunicación verbal y no verbal, así como el vínculo más apropiado, la empatía o capacidad de ponerse en el lugar del otro, de sintonizar con sus vivencias. (Vázquez, et al., 2014, pp. 1457–1458)

Esta humanización es fundamental por el simple hecho que los profesionales de la salud atienden personas. En últimas, todo se limita a esto. Sin embargo, en medio del ajetreo por llenar la historia, cumplir el horario establecido y averiguar la causa de la consulta, muchas veces se olvida eso que parece tan obvio, y que es la base de la labor médica.

Humanizar la medicina es un reto en el que la comunicación es esencial, pues la forma en que lo hacemos es una de las características que nos distinguen de los animales, que nos hacen humanos. La comunicación, como mecanismo de transmisión de ideas, es un acto humanizante por naturaleza, por ello es tan importante involucrarlo en la consulta médica. Si se pone en práctica de la mano de la empatía y un lenguaje sencillo, no me caben dudas de que le devolverá a la medicina ese carácter cercano que por momentos la relación médico-paciente no deja asimilar.

5.2.4. Hacia la construcción de un modelo de atención humana

La investigación no muestra predominancia por algún modelo de comunicación en salud en específico. Si bien la predisposición de los pacientes por actitudes comprensivas por parte de su doctor nos habla de la riqueza con la que hoy en día se aplican los modelos autónomos. La facilidad para entender los diagnósticos así como el ver con buenos ojos una segunda cita con un profesional de la salud autoritario, nos muestran que el modelo paternalista sigue vigente y en efecto es aceptado por algunos pacientes.

Estas características muestran que independientemente que el médico sea el que tome la batuta todo el tiempo o que los deje interactuar de forma limitada, los pacientes se sienten a gusto siempre y cuando sientan que el profesional los acompaña en el proceso.

Es esta característica la que expone también un cambio que viene dado en la comprensión de los modelos actuales de atención médica, aplicables a la comunicación en salud. Y es el paso de modelos centrados en la enfermedad a modelos centrados en la persona. Para lograr esto, según Morgan (citado por Trujillo y Patiño, 2019, p.27), es necesario que el médico aporte al modelo sus conocimientos y habilidades de diagnóstico, a la par que los pacientes aportan su experiencia y el conocimiento de sus circunstancias particulares.

Mead y Bower (citados por Trujillo y Patiño, 2019, p.31), mencionaron 5 puntos que debe tener este modelo: el paciente debe ser visto como persona, el médico debe ser visto como persona, la responsabilidad debe ser compartida por ambos, se debe tener en cuenta un contexto psicosocial y debe haber una alianza terapéutica. En este modelo se puede inferir que las relaciones de poder que tradicionalmente se observaban en el paternalismo, el modelo consumista, cooperativo, etcétera, son cambiadas por relaciones de intercambio.

Se logra así una relación médico-paciente en la que cada cual sabe que esperar del otro, la responsabilidad se comparte (sin detrimento de la parte que le corresponde al médico en base a sus conocimientos), y se intenta generar una alianza que favorezca la salud del paciente, fin último de cualquier interacción entre ambos. (Suarez, 2012, p. 1)

Sin dudas, este modelo es idóneo para la concepción médica que tenemos en la actualidad, donde se busca incorporar los valores humanísticos que pareciese se han perdido en medio del sistema de salud, las TICs y la falta de un lenguaje efectivo.

De igual manera, la comunicación como actor fundamental en este enfoque garantiza que, en efecto, cada actor cumpla su rol, y que las necesidades del paciente sean satisfechas a la par de las del médico. El trabajo ha demostrado que, por encima de las complacencias que genera un diagnóstico acertado, está el valor de la consulta médica como experiencia, un valor que a priori no se había considerado, y que solo, a partir de este modelo, hemos venido a evaluar.

6. CONCLUSIONES

Este trabajo tiene como principal conclusión el afirmar que la comunicación tiene un rol central en los procesos de relación médico-paciente durante las consultas médicas. Se ha visto cómo bajo el marco del sistema de salud colombiano, y a partir de las TICs, las falencias del lenguaje, la búsqueda de la humanización y los diversos modelos de comunicación, se tiene una visión de la comunicación como un eje transversal dentro de esta actividad médica.

Esta actividad está regida por un sistema de salud que tiene como ventaja el haber organizado la atención y garantizado cobertura para casi toda la población. Sin embargo, es un sistema en el cual la corrupción, burocracia y el desfalco han causado estragos y esto se evidencia en el colapso de las entidades prestadoras de servicios, falta de personal o de suministros para la atención. Todos ellos, factores que significativamente influyen en el proceso comunicativo y lo condicionan antes de que, si quiera, el paciente se enferme para acudir al médico.

De igual forma, la visión de la salud como derecho fundamental también se relaciona con otro derecho fundamental: la libertad de expresión. Es en esa libertad, cuyo principal aliado es la comunicación, que un paciente encuentra un soporte para garantizar su total información, así como el poder de participar en una relación de la que anteriormente solo era un receptor.

Es por esto que vimos cómo un tiempo corto de consulta, ajustado a una reglamentación jurídica, tiene tanta influencia en las falencias que se generan en los procesos de comunicación, así como en la atención propia que se le brinda al paciente.

Pero bien todo parte de un modelo de salud que a la par de sus ventajas tiene sus deficiencias, es claro que esto no es una excusa para que los procesos comunicativos se dejen de lado. Por el contrario, la comunicación se presenta como una herramienta idónea que brinda elementos suficientemente contundentes para tratar de derribar esa barrera.

Pero es importante entender que como en toda relación, no es solo labor del médico o del paciente el buscar mejorar estos procesos, sino que ambos deben trabajar de la mano en la búsqueda de la empatía, el lenguaje claro y las consultas efectivas. Bajo este marco, el modelo de comunicación centrado en el paciente surge como “anillo al dedo”, pues da un giro de 180 grados en la forma en que se venía practicando la medicina y pone de manifiesto que lo más importante no es curar enfermedades sino tratar personas.

La atención médica no deja de ser más que una interacción humana, y es por eso que debe construirse como un proceso de interacción activa. Ya no estamos en el viejo modelo paternalista donde el paciente se limitaba escuchar a su médico. Ahora el paciente también porta la batuta y es tan responsable como su doctor de que las consultas tengan éxito.

Este papel se vio incrementado por la inminente aparición de Internet y con él, el fácil acceso de la información en salud. El paso de un paciente pasivo a uno activo, más informado trae ventajas a la hora de mejorar la interacción con los médicos, pero también supone retos y riesgos, pues es el paciente quien debe asegurarse que la información que consuma sea información de calidad y no ponga en riesgo su estabilidad emocional o su relación directa con el profesional de la salud debido a un falso conocimiento. El papel de curador que cumple el paciente es necesario y vital para que se le dé un buen uso a las TIC, las cuales, cada día más, estarán más estrechas a esta relación.

Es por ello que el último aprendizaje que deja este trabajo tiene como fin mostrar la importancia que desde las facultades de comunicación se empieza a indagar por el papel de la comunicación en la salud. Esto no solo es labor de los médicos, los comunicadores sociales también podemos aportar, desde nuestro campo de estudio, a la solidificación de los procesos

comunicativos en todas las áreas en las que se manifiesta la salud. Lo que une a la comunicación social con la medicina es que ambos saberes trabajan con personas, por ello no es difícil pensar por que existen autores que buscan cultivar en el médico un comunicador social. Alguien que, en efecto, mire a su paciente desde esa visión humana, compasiva, cercana, empática y amiga. Esa visión propia de un comunicador que, aunque no se crea, tiene el poder de tratar hasta el más profundo de los males.

BIBLIOGRAFÍA

Adorno, R. (1998). *Bioética y dignidad de la persona*. Editorial Tecnos.

<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=c01040a&AN=pujbc.760161&lang=es&site=eds-live>

Alexy, R., y Garzón Valdés, E. (1997). Teoría de los derechos fundamentales. *Centro de Estudios Constitucionales*.

<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=c01040a&AN=pujbc.357897&lang=es&site=eds-live>

Alvarez, G., Benito Fernández, J., y Díaz, T. (2003). *Beneficios y recursos de salud en internet*. Medwave.

Antúnez Baró, A. y Torres González, A. (2014). La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *Medi Ciego*, 20(1), 1–10.

Arango Restrepo, P. (2012). La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. *Revista Médicas UIS*, 25(1), 64–69.

Arango Rivadeneira, R. (2012). El concepto de derechos sociales fundamentales. *Legis*.

<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=c01040a&AN=pujbc.838290&lang=es&site=eds-live>

- Aurelio, M., Ruiz, M., y Moreno, M. M. (2006). La relación médico-paciente ¿una dimensión de la práctica clínica en peligro de extinción? (2006). *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 49(6), 242–243.
- Back, A., Arnold, R. y Tulskey, J. (2009). *Mastering Communication with Seriously Ill Patients: Balancing Honesty with Empathy and Hope*. Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511576454
- Berlo, D. K., González Roura, S., y Winckler, G. (1975). *El proceso de la comunicación. introducción a la teoría y a la práctica*. Ateneo.
<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=c01040a&AN=pujbc.544823&lang=es&site=eds-live>
- Caballero-Urbe, C. (2013). *E-pacientes y la relación médico-paciente*. Salud Uninorte, 29(2), vi–x.
- Calvo, A. (2006). La relación médico paciente. *Revista Médica Herediana*, 17(4), 187–188.
- Casin Soto, Y., Borrás Díaz, A., Díaz Melo, M., Liranza Cardero, M., y García Chávez, M. (2019). Utilidad de un material didáctico sobre Investigación Cualitativa en Salud. *MEDISAN*, 23(1), 14–27.
- Cepeda Espinosa, M. (1992). *Los derechos fundamentales en la constitución de 1991*. Temis.
<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=c01040a&AN=pujbc.319316&lang=es&site=eds-live>
- Chinchilla Herrera, T. E. (1997). ¿Qué Son y Cuales Son los Derechos Fundamentales?
<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=c01040a&AN=pujbc.592020&lang=es&site=eds-live>
- Clínica del bosque. (2016). *Diccionario de Seguridad Del Paciente: Conceptos relacionados con la seguridad del paciente*, 1-34.

http://www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co/nuevo_sitio/attachments/article/502/Diccionario_seguridad_del_paciente.pdf

- Cófreces, P., Ofman, S., y Stefani, D. (1970). La Comunicación en la relación médico-paciente. Análisis de la literatura científica entre 1990 y 2010. *Revista de Comunicación y Salud*, 4, 19–34.
[https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2014.4\(1\).19-34](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2014.4(1).19-34)
- Comas-Viñas, J. R. (2000). La relación médico-paciente. *Archivos de Neurociencias*, 5(3), 160.
- Congreso de Colombia (2015, 16 de febrero). Ley 1751 de 2015 (febrero 16) por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 1-13.
- Corona Lisboa, J., y Maldonado, J. (2018). Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(4), 1–4.
- Cruz Aguilar, M. (2016). Utilización de los recursos de internet para consultar problemas de salud. *Revista Española De Comunicación En Salud*, 7(1), 3–14.
<https://doi.org/10.20318/recs.2016.3151>
- De Currea-Lugo, V. (2003). El derecho a la salud en Colombia. diez años de frustraciones. *Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos*.
<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=cat01040a&AN=pujbc.644840&lang=es&site=eds-live>
- De la Cámara Egea, M. A. (2014, 30 de noviembre). Web y Redes Sociales en Salud. *Social Medi Salud. Consultora de Comunicación, Transformación Digital y Tecnologías en Salud*.
<https://socialmediasalud.com/2014/11/30/web-y-redes-sociales-en-salud/>
- Díaz, E., Andino, C., Clavijo, J., Cruz Santacruz, R., Hernández Zinzún, G., Izquierdo Mora, D. (2017). *La humanización de la salud. conceptos, críticas y perspectivas*. Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=cat01040a&AN=pujbc.917226&lang=es&site=eds-live>

- Espinoza G., R. (2019). El “paciente difícil” y profesionalismo médico. *Revista Chilena de Cirugía*, 71(3), 270–273.
- Fern, T., y Mar, E. (n.d.). Comunicación social en salud, 1–6.
- Fernández, M. T. (1999). *El médico moderno convertido en un verdadero comunicador*. Bogotá: Primera puerta.
- Gajardo Ugás, A. (2009). La Comunicación De La Verdad en La Relación Médico-Paciente Terminal. *Acta Bioética*, 15(2), 212–215.
- Gajardo Ugás, A., & Lavados-Montes, C. (2010). El Proceso Comunicativo en La Relación Médico-Paciente Terminal. *Persona y Bioética*, 14(34), 48–55.
- Gaviria, A. (2020, 22 de marzo). *Sobre el sistema de salud colombiano*. <http://agaviria.co/2020/03/sobre-el-sistema-de-salud-colombiano.html>
- Giraldo, H. J. U., & Marcillo, A. R. P. (2011). Relación médico - paciente: un buen negocio. *Revista Médica de Risaralda*, 17(1), 59–64.
- Gomis, L. (1991). *Teoría del periodismo. cómo se forma el presente*. Paidós.
<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=cat01040a&AN=pujbc.314151&lang=es&site=eds-live>
- González Quintana, C. (2016). La relación médico-paciente o el sentido humano de la praxis sanitaria. *Revista CONAMED*, 21, 3–6.
- González Rodríguez, R., y Cardentey García, J. (2015). Influencia de la comunicación en la adecuada relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 31(1), 3–4.
- Guzmán, A. (2015). Relación Médico - Paciente. *Revista Medicina*, 19(1), 5.

- Halabe-Cherem, J., y Hamui-Sutton, L. (2018). La consulta médica por WhatsApp: un deterioro en la relación médico-paciente. *Medicina Interna de México*, 34(4), 619–621. <https://doi-org.ezproxy.javeriana.edu.co/10.24245/mim.v34i4.2137>
- Hernández Rosales, M. J. (2013). El humanismo y la relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(3), 255–257.
- Herrera Medim, N. E., Gutierrez-MalaveR, M. E., Ballesteros-Cabrera, M., Izredin-Bouquei, R., P. Gómez-Sotek, A., y Sánchez-Martínez, L. M. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(3), 343–355.
- Iglesias, S. (1981). Crítica de la comunicación social. *Tiempo y Obra*.
<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=cat01040a&AN=pujbc.517223&lang=es&site=eds-live>
- Kraft, D. (2018). <https://www.fayerwayer.com/2018/03/el-internet-de-la-salud/>. Obtenido de Fayerwayer.
- Kusminsky, G. (2017). Modelos ficcionales en la relación paciente médico. *Medicina (Buenos Aires)*, 77(3), 247–249.
- Lifshitz, A. (2012). La comunicación en la relación médico-paciente. *Medicina Interna de Mexico*, 28(2), 97.
- Linger, C., Spinelli, H., y Iriart, C. (1997). El Internet y su incorporación al sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 315-323.
- Luis, J., Lisboa, C., Fermín, I. J., y Julio, M. (2018). *Investigación Cualitativa : Enfoque Emic-Etic*. 37(4), 1–5.
- Lupiáñez-Villanueva, F. (Octubre de 2011). Salud e internet: más allá de la calidad de la información. *Revista Española de Cardiología*:
<https://www.revespcardiol.org/es-salud-e-internet-mas-alla-articulo-S0300893211006300>

- Maglio, F. (2014). Relación Médico-Paciente en El Tercer Milenio. *Actualizaciones En Osteología*, 10(2), 115–118.
- Marín-Torres, V., Valverde Aliaga, J., Sánchez Miró, I., Sáenz del Castillo Vicente, M. I., Polentinos-Castro, E., y Garrido Barra, A. (2013). Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente. *Atención Primaria*, 46-53.
- Martínez, M. y Ibañez, L. (2012). La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente. *Revista Española de Comunicación En Salud*, 3(2), 158–166.
- Meljem Moctezuma, J. (2013). Sobre la relación médico-paciente. *Revista CONAMED*, 18(4), 147.
- Menéndez, R. G. (2004). La etapa contemporánea de la relación médico paciente. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(2), 1–8.
- Menéndez, R. G. (2004). Los efectos placebo de la relación médico-paciente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5/6), 1–5.
- Monje Álvarez, C. A. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. *Universidad Surcolombiana*, 1–216.
<http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Guía+didáctica+Metodología+de+la+investigación.pdf>
- Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*.
 Recuperado de:
http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf
- Navarro-Pelayo, M. M. (2016, 17 de mayo). Internet en la salud y su impacto en médicos y pacientes. *Clinic Cloud*.
<https://clinic-cloud.com/blog/internet-en-la-salud-impacto-medicos-pacientes/>
- Osorio, J. H. (2011). Evolution and changes in the physician-patient relationship. *Colombia Médica*, 42(3), 400–405.

Paoli, J. A. (1980). *La comunicación*. EDICOL.

<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=catt01040a&AN=pujbc.544129&lang=es&site=eds-live>

Peñafiel-Saiz, C., Ronco-López, M., y Echegaray-Eizaguirre, L. (2017). Jóvenes, salud e Internet. Percepción, actitud y motivaciones de los jóvenes ante la información de salud. *Revista Latina de Comunicación Social*, 72, 1316–1341.

<https://doi.org/10.4185/RLCS-2017-1221>

Perdomo Castaño, C. A. (2011). Derechos fundamentales a medias e integralidad de derechos. *Defensoría del Pueblo*.

<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=catt01040a&AN=pujbc.833878&lang=es&site=eds-live>

Pérez Luño, A. E. (2004). *Los derechos fundamentales*. Tecnos.

<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=catt01040a&AN=pujbc.694489&lang=es&site=eds-live>

Plata, E. (1997). *Hacia una medicina más humana*. Bogotá: Editorial médica panamericana.

Ramiro, H. M., y Cruz A., J. E. (2017). Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias. *Medicina Interna de México*, 33(3), 299–302.

Ríos Hernández, I. (2011). Comunicación en salud: Conceptos y modelos teóricos. *Perspectivas de La Comunicación*, 4(1), 123–140.

Rivadeneira Prada, R. (1977). Periodismo. *La teoría general de los sistemas y la ciencia de la comunicación*. Trillas.

<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=catt01040a&AN=pujbc.267980&lang=es&site=eds-live>

Rodríguez Blanco, S., Almeida Gómez, J., Pérez Guerra, J. C., Cruz Hernández, J., Martínez Ávila, D., & Valdés Miró, F. (2013). Relación médico paciente y la eSalud. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 32(4), 411–420.

- Rubio, C. H. (2014). El lenguaje médico: ¿Doctor, qué me pasa? En Vivancos F. y Simón, L. *Comunicación social y accesibilidad* (págs. 67-91). Madrid: Dykinson.
- Ruiz, J.(2006). La relación médico-paciente: ¿una necesidad olvidada?. *Ginecología y Obstetricia de México*, 74(8), 429–434.
- Ruíz Moral, R. (2015). *La entrevista clínica o médica*. Editorial Médica Panamericana, 3–20. <http://www.herrerobooks.com/pdf/PAN/9788498357820.pdf>
- Saa, D. (2008). Relación médico paciente. *Colombia Médica*, 39(3), 287–290.
- Sánchez-Angarita, J. (2017). La dimensión comunicativa en la formación del médico: una propuesta para fortalecer la relación médico-paciente. *Revista Facultad de Medicina de La Universidad Nacional de Colombia*, 65(4), 641–648.
<https://doi-org.ezproxy.javeriana.edu.co/10.15446/revfacmed.v65n4.59892>
- Sanitas.es. (s.f.). Cuánto influye internet en el paciente. *Sanitas*:
<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/estilo-vida/san005127wr.html>
- Santana Mondragón, R. (2017). Reflexión : La empatía en la relación Una ruta esencial obligada. *Revista de Sanidad Militar*, 71(6), 503–506.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/contenido.cgi?IDPUBLICACION=7685>
- Suarez, M. (2012). Medicina Centrada En El Paciente. *Revista Médica La Paz*, 18(1), 67–72.
- Tamayo, M. (1999). El médico moderno convertido en un verdadero comunicador. *Instituto de Genética Humana*, 400.
- Torrico Villanueva, E. R. (1989). *Periodismo. apuntes teórico-técnicos*. Andina.
<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=cab01040a&AN=pujbc.281337&lang=es&site=eds-live>

- Trujillo Maza, E, & Suárez, D. (2019). *Habilidades de comunicación en la formación médica contemporánea*. Bogotá, D.C.: Ediciones Uniandes.
- Vázquez Sarandeses, J. E., Rivera, J. M., Almaguer Delgado, C. A. J., y García Céspedes, M. (2014). La formación profesional en medicina general integral: una mirada crítica sobre la relación médico- paciente. *MEDISAN*, 18(10), 1452–1461.
- Wolton, D., & Berenger, E. (2010). *Informar no es comunicar*. “contra la ideología tecnológica”. Gedisa Editorial. Extraído de:
<https://search-ebscohost-com.ezproxy.javeriana.edu.co/login.aspx?direct=true&db=cab01040a&AN=pujbc.814374&lang=es&site=eds-live>

ANEXOS

25/5/2020

Datos demográficos

Datos demográficos

Experiencias en consultas médicas

***Obligatorio**

1. Sexo *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Prefiero no especificar

2. Edad *

Marca solo un óvalo.

- ☐ 18-25
- ☐ 25-35
- ☐ 35-45
- ☐ 45-65
- ☐ 65 o más

3. Estrato social *

Marca solo un óvalo.

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6

28/5/2020

Datos demográficos

4. Nivel de estudios *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Primaria
- ☐ Bachillerato
- ☐ Pregrado universitario
- ☐ Posgrado

Relación médico-paciente

5. ¿Hace cuanto fue su última cita médica? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Entre 2 y 4 semanas
- ☐ Entre 4 y 6 semanas
- ☐ Entre 6 semanas y 3 meses
- ☐ Entre 3 meses y seis meses

6. ¿Dicha cita fue a través de una EPS o un particular? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ EPS
- ☐ Prestador de servicio particular
- ☐ EPS- Complementario
- ☐ Medicina prepagada

28/5/2020

Datos demográficos

7. ¿Cuánto tiempo duró la cita médica? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Menos de 20 minutos
☐ Entre 20 minutos y 40 minutos
☐ Más de 40 minutos

8. ¿Que tipo de medico lo atendió? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Médico general
☐ Médico de urgencias
☐ Médico especialista

9. ¿Antes de asistir, buscó información sobre los síntomas que presentaba? *

Selecciona todos los que correspondan.

- ☐ Sí
☐ No

10. Si contestó sí en la pregunta anterior, mencione en dónde busco dicha información

Marca solo un óvalo.

- ☐ Internet (buscadores, páginas especializadas)
☐ Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram)
☐ Pregunta a un amigo/familiar
☐ Otro: _____

28/5/2020

Datos demográficos

11. En la consulta, ¿cuál considera que fue su rol participativo dentro de la conversación con el especialista? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ ALTO (Interactuó activamente con el médico y discutieron las posibles causas y soluciones)
- ☐ MEDIO (Interactuó de forma activa, pero al final fue el profesional quien tomó las decisiones)
- ☐ BAJO (se limitó a contestar las preguntas realizadas por su médico)
- ☐ NULO (solo dejó que el especialista lo examinara)

12. ¿Considera que en la consulta se resolvieron sus motivos de asistencia al médico? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ Solo algunas
- ☐ Ninguna

13. Al salir, ¿profundizó la información dada por su médico?

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

14. Si contestó sí en la pregunta anterior, mencione en dónde profundizó dicha información.

Marca solo un óvalo.

- ☐ Internet (buscadores, páginas especializadas)
- ☐ Redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram)
- ☐ Pregunta a un amigo/familiar
- ☐ Otro: _____

28/5/2020

Datos demográficos

15. ¿Tras evaluarlo, su médico explicó lo que le sucedía de forma detallada? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ De forma parcial
☐ No

16. ¿Considera que durante la consulta, tuvo dificultades para comprender lo que su médico le decía? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No

17. ¿Su médico le explicó los términos/palabras que usted desconocía? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No

18. ¿Usted entendió los términos que desconocía? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No
☐ Solo algunos

28/5/2020

Datos demográficos

19. Al avanzar en la consulta, sintió que la actitud de su médico frente a su enfermedad fue: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Autoritaria
☐ Comprensiva
☐ Indiferente

20. ¿Considera que durante la consulta tuvo dificultades explicar su motivo de consulta? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No

21. ¿Cuál considera que es la principal dificultad a la hora de comunicarse con su médico en una consulta? *

22. En una escala de uno a 5, ¿qué tan difícil considera que fue el tratar de comunicar sus síntomas a su médico? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy fácil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy difícil

28/5/2020

Datos demográficos

23. En una escala de uno a 5, ¿qué tan activo fue su papel dentro de la conversación? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada activo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy activo

24. En una escala de uno a 5, ¿qué tanto se le dificultó comprender lo que le decía su médico? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy difícil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy fácil

25. En una escala de uno a 5, ¿qué tan efectiva cree que fue la comunicación con su médico? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Poco efectiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy efectiva

26. En una escala de uno a 5, ¿qué tan empático considera que fue su médico en su consulta? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Poco empático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy empático

26/5/2020

Datos demográficos

27. En una escala de uno a 5, ¿qué tan útil cree que es Internet o las redes sociales para informarse sobre algo que lo aqueje? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Nada útil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy útil

28. Al final, ¿consideró valioso haber asistido a la consulta médica? *

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Poco Valioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Muy valioso

29. ¿Notó afán de su médico a la hora de atenderlo? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Nada
☐ Un poco
☐ Mucho

30. ¿Volvería a una consulta médica con ese profesional? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
☐ No
☐ Tal vez

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

https://docs.google.com/forms/d/18gWYXncwS8EDKQdUz_3dewxS3eeWjAXVjvNtngA/edit

89