

EDITORIAL

La Conferencia Internacional de Comunicación y Salud de Barcelona 2000. Un paso más en la dirección correcta

Los días 20 al 22 de septiembre del año 2000 se celebró en la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, organizado por el Grupo Comunicación y Salud de la semFYC, la Conferencia Internacional de Comunicación y Salud y el XI Taller Nacional de Entrevista Clínica. Asistieron a la misma 450 personas procedentes de 21 países (tabla 1), y se realizaron 24 sesiones de comunicaciones orales, con 108 participantes, 37 talleres, 8 seminarios, 108 pósters y 3 conferencias magistrales. En la tabla 2 resumimos los eventos de mayor interés.

¿Cuáles han sido las aportaciones de tipo conceptual y en qué lugar se sitúa España y la medicina de familia en el tema que nos ocupa? En las cuatro ediciones previas de esta conferencia internacional —celebradas en Canadá, Reino Unido, Países Bajos y Estados Unidos—, ha ido surgiendo un consenso en torno a una serie de ideas que pasamos a resumir:

— Las habilidades de comunicación en la práctica clínica pueden y deben ser enseñadas¹. Los programas de pregrado de las profesiones sanitarias deberían recoger esta área de conocimiento y práctica de manera relevante.

— La comunicación asistencial debe incorporarse como una parte del acto clínico, y por consiguiente no debe ser materia de una asignatura en exclusiva, sino que debe penetrar toda la enseñanza de las habilidades clínicas. Mal iríamos si de comunicación habla sólo el «comunicólogo», mientras el «buen clínico» contempla la actividad con una sonrisa displicente².

— Debe resaltarse una orientación centrada en el paciente, donde los valores, la dignidad, las creencias del consultante son tomadas de guía para cualquier propuesta diagnóstica, terapéutica y educativa^{3,4}.

— La programación docente en habilidades de comunicación debe trascender el pregrado para incorporarse como un elemento más de la formación continuada, y entenderse como una oportunidad para el crecimiento no sólo profesional, sino también personal. Ninguna otra faceta de la práctica clínica ofrece una oportunidad similar para que el clínico madure y se enriquezca. El único camino para evitar el desgaste emocional (burnout) es ayudarnos —enriquecernos—, en tanto que ayudamos a los demás. Este objetivo debe ser incorporado de manera consciente en los programas docentes⁵.

— Las habilidades en comunicación deberían ser evaluadas de manera directa, no teórica, como también los programas docentes y su idoneidad académica y social. No basta con tener un buen desarrollo curricular. Debemos preguntarnos: ¿tiene impacto real en la conducta de los profesionales? E incluso más allá: ¿es eso lo que desea la sociedad?⁶.

— Finalmente los docentes en esta área deberían tener los medios y el soporte institucional suficiente para el desarrollo de estos objetivos. Resulta lamentable apelar a una supuesta «humanización de la medicina», cuando de manera sistemática se deniegan fondos u oportunidades curriculares para la enseñanza e investigación en pre y posgrado.

TABLA 1. Países que asistieron a la Conferencia Internacional de Barcelona

Estados Unidos
España
Canadá
Países Bajos
Israel
Reino Unido
Argentina
Italia
Portugal
Noruega
Suecia
Bélgica
Finlandia
Brasil
Suiza
Costa Rica
Alemania
Hungría
Colombia
Cuba

Sobre esta base de consenso la Conferencia de Barcelona ha incorporado varios elementos:

— En primer lugar la conferencia ha tenido —a diferencia de las precedentes— una notable participación de profesionales de enfermería y médicos de familia, junto a los perfiles tradicionales en este tipo de eventos: profesores universitarios, psicólogos, sociolingüistas y otros profesionales de la comunicación.

— La Conferencia de Barcelona ha sido la que ha contado hasta la fecha con una participación cuantitativa y cualitativa más relevante. Los principales expertos nacionales e internacionales se han da-

TABLA 2. Principales actos realizados en la Conferencia Internacional

«Psicoterapias breves», de M. Real y J. Rodríguez-Arias. A partir de un modelo de no cumplimiento, se dieron pautas sobre abordaje verbal de dichas resistencias
«Sistemas motivacionales», de X. Cleries y E. Kronfly, entre otros. A partir del análisis de una interacción asistencial, se pusieron de relieve los sistemas motivacionales subyacentes
«Organization values», de H. Beckman, O. Bosch y A. Suchman. Los valores éticos y de comunicación en el mundo de las instituciones
«Patient motivation in clinical encounter», de S.M. Berg-Smith y J.M. Bosch. La entrevista motivacional en la práctica clínica. En una línea similar se explicó la metodología MEDSTAT (Schilling)
«Comunicación centrada en el paciente», de M. Stewart y J.A. Prados. A través de la visualización de casos se profundizó en los elementos conceptuales y prácticos que definen la práctica centrada en el paciente
«Eliciting feedback», de D. Kern. Cómo darnos mutuamente «caricias» y cómo criticarnos positivamente
Varios «talleres» se centraron en las técnicas de enseñanza de habilidades de comunicación, con especial énfasis en: modelo de enseñanza centrado en el residente (Barker); modelo de 5 variables: roles, habilidades, motivación, sistema social y rasgos (Keller)
Varias «comunicaciones» y un «taller» se centraron en malas noticias, adentrándose en el sistema SPIKES divulgado por Buckman (Baile, Júdez)
Se presentaron diversos trabajos de investigación sobre el efecto del modelo centrado en el paciente sobre los resultados de salud en fibromialgia (R. Ruiz)
Se presentaron los aspectos didácticos (J.J. Rodríguez) y los primeros resultados del CONCORD (R. Ruiz), estudio español que despertó gran interés
Se presentaron diversos trabajos basados en la narrativa del paciente (Borkan, Platt)
Se estudiaron con detalle diferentes metodologías cuantitativas y cualitativas para valorar la comunicación
Se estudiaron los efectos de Internet sobre la relación médico-paciente y el impacto sobre la dinámica de la entrevista clínica del paciente «experto»
Se comunicaron diferentes técnicas de <i>self-awareness</i> , eso es, como devenir el médico consciente de sus propias limitaciones personales a la hora de dar un trato humano y compasivo
Se detectó un creciente interés por superar el marco conceptual de la competencia clínica por el término más profundo de competencia profesional. Se detectaron limitaciones en el uso de pacientes estandarizados
Por primera vez en este tipo de conferencias, las comunicaciones relativas a entornos de pediatría fueron significativas, tanto por lo que respecta a estudios cuantitativos como, sobre todo, cualitativos
Los aspectos de interculturalidad tuvieron un amplio eco: dificultades comunicativas de los emigrantes, cómo estas dificultades impactan sobre sus derechos, etc. También se presentaron estudios muy ricos en matices que comparaban las formas de respuestas individuales y familiares frente a diagnósticos de cáncer entre Brasil e India (C. Beckett), y diferentes respuestas somatizadoras en Estados Unidos y Europa (García-Campayo)
Diversas comunicaciones resaltaron el interface entre bioética y comunicación, sobre todo en referencia al consentimiento informado (M.A. Broggi)
Se estudiaron en profundidad diversas estrategias de desarrollo curricular en el pregrado, así como diferentes estrategias para implementar abordajes atractivos para los alumnos
Se estudiaron estrategias de empowerment, sobre todo con el uso de ordenadores y vídeos en las salas de espera (L. Noble)
Se presentó el estudio Nivel Europeo de Comunicación en Atención Primaria, donde se demuestra que los sistemas de salud basados en capitación tienen tiempos de consulta superiores a los sistemas de salud por salario (J. Benzing)
Hubo algunas aportaciones relativas a familia, comunicación y violencia doméstica (D. Morse)
Se abordaron estrategias didácticas para farmacéuticos y administrativos

do cita aquí, con la ausencia de los países asiáticos, que no han llegado a incorporarse al proceso.

– Se ha iniciado un proceso de creación de un espacio europeo, articulado fundamentalmente a partir del área anglosajona (Reino Unido, Países Bajos, Dinamarca y países escandinavos). Vale la pena subrayar la presencia de España en este proceso, y la debilidad de Francia, sin duda por el sistema organizativo de su atención primaria, pero también por cierto bloqueo cultural a la hora

de participar con los países anglosajones.

– Han irrumpido en la escena del debate conceptual varios puntos de vista que enriquecen los consensos previos y que resumimos en la tabla 3. Algunos de estos aspectos ya se habían apuntado en la Conferencia de Chicago, pero ha sido en la de Barcelona donde han cobrado una presencia de mayor relieve.

En lo que se refiere a España, podemos decir que su participación

ha sido estimable en términos cuantitativos y cualitativos. Por desgracia, una vez más el escaso nivel en el uso de la lengua inglesa ha limitado las oportunidades de colaboración, pero en términos globales se alcanzó la meta que desde la semFYC nos proponíamos. De manera particular, se hizo patente la colaboración entre Estados Unidos, Canadá y España sobre todo con los talleres apodados cariñosamente «Spanglish Workshop», en los que expertos de ambos lados del Atlántico colabo-

TABLA 3. Aspectos novedosos que ha incorporado la Conferencia Internacional de Barcelona

<i>Self-awareness</i> : técnicas para aumentar el insight en la consulta y lograr un estilo de escucha reflexivo, a la vez que conocer nuestras barreras en el contacto interpersonal
Empowerment y uso de nuevas tecnologías: filosofía asistencial por la que transferimos poder al paciente, en primer lugar compartiendo con él la información, pero también ofreciendo áreas de decisión compartida y facilitando que tenga acceso a técnicas que incrementen su capacidad de autocontrol
Violencia y abuso doméstico: no es tan sólo el mal trato físico, sino psicofísico; tampoco se da únicamente entre varón y mujer: cada vez merece mayor importancia la violencia sobre los ancianos ejercida por algún familiar
Enseñanza de la entrevista clínica centrada en el docente: todo el mundo admite que equilibrar la relación de poder entre paciente y médico es deseable, pero no hemos encontrado aún medios docentes eficaces para inducir cambios de conducta en los profesionales de salud que lo favorezca
Relación entre bioética y comunicación: muchos aspectos de la comunicación están relacionados con la bioética. Tener habilidades en ambos campos potencia una misma actitud reflexiva de base
Impacto de la sociedad multicultural y multirracial en los procesos asistenciales: caminamos hacia sociedades donde desaparecen las fronteras raciales y culturales. Las resistencias a estos cambios nos conducen a conductas discriminatorias muy sutiles, que es necesario detectar y corregir, a fin de proporcionar igualdad de trato
Entrevista motivacional y aplicación de estrategias de psicoterapia breve: en el marco de la entrevista cotidiana hay un elenco de técnicas concretas que potencian nuestro impacto sobre las conductas y cogniciones de nuestros pacientes, y que constituyen la tecnología «blanda» a incorporar
Uso y límites de los pacientes estandarizados en la enseñanza y evaluación de habilidades de comunicación: esta herramienta docente cada vez se extiende más. Sin embargo, aún desconocemos aspectos importantes de su uso

raron como docentes. La misma organización de la conferencia tuvo en todo momento este equilibrio entre la Universidad de Rochester, Estados Unidos (representada ampliamente en el comité científico) y la semFYC.

España se encuentra en estos momentos a la misma altura que los países anglosajones en el desarrollo teórico y metodológico de la comunicación asistencial. Así lo atestiguan los trabajos que se incluyen en este número —presentados en la Conferencia de Barcelona—. Nuestras ofertas docentes, los contenidos y el desarrollo investigador dan también buena prueba de ello. Somos pioneros en el área mediterránea en el uso de pacientes monitores y estandarizados, y en el desarrollo de pruebas objetivas (ACOE) que incorporan la comunicación. ¿Y el pregrado? Poco a poco surgen en diferentes puntos de la geografía universidades que incorporan las habilidades de comunicación en sus propuestas curriculares, muchas veces desde la psicología médica, aunque distan de tener la importancia que este tipo de programas ocupan en las universidades extranjeras. La universidad española además es reacia a abrir

las puertas a los médicos de familia, aun en áreas como ésta, donde nuestra aportación podría ser clara y fuera de dudas. Precisamente, lo que más llama la atención a los observadores de allende los mares es que en nuestro país hayamos sido los médicos de familia los que hemos desarrollado un mayor nivel práctico y teórico en este ámbito, lo que sin duda resalta la sensibilidad que desde los inicios de la especialidad de medicina de familia ha existido por dotar a nuestra práctica de los contenidos relacionales y de calidez humana. En la Conferencia de Barcelona todo ello se hizo patente, y por primera vez conseguimos una cobertura de los medios de comunicación coherente con la importancia del acto. Sin duda este es el camino para afianzar la confianza que la sociedad española empieza a demostrar con la medicina de familia.

F. Borrell i Carrió^a y R. Epstein^b

^aPresidente del Comité Organizador de la Conferencia Internacional de Comunicación y Salud Barna 2000. semFYC, España. ^bPresidente del Comité Científico de la Conferencia Internacional de Comunicación y Salud, Barna 2000. Universidad de Rochester. Nueva York. Estados Unidos.

Bibliografía

1. Simpson M, Buckman R, Steward M, Maguire CP, Lipkin M, Novack D et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-1387.
2. Makoul G, Schofield T. Communication teaching and assessment in medical education: an international consensus statement. *Patient Education and Counselling* 1999; 37: 191-195.
3. Putman SM, Lipkin M. The patient-centered interview: research support. En: Lipkin M, Putman SM, Lazare A, editores. *The medical interview*. Nueva York: Springer, 1995.
4. Steward M et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage, 1995.
5. Novack DH, Suchman AL, Clark W, Epstein RM, Najberg E, Kaplan C. Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *J Am Med Assoc* 1997; 278: 502-509.
6. Bon H, Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns* 1998; 35: 161-176.